



Libro de Ponencias

Books of abstracts

XVII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados

17th International Nursing
Research Conference

Lleida, España
12-15 noviembre 2013



COL·LEGI OFICIAL
D'INFERMERES I INFERMERS
DE LLEIDA



Colaboran:



Patrocinan:



ISBN: 978-84-695-9248-9

Edita: Instituto de Salud Carlos III

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii). Madrid, 2013.

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: Medición de la atención sanitaria

Concurrent session 1: Health care measurement

AUTORES/AUTHORS:

Marina P. Caltran, Noelle O. Freitas, Rosana A.S.Dantas, Lidia A. Rossi

TÍTULO/TITLE:

Cultural adaptation for Brazil of the Satisfaction With Appearance Scale – SWAP and results of the pre-test

Objectives: to culturally adapt the Satisfaction With Appearance Scale (SWAP) for Brazilian burn victims, to analyse the internal consistency and the distribution of the responses' frequencies in the pre-test of the adapted version.

Methods: this methodological study carried out at the Burns Unit in a University Hospital, in Ribeirão Preto, Brazil, approved by the Ethics Committee. The SWAP assesses burns patients' satisfaction with their body image, and contains 14 items, with responses ranging from 1 to 7. (1) The steps of the cultural adaptation process were: the instrument's translation to Brazilian Portuguese; obtaining the first consensus on the version in Portuguese; assessment by the Committee of judges; back-translation; obtaining of the consensus on the version in English; comparison with the original version in English; assessment of the instrument by the author of the original instrument; semantic analysis (n=4) of the items and the pre-test in a sample of 30 adult burn victims. (2) The assessment of the internal consistency was obtained through the Cronbach alpha. (3)

Results: changes were made in the steps of assessment by the Committee of judges, obtaining of consensus on the version in English and in the assessment of the instrument by the author of the original version so as to keep semantic, idiomatic and cultural equivalence with the original version. In the semantic assessment, the four participants considered the scale with easy questions and answers. Of the 30 participants in the pre-test, 53.3% were female; the average age was 36.20 years old (18.9-58.1; Standard deviation = 10.85) and the average number of years of schooling was 8.60 (1-22; Standard deviation = 4.25). The distribution of the frequencies of the responses on the scale of 1 to 7 was balanced. Only in items 5 and 10 the frequencies were superior to 40% for the "partially agree" option. The Cronbach alpha was 0.62.

Discussion: the inversion of the steps of back-translation following assessment by the Committee of judges and the review of the back translation by the author of the original scale ensured the semantic, idiomatic and cultural equivalency of the two versions. The homogenous distribution of the responses to the items indicates absence of the ceiling and floor effects. The Cronbach alpha value obtained can be related to the number of participants in the pre-test. The instrument is being submitted to the process of validation with a representative sample such that it may be used with burns victims in Brazil. This instrument will contribute to evaluate the satisfaction with body image in Brazilian burned patients, compare researches results among different countries and effects in nursing interventions.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

References

1. Lawrence JW., et al. Development and validation of the Satisfaction With Appearance Scale: assessing body image among burn-injured patients. *Psychological Assessment*.1998; 10(1): 64-70.
2. Ferreira E., et al. The cultural adaptation and validation of the "Burn Specific Health Scale" (BSHS-R): version for Brazilian victims. *Burns*. 2008; 34(7): 994-1001.
3. Fayers PM, Machin D. *Quality of Life: The Assessment, Analysis and Interpretation of Patient-Reported Outcomes*, Second edition: Wiley, 2007

AUTORES/AUTHORS:

Noélie O. Freitas, Marina P. Caltran, Rosana A. S. Dantas, Lidia A. Rossi

TÍTULO/TITLE:

Transcultural adaptation of the Perceived Stigmatization Questionnaire (PSQ) for burns victims in Brazil

OBJETIVE: To culturally adapt the Perceived Stigmatization Questionnaire (PSQ) instrument for Brazilian Burn victims, to analyse the internal consistency and the distribution of the responses' frequencies in the pre-test of the adapted version.

METHODS: A methodological study, carried out at the Burns Unit of a University Hospital in Ribeirão Preto, Brazil, approved by the Ethics Committee. The PSQ assesses the perception of stigmatizing behaviors in burns victims, and contains 21 items, distributed in 3 domains, and has a five point response scale(1). The steps of the cultural adaptation process were: the instrument's translation into Brazilian Portuguese; obtaining first consensus on the Portuguese version; assessment by the committee of judges; back-translation of the instrument; obtaining of consensus on the version in English; comparison with the original version in English; assessment of the instrument by the author of the original version; semantic analysis (n=4) of the items and the pre-test (n=30)(2). The evaluation of the internal consistency was obtained through the Cronbach alpha(3).

RESULTS: Changes were made in the stages of assessment by the committee of judges, the obtaining of the consensus on the version in English, and in the evaluation of the instrument by the author of the original version so as to maintain semantic, idiomatic and cultural equivalence with the original version. In the semantic assessment, the four participants considered the scale easy to follow. Of the 30 participants in the pre-test, 53.3% were female; the average age was 36.2 years old (S.D.= 10.9) and the average number of years of schooling was 8.60 (S.D. = 4.2). In the distributions of the responses to the items it was confirmed that 8 questions reached frequencies over 50% for each extreme item (never). The Cronbach alpha obtained was satisfactory (0.87).

DISCUSSION: The assessment by the committee of judges was characterized as an important stage for identifying items which might not be understood by the target-population. In the pre-test, the subjects answered all the items, which showed good understandability and acceptability of the adapted version of the PSQ, and this being so changes were not made. The distribution of the responses to 8 items indicated the presence of floor effect. The Cronbach Alpha value was satisfactory even with a reduced sample of subjects. The next stage of the study is to test the construct validity (convergent and dimensionality) and the reliability of the adapted version of the PSQ in a sample which is representative of burns victims in Brazil, to confirm if the original version's psychometric properties have been kept in the adapted version.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Lawrence JW, Fauerbach JA, Heinberg LJ, Doctor M, Thombs BD. The Reliability and Validity of the Perceived Stigmatization Questionnaire (PSQ) and the Social Comfort Questionnaire (SCQ) Among an Adult Burn Survivor Sample. *Psychological Assessment*. 2006; 18 (1): 106–111.
2. Ferreira E, Dantas RAS, Rossi LA, Ciol MA. The cultural adaptation and validation of the Burn Specific Health Scale-Revised (BSHS-R): Version for Brazilian burn victims. *Burns (Oxford)*. 2008; 34 (7): 994-1001.
3. Fayers PM, Machin D. Multi-item Scales. In: *Quality of life. Assessment, Analysis and Interpretation*. Chichester, England: John Wiley & Sons, 2007.

AUTORES/AUTHORS:

Islene Victor Barbosa, Zuila Maria Figueiredo Carvalho, Rita Monica Borges Studart

TÍTULO/TITLE:

MISHEL UNCERTAINTY IN ILLNESS SCALE FOR FAMILY MEMBERS EN PERSONAS CON PARAPLEJIA - TRADUCCIÓN Y VALIDACIÓN

Introducción: La lesión medular representa gran problema de salud pública, acarreado secuelas tanto neurológicas cuanto sociales, laborales y económicas, trayendo consigo la incapacidad funcional que determina la dependencia física, traducida por deficiencia. En el contexto de la lesión medular, ante tal situación de crisis, la familia también es afectada y sus miembros tienden a mover esfuerzos para el ajuste y superación al estado traumático establecido. Los familiares envueltos deben ser asistidos en sus dudas, miedos, ansiedad, finalmente, en la renudación de vida. La persona que presenta secuelas advenidas de una lesión medular, ensejando incapacidades desde la fase aguda en la internación, depende de otras personas generalmente miembros de la familia, para la realización de actividades cotidiana¹. La teoría de Mishel² fue publicada por primera vez en 1981, y describe el fenómeno experimentado por las personas con enfermedades graves o crónicas y por sus familiares. Es el resultado de la experiencia vivida por la propia teórica durante la enfermedad de su padre, en esta época él percibió que los cuestionamientos e incertidumbre de él reflejaban directamente en su enfermedad. Objetivo: traducir, adaptar culturalmente para la lengua portuguesa de Brasil y validar la Mishel Uncertainty in Illness Scale que sea Family Members en familiares de personas con lesión medular con déficit motor tipo paraplegia y verificar la confianza y validez de la misma. Método: Se trata de un estudio con delineamiento metodológico, de abordaje cualitativo, desarrollado en dos etapas, la primera, traducción y adaptación cultural para la lengua portugués de Brasil y en la segunda, la validación clínica con 152 familiares de los pacientes ingresados con lesión medular en un hospital público de referencia en atención a la víctimas de trauma en la ciudad de Fortaleza-Cenará- Brasil. Los procedimientos para traducción y adaptación de la PPUS-FM ocurrió basada en el preceptos de Beaton et al³ que comprende la cinco etapas: traducción inicial, síntesis de la traducción, traducción de vuelta a la lengua de origen (backtranslation), revisión por un comité de jueces y pre-prueba de la versión final. La recogida de los datos aconteció en el periodo de enero a julio de 2012 por medio de entrevista utilizando un formulario para obtención de los datos sociodemográficos y a continuación con la aplicación de la versión traducida de la escala. La Mishel Uncertainty in Illness Scale que sea Family Members permitió medir el nivel de incertidumbre de los miembros de la familia cuyo pariente está enfermo. Cuanto mayor el score, mayor la incertidumbre del familiar en relación a la enfermedad. Es constituida de 31 ítems distribuidos en cuatro dominios, Ambigüedad, Falta de Claridad, Falta de Información y Imprevisibilidad. Las propiedades psicométricas analizadas fueron: la validez de contenido; la validez de construto; la comparación de las medias de los factores y de los scores totales según las variables sociodemográficas de los familiares; y la confianza. Los aspectos éticos y legales fueron contemplados. Aspectos éticos y legales fueron cumplidos se solicitó de la autora de la Mishel Uncertainty in Illness Scale que sea Family Members autorización para su traducción, adaptación y validación en Brasil. La aprobación Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Ceará, parecer de número 107/11. Resultados y discusión: revelaron que, la mayoría de los participantes era del sexo femenino un 55,9%, con media de edad de 42,8 años, con grado de parentesco entre hermano (a) un 29,8%, Madre un 17,9% y esposa un 17,2%. De estos un 76,3% poseen compañero y un 44,7% tuvieron 4 la 8 años de estudio con una media de 8,78 años y un 68,4% ejerciendo actividades laborales. Los resultados del análisis factorial encontrados en el presente estudio corroboran, en parte, a los resultados de otros trabajos, como por ejemplo, en investigación desarrollada con 272 padres de niños hospitalizados de las cuáles 126 niños recibieron tratamiento clínico, 96 niños recibieron tratamiento quirúrgico y 50 niños estaban ingresadas aún sin diagnóstico preciso. Se aplicó a escala de la percepción de los padres acerca de la incertidumbre en la enfermedad presentando en sus resultados el coeficiente alfa bajo en relación al dominio falta de claridad (5.75). Ese dominio no fue evidenciado en los ítems que abordaban el tratamiento del niño o el sistema de cuidados. El dominio ambigüedad también presentó

baja consistencia (0.38), y ese ítem obtuvo la correlación más baja entre los ítems totales. Se cree de entrada que lo alfa de Cronbach pueda estar bajo debido a la heterogeneidad de la población en relación al diagnóstico médico del niño, y por la ausencia de diferencias significativas entre los grupos de niños en tratamiento⁴. En la evaluación de las propiedades psicométricas, se nota que la versión traducida de la PPUS-MF presentó coeficientes bajos de lo alfa de Cronbach en sus dominios: Ambigüedad (0,54), Falta de Claridad (0,41), Falta de Información (0,40) y Imprevisibilidad (0,29). Indicando débiles evidencias de la validez, confianza y responsividad de la versión adaptada para familiares de personas con lesión medular con déficit motor tipo paraplegia.

Conclusiones: A escala adaptada (EMID-MF) presentó equivalencia para el comité de jueces, así como para los participantes, tanto en la fase de pre-prueba cuanto en la fase de validación visto el relato acerca de su relevancia por los evaluadores y participantes. Se destaca que factores como los altos índices de violencia, el desenlace obvio y puntual de una lesión medular y el tiempo prolongado de internación de los pacientes, pueden haber contribuido para una débil correlación de la confianza de la escala en puntuar la incertidumbre en esa población estudiada. El uso de la teoría se mostró relevante para la práctica, pues permitió que la enfermera comprendiera las fuentes de incertidumbre del paciente y familia ayudando en la planificación de un guión de informaciones eficaces para controlar o reducir la incertidumbre, y aún, la mejor comprensión de la percepción de incertidumbres de los miembros de la familia proporcionaría una base fundamental que los enfermeros y otros profesionales del equipo multidisciplinar pueden comenzar a planear intervenciones eficaces que auxilien los miembros de la familia a lidiar con la incertidumbre.

Implicaciones para la practica de la Enfermería: Se cree que el resultado de esta investigación pueda contribuir para la práctica de la Enfermería Neurológica direccionada al cuidado vuelto a las familias de las personas con lesión medular específicamente, con reflexión en sus experiencias, percepción de sus límites y vivencias, factores esos generadors muchas veces de grandes incertidumbres.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Barbosa IV, Carvalho ZMF. Sentimientos de los Familiares ante la Lesión Medular. Index Enferm vol.20 no.1-2 Granada ene.-jun. 2011.
2. Mishel MH. Uncertainty in illness. Image - The Journal of Nursing Scholarship, 20, 225–232, 1988.
3. Beaton D., Bombardier C., Guillemin F. Recommendations for the Cross cultural adaptation of health status measures. New York: American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2003.
4. Mishel MH. Parents perception of uncertainty concerning their hospitalized children. Nurs. Res., v. 32, n. 6, p. 324-330, 1983.

Mesa de comunicaciones 2: Cuidados materno-infantiles

Concurrent session 2: Mother and children Care

AUTORES/AUTHORS:

M^a Inmaculada de Molina Fernández, Alba Roca Biosca, Lourdes Rubio Rico, M^a Jesus Montes Muñoz, Miriam de la Flor Lopez, María Jimenez Herrera, Joan Fernandez Ballart, Cristobal Añez Simón

TÍTULO/TITLE:

Valoración de la ansiedad de las mujeres ante el parto, un aspecto a considerar

El embarazo y posterior nacimiento de un hijo es una experiencia que conlleva cambios a nivel fisiológico, anatómico, psicológico y social que requerirán adaptaciones dirigidas a favorecer el proceso y a evitar posibles desequilibrios que deriven en problemas de salud(1).

En las últimas décadas, los avances en Obstetricia han ido encaminados a mejorar los cuidados clínicos durante el curso de un embarazo normal y el parto lo que ha conllevado unos mejores resultados maternos y perinatales (2).

La Organización Mundial de la salud (OMS) en su Declaración de Fortaleza (1985), dictó, a su vez, las principales recomendaciones de lo que debía ser la atención a la maternidad en todo el mundo, basándose además de en los aspectos clínicos, en la premisa de que los factores sociales, emocionales y psicológicos eran fundamentales y complementaban una atención perinatal de calidad (3). Ante la evidencia y a pesar de los esfuerzos y transformaciones que han sufrido en esta línea la mayoría de maternidades se siguen encontrando carencias en cuanto al soporte psicológico que desde las instituciones se les da a las mujeres(1).

El embarazo y el parto, en la mujer, precisa de adaptaciones, que en ocasiones pueden alterar su equilibrio emocional generando en ella estados de tensión, ansiedad o miedo, lo que Diaz Romero denominó "angustia al cambio" (4), que se relacionan con sensación de descontrol y/o dolor excesivo (5,6) situación relacionada con un incremento de la dificultad para la labor del parto con mayor número de cesáreas(7) y un incremento de recién nacidos pre termino y con bajo peso al nacer entre otros (8-10), todo ello asociado a una experiencia menos positiva del momento y a un bajo nivel de satisfacción(11-14).

En este contexto resultaría interesante, conocer y utilizar cuestionarios validados, sobre determinadas variables psicológicas y sociales que como factores predictores pudieran explicar y detectar la aparición del malestar psicósomático durante la labor de parto, para poder así individualizar los cuidados a la mujer en relación a su situación, necesidades y circunstancias.

En el año 2003 Green et al desarrollaron "The Cambridge Worry Scale (CWS)", escala validada en Inglaterra, que mide las preocupaciones de las mujeres ante el parto, desde una perspectiva global, indagando en los aspectos familiares, económicos y sociales que preocupan a las gestantes durante su embarazo y que pueden afectar a su bienestar psicológico; en esta línea también encontramos en lengua inglesa, la Oxford Worries About Labour Scale (OWLS)(1).

Otras escalas valoran la ansiedad a la población general, como la escala verbal, el Cuestionario de Ansiedad- Estado de Spielberg ((STAI-AE), ampliamente utilizado en estudios nacionales y extranjeros en el ámbito obstétrico)(7) y/o la Escala Visual Analógica (EVA) entre otros.

En definitiva, no existe un cribaje sistemático de la ansiedad y/o miedos de las gestantes en nuestro entorno ni existe un cuestionario específico del tema, validado en nuestra población, a pesar de que diversos estudios demuestran, que niveles elevados podrían estar relacionados con efectos negativos sobre los resultados obstétricos y/o perinatales.

La finalidad de este estudio fue valorar la utilización del cuestionario STAI-AE y la escala EVA como instrumentos de detección y/o cribaje de la ansiedad en gestantes y contrastar los niveles de ansiedad y miedos de las mujeres ante el parto en relación a la forma de finalizar la gestación, el Apgar de los niños al nacer y la percepción del dolor en el parto.

La hipótesis a testar fue: La ansiedad ante el parto se correlaciona positivamente con la percepción del dolor

Metodología

Diseño descriptivo, longitudinal, analítico y prospectivo. Población de estudio: mujeres mayores de edad, que acudieron durante el tercer trimestre al Servicio de Obstetricia del Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Criterios de exclusión: ser menor de edad, no ser capaz de comprender y responder a los cuestionarios, no otorgar el consentimiento informado y no acudir a parir, este Hospital. Se les pasaron a las mujeres 2 cuestionarios, uno en el parto (durante el último trimestre de la gestación) y otro durante su ingreso en el hospital tras el parto (a partir de las 24 horas postparto y antes de su alta a domicilio). En el cuestionario parto se recogieron variables socio demográficas así como datos clínicos relativos a su embarazo. También se les pasó el Cuestionario Ansiedad-Estado de Spielberger (STAI) y una escala visual analógica (EVA) para valorar su nivel de ansiedad previo al

parto.

Tras el parto, las mujeres cumplimentaron un cuestionario postparto de resultados obstétricos, datos del neonato (sexo, apgar, peso), valoración de la ansiedad postparto con una EVA, la valoración del dolor en el parto (EVA) y la valoración del alivio del mismo tras la administración de analgesia (EVA). Para terminar cumplimentaron un cuestionario de miedos sentidos al parto.

El cálculo de la muestra se realizó con el software EPIDATv3.1 aceptando un nivel de confianza del 95% y una potencia estadística del 95%. En un contraste bilateral, se calculó que se necesitaban un mínimo de 71 mujeres gestantes, para detectar una diferencia de 0'41, considerando un coeficiente de correlación de Spearman (R1) de 0 como hipótesis nula, y de 0'41 como hipótesis alternativa. Se calculó un 10% de pérdidas.

El muestreo fue no probabilístico accidental.

Análisis estadístico

Los descriptivos de variables categóricas son las frecuencias absolutas (N) y relativas (%). Para determinar la dependencia entre dos variables categóricas se aplica una prueba de X². Un p-valor < 0,05 nos indica que las 2 variables están relacionadas. Los descriptivos de variables cuantitativas no-normales o scores son la mediana y los percentiles 25 y 75 (P25 y P75, respectivamente). Para determinar diferencias entre grupos, se aplica una prueba de Mann-Whitney. Un p-valor < 0,05 nos indica que los dos grupos no tienen la misma distribución. Se aplica la corrección de Bonferroni en los p-valores cuando tenemos más de 2 grupos. Un p-valor ajustado < 0,05 nos indica diferencias en esa comparación.

Para determinar la relación entre dos variables cuantitativas no normales o scores se calcula el coeficiente de correlación de Spearman (Rho) y su p-valor. Un p-valor < 0,05 nos indica que Rho ≠ 0. Cuando Rho > 0 nos indica una relación directa, y Rho < 0 inversa. El valor absoluto de Rho cercano a 0 nos indica poca relación, y un valor cercano a 1 nos indica relación de dependencia total o exactitud.

El nivel de significación se estableció en un valor de $p \leq 0'05$. El análisis de los datos se realizaron con el software SPSSv15. Este estudio obtuvo la aprobación del Comité Ético de Investigaciones Clínicas (CEIC) del Hospital.

Resultados Se estudió a 78 mujeres entre las semanas 34 y 41 de gestación entre el mes de Octubre de 2011 y Marzo del 2012, la mediana de edad de las mujeres fue de 32 (29-35) años.

Los antecedentes médicos personales que presentaron las mujeres fueron poco importantes y/o destacables. El 30,77% de la muestra eran gestaciones de alto o muy alto riesgo, finalizando el 72,37% de los partos por vía vaginal y el 27,63% mediante cesárea.

El 95,65% de los neonatos tuvieron un Apgar a los 5 m >7. Por último el 82,89% tuvieron pesos en el rango de normalidad (2500-4000gr).

Existió correlación entre las 2 escalas utilizadas en la medición de la ansiedad antes del parto: el Cuestionario-Inventario Ansiedad-Estado de Spielberger (STAI-AE) y la Escala Visual Analógica (EVA) de ansiedad ($p < 0.005$; Rho: 0,508). Aquellas mujeres que puntuaban más alto en el EVA ans Pre tenían a su vez valores más altos de STAI ($R^2 = 0,269$).

Los niveles de ansiedad de las mujeres participantes en el estudio obtenidos mediante las escalas utilizadas, no condicionaron la forma de finalizar el parto ($p = 0,983$), ni el Apgar de sus hijos ($p = 0,869$), no se encontraron diferencias significativas entre las medianas de las diferentes variables.

N Mediana P25 P75

STAI PD 78 20,00 13,00 27,00

EVA ANS post 73 3,00 0,00 5,00

EVA DOLOR 76 8,50 7,00 10,00

EVA alivio d. 73 7,00 4,00 10,00

Sí fue significativo que las mujeres que presentaron mayores niveles de ansiedad antes del parto manifestaron sentir un mayor miedo al dolor en el parto ($p=0,041$; $Rho: 0,235$) y a que su hijo sufriera algún daño ($p=0,007$; $Rho: 0,305$). A su vez, las mujeres que verbalizaron sentir miedo ante el dolor, puntuaron más alto en la escala EVA de dolor en el parto ($p<0,005$; $Rho: 0,545$) y valoraron peor la analgesia/tratamiento recibido para aliviarlo ($p=0,003$; $Rho: -0,339$).

Discusión

La ansiedad tendría una influencia negativa sobre los resultados obstétricos, fetales y perinatales. Sin embargo los resultados obtenidos en este estudio muestran que los niveles de ansiedad en las mujeres no se asociaban con el tipo de parto, al igual que en otros estudios (15) discrepando de los resultados obtenidos por Dayan y Glyn (8,9). Tampoco se pudo establecer relación entre los niveles de ansiedad y las puntuaciones de Apgar de los RN. Estos resultados contradictorios entre los diferentes estudios, serían, según una reciente revisión Cochrane, fruto de aspectos tales como el escaso tamaño de la muestra y/o debilidades metodológicas (16). En contrapartida, en este estudio el (STAI-AE) (17) se muestra como un cuestionario adecuado para medir los niveles de ansiedad previos al parto, coincidiendo con lo expuesto en otros trabajos (18). Además se ha visto que las dos escalas utilizadas en el estudio STAI-AE y la escala EVA de ansiedad correlacionaban fuertemente.

Cuando una mujer se enfrenta al parto por primera vez a menudo siente ansiedad, miedo al dolor, a lo desconocido (11). Si los niveles de ansiedad predicen una peor tolerancia al dolor, como se aprecia en este estudio, es de vital importancia identificar a las gestantes "ansiosas" susceptibles de cuidados dirigidos a discernir el origen de sus miedos y preocupaciones, para así poder subsanarlos en lo posible con apoyo, información y alternativas de alivio al dolor en el parto.

Varios métodos han sido sugeridos para reducir el nivel de ansiedad y el dolor del parto: educación maternal, métodos farmacológicos y no farmacológicos, musicoterapia y un soporte continuado de las matronas entre otros (11), sin embargo, la efectividad de estos métodos no es concluyente. Parecería ante todo lo expuesto que se debería reforzar la educación prenatal en todo lo relacionado con el dolor en el parto, realizar cribajes sistemáticos de los niveles de ansiedad en la gestación, validar, en esta población, nuevos instrumentos de cribaje y mejorar la calidad de la analgesia. En definitiva individualizar la atención y los cuidados centrándonos en un cuidado holístico e integral que contemple la esfera emocional de la mujer.

Un cribaje adecuado de los niveles de ansiedad permitiría identificar las mujeres susceptibles de cuidados específicos con el fin de mejorar su experiencia en el parto.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Redshaw M et al. The Oxford Worries about Labour Scale: Women's experience and measurement characteristics of a measure of maternal concern about labour and birth. *Psychol, Health Med* 2009;14(3):354-366
- (2) G de Catalunya. Protocol per l'assistència natural al part normal. Barcelona: Departament de Salut 2007
- (3) OMS. Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto *Lancet* 1985;2:436-437
- (4) Díaz R, et al. Estrés y embarazo. *Revista ADM* 1999;56(1):27-31
- (5) Alemany M et al. Aspectos emocionales que rodean el nacimiento: estado de la cuestión. *Matronas Profesión* 2005;6(4):23-27
- (6) Da Costa D et al. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *J Affect Disord* 2000;59(1):31
- (7) Hurtado F et al. La mujer ante la experiencia del parto y las estrategias de afrontamiento. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace* 2003;3:32-45
- (8) Dayan J et al. Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. *Am J Epidemiol* 2002;155(4):293-301
- (9) Glynn LM et al. Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm birth. *Health Psychology* 2008;27(1):43
- (10) Bastani F et al. Does relaxation education in anxious primigravid Iranian women influence adverse pregnancy outcomes? a

randomized controlled trial. J Perinat Neonatal Nurs 2006;20(2):138

(11) Liu YH et al. Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first time mothers J Clin Nurs 2010;19(78):1065-1072

(12) Gibbins J et al. Women's expectations and experiences of childbirth. Midwifery 2001 Dec;17(4):302-313

(13) Saisto T et al. Fear of childbirth: a neglected dilemma. Acta Obstet Gynecol Scand 2003;82(3):201-208

(14) Cheung W et al. Maternal anxiety and feelings of control during labour: a study of Chinese first-time pregnant women. Midwifery 2007;23(2):123

(15) Wu J et al. Mood disturbance in pregnancy and the mode of delivery. Obstet Gynecol 2002;187(4):864-867

(16) Marc I et al. Intervenciones cuerpo mente durante el embarazo para la prevención o el tratamiento de la ansiedad de la mujer. 2011

(17) Spielberg C et al. Cuestionario de Ansiedad estado-rasgo STAI: adaptación española. 1994

(18) Hernández-Martínez C et al. Relation Between Positive and Negative Maternal Emotional States and Obstetrical Outcomes. Women Health 2011;51(2):124-135

AUTORES/AUTHORS:

Daniel Muñoz Jiménez, Consuelo Bermejo Pablos, María Rosario Rosa Aguayo, Laura Peña Benito, Ana María Losada Sanz, Isabel Rodríguez Ruíz, María del Carmen Picos Bodelón, Gloria Herranz Carrillo, Manuel Fuentes Ferrer

TÍTULO/TITLE:

LACTANCIA MATERNA A LOS 6 MESES DEL NACIMIENTO EN EL MARCO DE IMPLANTACIÓN DE GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS

INTRODUCCIÓN.

La leche materna es considerada como la forma óptima de nutrición en los primeros seis meses de vida (1). La recomendación de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses es un hecho aceptado universalmente hoy en día, ya que se ha demostrado que tiene efectos muy positivos tanto en el desarrollo pleno del niño como en la salud de la madre (2). A pesar de tener beneficios ampliamente demostrados, la lactancia materna se ha mantenido en unos niveles bajos en las últimas décadas. No obstante, las iniciativas de diferentes organizaciones a nivel mundial han mostrado científicamente su efectividad (3).

En el mes de febrero del año 2012, se inició el proceso de implantación de la Guía de Buenas Prácticas (4) (BPG) en Lactancia Materna, dentro del programa Best Practice Spotlight Organizations (BPSO®) de Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) en convenio con la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (INVESTEN) y el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los cuidados de la salud basados en la evidencia (5).

Tras una fase de desarrollo en la institución, previa a su incorporación en este programa, se constituyó el Comité de Lactancia Materna. Una vez incorporados al programa, se comenzó la implantación de las recomendaciones incluidas en la BPG y simultáneamente se realizó la medición de una serie de indicadores, con el fin de conocer el impacto de dichas intervenciones en los resultados sobre la lactancia materna en la población atendida por la institución. También, se inició el proceso de reconocimiento como centro que respalda la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (2) (IHAN), desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en 1992.

El equipo de implantación de la Guía de Buenas Prácticas, constituido en este centro, tuvo la iniciativa de realizar un seguimiento a las madres, cuyos hijos habían nacido en el hospital durante la primera etapa de la implantación, con la intención de monitorizar la situación de la lactancia materna en los meses posteriores al nacimiento y tener así, un punto de referencia para medir los resultados de las intervenciones en lactancia, tanto al alta como en la continuidad de la misma.

OBJETIVOS.

Estimar la frecuencia de lactancia materna a los 6 meses del nacimiento en niños nacidos en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de un Hospital Terciario, durante la primera etapa en la implantación de la Guía de Buenas Prácticas en Lactancia Materna de RNAO. Secundariamente, describir la lactancia al alta en la misma población.

MÉTODOS.

Estudio descriptivo longitudinal prospectivo. La población fueron todos los nacidos en el centro entre los meses de mayo y noviembre

de 2012, de partos únicos sin ingreso en neonatología. Por medio de muestreo consecutivo, realizado durante los 5 últimos días hábiles de cada mes. Se realizó una primera recogida de datos en el día del alta, a través de un registro de lactancia elaborado e incluido en la historia clínica con motivo de la implantación de la BPG. La segunda recogida de datos se obtuvo a través de encuesta telefónica a las madres a los seis meses del nacimiento, realizada a través de un cuestionario ad hoc, cuya variable principal fue el tipo de lactancia en las últimas 24 horas. Se realizó una formación previa a los encuestadores para la realización y registro de las encuestas. Las variables cualitativas se describen con su distribución de frecuencias absolutas y relativas. Las variables cuantitativas se resumen con la media y desviación estándar (DE). Se estudió la relación entre variables cualitativas mediante Chi cuadrado. Para todos los contrastes se aceptó el nivel de significación al 5% y análisis estadístico. El análisis se realizó mediante SPSS 15.0.

RESULTADOS.

Se obtuvo una muestra de 122 recién nacidos. De éstos 66 (54,1%) fueron niñas. La edad media de las madres fue de 31 años (DE=5), con edad mínima de 17 años y máxima de 42 años. El 52,5% fueron de nacionalidad española, el 29,4% de origen sudamericano, resto de europeas un 8,1%, asiáticas un 7,4% y un 2,4% africanas. La distribución de las tipologías del parto fue eutócico 76 (62,3%), instrumental 13 (10,7%) y cesárea 33 (27%). Un 98,3% de los recién nacidos tuvo un resultado de Test de Apgar por encima de 6 puntos al minuto de nacimiento y el 100% a los cinco minutos. La lactancia materna (LM) en la primera toma (primeras dos horas) fue realizada por 86 (71,6%) recién nacidos de los cuales mantuvieron lactancia materna exclusiva (LME) al alta 63 (73,3%) sin embargo el 35,3% de los que no realizaron LME en la primera toma tenían LME al alta. La distribución del tipo de lactancia al alta fue 75 (62%) exclusiva; 5 (4,1%) considerada exclusiva; 37 (30,6%) mixta y 4 (3,3%) no inicio de lactancia materna. Con respecto a los tipos de lactancia según tipo de parto, cabe destacar la relación significativa ($p=0.044$) entre la lactancia mixta y el parto por cesárea (46,9%), mientras que en el parto eutócico e instrumental se observa un claro predominio de la LME. A los 6 meses 59 (48,4%) de los casos tomaban lactancia materna, de los cuales 14 (26,4%) tomaban leche exclusivamente materna y 39 (73,5%) realizaba lactancia mixta. Solo 2 (3,7%) mantenían LME como única forma de alimentación y 9 (24,3%) de los recién nacidos que tomaron LME al alta continuaban con ella a los 6 meses. Entre todos los casos de lactancia materna, tanto exclusiva como mixta, 43 de ellos (81,1%) habían introducido purés en la alimentación de sus hijos a los seis meses.

DISCUSIÓN.

La OMS estima que un 35% de los lactantes entre 0 y 6 meses reciben LME y establece el objetivo en un 50% (2).

Los resultados obtenidos en el presente estudio muestran unas frecuencias de lactancia materna, tanto al alta como a los seis meses que, aun estando por debajo de los objetivos propuestos por la OMS, han de valorarse muy positivamente, ya que siguen las tendencias de cambio presentes en la mayor parte de los estudios desarrollados durante las últimas décadas, en nuestro contexto.

El estudio realizado por Barriuso y Sánchez, sobre población del Centro y Norte de España de octubre a diciembre de 1992, recoge una LME de 79,7% y mixta de 8,5% al alta. A los seis meses mantienen LME un 3,9%, mixta un 10,3% y artificial un 85,6% de la muestra (6). Otro trabajo realizado, sobre encuesta a la población valenciana, en 1997 recogió un porcentaje de LME de 63,7% en el primer mes y 10% a los seis meses (7). El estudio llevado a cabo por Suárez et al (8) en 2001 sobre población asturiana, recoge una lactancia materna exclusiva al alta del 51,4% y a los 4 meses de un 8,7%. Otro estudio llevado a cabo por Morán et al (9) en una localidad de León entre 2000 y 2005 mostró una LME de 63,5% al alta y 22,6% a los seis meses. Una LM al alta de 80,5%.

Hostalot y colaboradores recogen en su estudio sobre lactancia materna en el sur de Cataluña (10) una LME al alta del 78% que se

reduce a los 6 meses al 39%. Una encuesta a 207 mujeres que habían dado a luz en el Hospital Costa del Sol de Málaga (11) en 2008 arrojó una LME a los seis meses de 13,7% y completa un 34,8%.

A pesar de las similitudes de los resultados obtenidos con estudios previos, la comparación de dichos resultados es cuestionable puesto que se ha comprobado que son muchos los factores que influyen en la decisión y posibilidad de amantar, desde los puramente clínicos como el tipo de parto, con una asociación estadísticamente significativa entre el parto por cesárea y la lactancia mixta al alta, hasta factores socio-económicos y culturales. Países del norte y centro de Europa presentan una prevalencia y duración de la LME del 90% al nacimiento y del 50% a los tres meses (12). En México un estudio de cohortes llevado a cabo por una institución sanitaria de tercer nivel y publicado en 2006 obtiene unos datos de LME al mes de 74,9% y 67,6% a los seis meses, muy por encima de las recomendaciones de la OMS. Se han mostrado variaciones en la lactancia materna en la población rural/urbana siendo la población rural la que mejor sigue patrones más adecuados de lactancia materna. Así mismo un elevado nivel de estudios favorece la lactancia materna (8).

En los resultados obtenidos se puede observar que la lactancia materna mixta al alta se triplica en frecuencia con respecto a la recogida por algunos estudios como el de Barriuso y colaboradores, asociada a un incremento de más de un 15% en los partos por cesárea.

Otro elemento a considerar es la terminología o clasificación empleada para denominar los distintos tipos de lactancia. Estas terminologías no son siempre coincidentes en los diferentes estudios. El tipo de lactancia materna denominada “considerada exclusiva” no aparece expresamente en otros estudios, así como la denominada lactancia completa, que incluye la LME y mixta. Existen otras dificultades añadidas en la comparación de nuestros resultados con los de otros estudios, como las diferencias en los métodos de recogida de datos a los seis meses, así como en la disparidad entre los tamaños muestrales.

La incorporación al programa de implantación de Guías de Buenas Prácticas de RNAO ha iniciado este proceso de evaluación de resultados, que en base a una serie de indicadores comunes ya permite medir y comparar la frecuencia y duración de la lactancia materna no solo en nuestro contexto sino también a nivel internacional.

El análisis de resultados de la práctica asistencial en los pacientes, permite identificar el resultado real del quehacer de los profesionales en el cuidado de la lactancia y establecer intervenciones que mejoren los resultados clínicos. Este análisis sistemático, impulsado por la implantación de la Guía de Buenas Prácticas, indica que queda camino por recorrer para alcanzar la excelencia en los cuidados de la lactancia materna. Los avances en el proceso de acreditación IHAN, la formación impartida a los profesionales en lactancia materna y la acción de los impulsores en esta primera etapa, han constituido un punto de partida básico en el proceso de reconocimiento como BPSO®

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Arena J. La lactancia materna en la Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. *An Pediatr (Barc)*.2003;58:208-10
2. OMS. Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Informe de la Secretaría. 55 Asamblea Mundial de la Salud, 16 de abril de 2002.3
3. Guerrero C, Garafulla J, Lozano D, García C, Bielsa A. Estudio lactancia en Área Hospital de Alcañiz. ¿Merece la pena poner en practica los diez pasos de la iniciativa hospital amigo de los niños en un hospital comarcal? *Bol Pediatr Arag Rioj Sor*.2006; 36:20-6.

4. Ruzafa M, González E, Moreno T, del Río C, Albornos L, Escandell C. Proyecto de implantación de Guías de Buenas Prácticas en España 2011-2016. *Enferm Clin*. 2011;21(5):275-283
5. Grinspun D. Guías de práctica clínica y entorno laboral basados en la evidencia elaboradas por la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Enferm Clin*. 2011;21(1):1—2
6. Barriuso LM, Sánchez F. Prevalencia de la lactancia materna en el norte de España. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2009; Vol. 21.
7. Aguilera MH, Guillénb AM, Velillasc JL, Verad CG, Marijuane CD, Calamaf JM. La lactancia materna en la Comunidad Valenciana. Análisis multivariante de una encuesta a 6.400 lactantes. *Revista pediatria de atención primaria*. 2004; 6.21
8. Suárez P, Alonso JC, López AJ, Martín D, Martínez MM. Prevalencia y duración de la lactancia materna en Asturias. *Gaceta Sanitaria*. 2001;15(2):104-110.
9. Morán M, Naviero JC, Blanco E, Cabañeros I, Rodríguez M, Peral A. Prevalencia y duración de la lactancia materna: Influencia sobre el peso y la morbilidad. *Nutr. Hosp*. [Internet]. 2009 Abr [citado 2013 Jul 30]; 24(2):213-217. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112009000200017&Ing=es.
10. Hostalot AM, Sorní A, Jovaní L, Rosal J, Mercé J, Iglesias J, et al. Lactancia materna en el sur de Cataluña. Estudio de los factores socioculturales y sanitarios que influyen en su elección y mantenimiento. *Anales de Pediatría*. 200;54(3); Elsevier Doyma.
11. López RM, Molinero DD, Alvarado SR, Aldeán JA, Asencio JMM. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados a la adherencia prolongada. *Metas de enfermería*. 2011;14(8):16-22.
12. Kohlhuber M, Rebhan B, Schwegler U, Koletzko B, Fromme H. Breastfeeding rates and duration in Germany. A Bavarian cohort study. *Br J Nutr* 2008; 2: 1-6.

AUTORES/AUTHORS:

Ernestina Silva, Nelita Vieira, Daniel Silva

TÍTULO/TITLE:

Las experiencias de los padres con la hospitalización del recién nacido prematuro

Introducción: Hoy estamos viendo un aumento en el nacimiento de bebés prematuros y sus padres se enfrentan a algunas dificultades y limitaciones sobre el nacimiento de su bebé.

El tema de nuestro trabajo proviene de nuestra práctica profesional en neonatología y tiene como objetivo: conocer las experiencias de los padres que se enfrentan a la hospitalización del recién nacido prematuro, entender los sentimientos experimentados por los padres antes del nacimiento previsto de un niño y reflexionar sobre su influencia en la hospitalización y en la adaptación a la paternidad.

Métodos: Para la realización de este estudio de investigación desarrollamos un estudio de naturaleza cualitativa, de tipo exploratorio y descriptivo, con muestra no probabilística. Para obtener los datos utilizamos entrevistas semiestructuradas que se dirigió a 12 padres, que tenían al niño ingresado en la unidad de cuidados intensivos neonatales. El análisis de los datos se realizó mediante el análisis de contenido según Bardin (2009) y Amado (2000).

Resultados: Del análisis realizado surgieron siete categorías: el impacto del nacimiento prematuro, sentimientos / emociones de los padres, paternidad ante la hospitalización de un hijo, hechos relevantes relacionados con el recién nacido, el apoyo recibido, opinión ante la hospitalización y las áreas de mejoras.

Los resultados revelan, que la expectativa de los futuros padres al nacimiento de un bebé prematuro conduce a una reestructuración de la vida familiar. Reportado como principales novedades importantes relacionadas con el recién nacido, en el momento del regreso a la casa con el recién nacido y la comunicación de más noticias. Se observó una ambivalencia de sentimientos en los padres, por su expresión de miedo o tristeza, pero también alegría y tranquilidad. También se supo que la hospitalización influye en la adaptación a la paternidad como un impedimento para la relación y vinculación madre / padre e hijo. Los padres se relacionan positivamente en el apoyo recibido por parte de los profesionales y familiares. En general los padres se sienten satisfechos con la atención recibida en la unidad.

Conclusión: Se concluye que este estudio sugiere claves importantes para la reflexión de los profesionales de la salud con el fin de fortalecer las medidas para humanizar el proceso de adaptación a la enfermedad y el nacimiento del prematuro para promover el papel de los padres.

Palabras clave: Recién nacido prematuro, los padres, los sentimientos, paternidad, Hospitalización

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Amado, J. S. (2000). A técnica de análise de conteúdo. Revista Referência, 5, 53-63.

Bardin, L. (2009). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.

Carvalho, J. B. L., Araújo, A. C. P. F., Costa, I. C. C., Brito, R. S., & Souza, N. L. (2009). Representação social de pais sobre o filho prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Revista Brasileira de Enfermagem, 62(5), 734-738. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/14.pdf>

Centa, M. L., Moreira, E. C., & Pinto, M. N. (2004). A experiência vivida pelas famílias de crianças hospitalizadas em uma unidade de terapia intensiva neonatal. Texto e Contexto Enfermagem, 13(3), 444-451. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n3/a15v13n03.pdf>

Gomes, C. G., Trindade, G. P. G., & Fidalgo, J. M. A. (2009). Vivências de pais de crianças internadas na unidade de cuidados

intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra. Revista Referência, 11, 105-116.

Inácio, A. T. C. (2011). Significados atribuídos pelos pais à hospitalização do filho prematuro (Dissertação de mestrado). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.

Santos, M. C. L., Moraes, G. A., Vasconcelos, M. G. L., & Araújo, E. C. (2007). Sentimentos de pais diante do nascimento de um recém-nascido prematuro. Revista Enfermagem UFPE on line, 1(2), 140-149. DOI: 10.5205/reuol.374-8796-1-LE.0102200704.

Schmidt, K. T., Sassá, A. H., Veronez, M., Higarashi, I. H., & Marcon, S. S. (2012). A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. Escola Anna Nery, 16(1), 73-81. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a10.pdf>

Tronchin, D. M. R., & Tsunehiro, M. A. (2005). A experiência de tornarem-se pais de prematuro: Um enfoque etnográfico. Revista Brasileira de Enfermagem, 58(1), 49-54. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n1/a09.pdf>

Mesa de comunicaciones 3: Profesión / Gestión

Concurrent session 3: Nursing Profession / Management

AUTORES/AUTHORS:

Kristel De Vliegheer, Philip Moons, Anja Declercq, Bert Aertgeerts

TÍTULO/TITLE:

The experiences of home nurses with the integration of healthcare assistants in home nursing.

OBJECTIVES

Home healthcare is confronted with an ageing population; with rising expectations of patients who prefer to stay home as long as possible; with a growing desire of patients to be involved in the decision-making process; with technological evolutions both in treatment and in the process of clinical information and communication; with a shift of the focus of care from the acute hospital setting to the more chronic homecare setting; and with financial constraints resulting in a reduced in-hospital stay. These trends and evolutions challenge home nurses in times of nursing shortage. A legal basis for the integration of healthcare assistants in home nursing was provided to support home nurses in maintaining and improving the efficacy of home nursing. From a predefined list of nursing activities, the healthcare assistant is entitled to perform nursing activities, delegated by and under the supervision of a home nurse. The aim of this study was to explore the impact of the integration of healthcare assistants on the role of home nurses.

METHOD

A qualitative study was performed in twenty organizations for home nursing in Flanders, Belgium. In-depth interviews were performed with home nurses, healthcare assistants and care managers. Eighteen organizations provided each two participants and two (smaller) organizations provided one participant. Care managers were eligible for selection if they were responsible for timetables and for the organization of the work of healthcare assistants. Home nurses and healthcare assistants were selected according to the demographic data in the homecare setting (gender, age, diploma) and if they had direct patient contact. The interviews were tape-recorded and fully transcribed. Data were collected from March until June 2010. Data analysis was performed using Nvivo 8.0 and using the technique of content analysis with ongoing comparison of the data within the research team.

RESULTS

Saturation was obtained after in-depth interviews with twelve home nurses, twelve healthcare assistants and eight care managers. The data analysis revealed five categories of data. With regard to the 'formation/education' of healthcare assistants, they either were provisional registered as healthcare assistant and they followed an extra 120 hour-course, or they obtained a certificate based on their working experience in a nursing home, or they successfully obtained a certificate of the first or second year of nursing school. The majority of the home nurses did not have a clear idea of the education of the healthcare assistant in their organization. With regard to 'the meaning for home nurses to work with healthcare assistants', home nurses experienced the possibility to spend more time to more complex and technical nursing care, but they also highlighted the limited (para)medical knowledge of healthcare assistants. The delegation of nursing activities to healthcare assistants is primarily based on what is legally determined, and secondly on the need for care and the health status of the patient. This study identified 4 ways of supervision of the work of healthcare assistants: home nurses accompanying healthcare assistants on their round; legally determined control visits; patient consultations; and reports and mutual feedback. Finally, with regard to the quality of care most home nurses stated that home nurses should stay focused on the concept of holistic care when they delegate activities to healthcare assistants.

DISCUSSION

This study highlighted the surplus value of healthcare assistants in home nursing: support of the nursing shortage; more attention to patients with less complex nursing needs by healthcare assistants and to patients with more complex nursing needs by home nurses; home nurses and healthcare assistants experience an upgrade of their profession. However, some important recommendations can be made with regard to knowledge, supervision, collaboration and manpower. More specific, the aspects of delegation and supervision are to be re-evaluated in nurses' education, working with healthcare assistants in home nursing should be communicated to other healthcare workers in homecare, and permanent initiatives should be taken to increase the attractiveness of the nursing profession.

IMPLICATIONS FOR PRACTICE

The results of this study highlight the importance of the collaboration between research, practice and education: healthcare assistants do have their place in home nursing, but home nurses are not yet ready for their new role of delegating nursing activities to healthcare

assistants and for supervising the work of healthcare assistants.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAPHY

Blegen, M.A., Goode, C.J., and Reed, L. 1998: Nurse staffing and patient outcomes. *Nursing Research* 47, 43-50.

Butler-Williams, C., James, J., Cox, H., and Hunt, J. 2010: The hidden contribution of the health care assistant: a survey-based exploration of support to their role in caring for the acutely ill patient in the general ward setting. *Journal of Nursing Management* 18, 789-795.

Jansen, P.G.M., Kerstra, A., Abu-Saad, H.H., and Van der Zee, J. 1996: The effects of job characteristics and individual characteristics on job satisfaction and burnout in community nursing. *International Journal of Nursing Studies* 33, 407-421.

McCorkle, R., Strumpf, N.E., Nuamah, I.F., Adler, D.C., Cooley, M.E., Jepson, C., Lusk, E. J., and Torosian, M. 2000: A specialized home care intervention improves survival among older post-surgical cancer patients. *JAGS* 48, 1707-1713.

Mistiaen, P., Duijnhouwer, E., Wijkkel, D., de Bont, M., and Veeger, A. 1997: The problems of elderly people at home one week after discharge from an acute care setting *Journal of advanced nursing* 25, 1233-1240.

AUTORES/AUTHORS:

Ana Lavedán Santamaría, Carmen Nuin Orrio, Joan Blanco Blanco, Teresa Botigué Satorra, Pilar Jürschik Giménez, Miguel Ángel Escobar Bravo, Maria Viladrosa Montoy

TÍTULO/TITLE:

Epidemiology of post-fall syndrome in community-dwelling elderly

Introduction

Falls in elderly mean an important public health problem due to their high morbidity and significant social and economic costs. It is relatively easy to understand the socio-sanitary impact of falls from the point of view of their serious physical consequences; however, it is much more complex to know the morbidity and mortality derived from their indirect effects or long-term consequences, resulting from life habits and more important, to measure the impact on quality of life in older people who have fallen(1). Among these indirect effects, the post-fall syndrome is still a great unknown. This psychological consequence is defined as a change of behavior and attitude in elderly people who have suffered a previous fall, and includes two main characteristics, fear of falling again and activity restriction by fear of falling(1,2). Nowadays, research on this topic is confusing and more studies are needed.

Therefore, the aim of this study was to assess the prevalence of post-fall syndrome in those who fell at least once during the last 12 months, and to identify their associated factors in older adults 75 and older living in the community, in the city of Lleida.

Method**Study population**

This cross-sectional study was part of a longitudinal study "Assessing frailty in elderly people in Lleida" focused on assessing and analyzing a follow-up survey conducted in the aging population of Lleida (FRALLE survey)(3).

In the longitudinal study, after calculating the sample size, a total of 640 individuals community-living persons aged 75 and older were selected through a random sample from data provided by health centers. In the current study, were included in the analysis those 157 individuals who referred to a previous experience of fall in the last 12 months.

The inclusion criteria were men and women, 75 years or older, living in single-family houses, covered by the public health system and who expressed their consent to participate in the study. By the other side, the exclusion criteria were people receiving residential care and people with cognitive impairment with no one available to accompany them.

Data collection

Data were collected by the FRALLE survey(3). Each evaluation consisted of a home-administrated questionnaire, conducted by nurses previously trained in the data collection procedure. Before starting the study, the Clinical Research Ethics Committee of the Arnau de Vilanova University Hospital approved the project. All participants gave their signed informed consent before the interview. For measuring post-fall syndrome we used their main characteristics, fear of falling again and activity restriction. Thereby, the presence of post-fall syndrome was assumed by the conjunction of its key features, so all those interviewed with previous history of falls who reported fear of falling again and activity restriction were introduced under the heading post-fall syndrome. It is, therefore, a dichotomous variable. Meanwhile, the state of fear of falling again, valued in those subjects who had experienced a fall in the last year, it was determined by the question "Are you afraid to fall again?" in their dichotomous classification. Besides, to measure the activity restriction by fear of falling, was used the questionnaire concern about falling developed by Baloh et al.(4).

Other questions on sociodemographics, health habits, health status, balance and gait, social relations and data on health-related quality of life were considered in the survey, with validated scales. The instruments used for data collection included the Charlson comorbidity index, Pfeiffer Test for cognitive function, the CES-D scale to assess the presence of depressive symptoms, the Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL), the Lawton&Brody Index to assess instrumental activities, the MNA Short

Form (MNA-SF) used to assess nutritional status, the Short Form 36 (SF-36) to measure health-related quality of life and finally, the instrument created for the Aging in Leganés study to measure social relations.

Statistical analysis

Considering variables collected in the assessment, a descriptive analysis was performed by measuring the central tendency and dispersion of quantitative data, and frequency distribution of qualitative data. Bivariate analysis was performed using the chi square test for qualitative variables and Student's t-test for quantitative variables. All explanatory variables associated with the post-fall syndrome by bivariate analysis were included in the multivariate analysis performed by logistic regression. OR and 95% CI were calculated.

Results

The total of the sample studied was 157 individuals. Of these, 55 were men (35%) and 102 were women (65%) with a mean age of 81.5 ± 5.0 years.

The prevalence of post-fall syndrome in older adults included in this study was 57.5% (CI95% = 57.2 – 57.7), finding a higher prevalence among female participants.

Among the sociodemographic factors associated with the post-fall syndrome, we found sex ($p < 0.001$), with a higher prevalence in women, being present in 79.5% of women compared to 20.5% found in the male population.

Those subjects with difficulty maintaining balance and gait related to stay upright ($p < 0.001$), sitting or getting up from the chair ($p < 0.001$), pick up objects from the floor ($p < 0.001$), get up ($p < 0.001$), run ($p = 0.001$) and use both legs ($p < 0.001$) showed significant association with the presence of post-fall syndrome, may be considered as factors associated with this occurrence.

On the other hand, considering health status, were factors associated with the post-fall syndrome frailty ($p = 0.003$), depressive symptoms ($p = 0.01$), basic disability ($p = 0.001$) and instrumental disability ($p = 0.006$), vision impairment ($p = 0.007$) but also, low self-efficacy health ($p = 0.003$).

Likewise, a poorer quality of life related to health status ($p < 0.001$) and weaker social ties ($p = 0.005$) were significantly associated with post-fall syndrome.

Finally, the logistic regression defined as independent factors for post-fall syndrome female (OR = 5.01), instrumental disability (OR = 3.79) and the physical component from quality of life related to health status (OR = 0.97).

Discussion

In the current study, the prevalence of post-fall syndrome was 57.5%. In general, recent reports show that between 9% and 26% of all older adults who reported having fallen suffer this psychological syndrome(1,5). These data differ greatly from those obtained in our population, demonstrating prevalence reaching doubled compared to previous studies. However, these previous reports considered to measure the post-fall syndrome the existence of a change in their lifestyle as a result of the fall(5,6). The literature review leads us to a deeper analysis of the post-fall syndrome by which we conclude consider as fundamental, in this indirect consequence, the conjunction of fear of falling again and activity restriction by that fear, since both go far beyond a change in lifestyle for their related factors, their adverse outcomes and ultimately, causing deterioration in the elderly(2,7,8).

Considering sociodemographic factors associated to post-fall syndrome, only female was one of them. In fact, after entering all significant factors in the logistic regression, sex was the only sociodemographic factor independently associated to this psychological consequence, representing a five times higher risk in this population. The evidence suggests that the prevalence increased with the age of the older adult, maybe related to a worst health status; although women have a higher life expectancy. Moreover, if we consider reports submitted by other authors who warn this psychological consequence of falls, are important in those over 75 years(5). We conclude that this fact may be the origin of the lack of significance, since the inclusion criteria of this study considered adults over 75 years, so it could be think that from that age tend to equalize.

After bivariate analysis we observed the association between some difficulties maintaining balance and gait with this psychological syndrome. One of the first studies that sought to deepen in the association between the gait and balance disorder and one of the characteristics of the post-fall syndrome as is the fear of falling again was the study by Vellas et al. in 1997. Afterwards, in 2004, Delbaere et al. reported a poor sense of balance in those elders who had restricted their activity for fear of experiencing another fall, the other component of this syndrome, compared with those who had not restricted it.

In the current study it was found a higher prevalence of post-fall syndrome among those with depressive symptoms, including those who referred vision impairment and those who presented fragility. These sets of characteristics define a profile of vulnerable population. Is important emphasize the relationship between post-fall syndrome and frailty syndrome, how has been demonstrated in previous studies(9). It should be noted the association between basic and instrumental disability and post-fall syndrome, considered the last one as independent factor after multivariate analysis, with a risk more than 3 times higher in those who suffered disability in instrumental activities of daily living.

In turn, and as others authors pointed, fear of falling again is associated with a decreased quality of life, observing that those elders who had a worse quality of life in relation to their physical and social function, vitality, mental health and general health, gave statistical significance considering them associated factors with restriction of activity for fear of falling. In the same way is described by other authors who have addressed the restriction of activity in those older with history of falls(10). Thus, the current study allows concluding that older adults who have a poorer quality of life related to health in their physical and mental aspects are given to see restricted their activities of daily living. These results are consistent with those obtained by previous research(1,11) since has been showed the association between a poor physical health and psychological health deterioration with the main features of this phenomenon, keeping both aspects closely related to quality of life related to health, where the physical component was an independent factor to post-fall syndrome after logistic regression analysis, representing a higher risk in them. Likewise, among the factors associated with the post-fall syndrome are low social support, with poor social relationships and less participation in community activities, as has been noticed in previous studies(7).

There is great variability in the prevalence of the post-fall syndrome accord to previous studies. The lack of homogeneity in the measurement of the fear of falling and activity restriction, and the different age of participants included in previous investigations could explain the differences observed. However, only few authors have spent their efforts in this health problem, which makes complicated a direct comparison. Is necessary continuing investigated about this psychological consequence because their prevalence is still confused in elderly and also, concerning their risk factors. The post-fall syndrome leads terrible consequences, and their long-term adverse results have to be a priority for further research and to contribute to a better understanding of the gaps that still today remain unclear, even would suppose an important progress in community nursing because their approach will allow the development of new preventive strategies, considering that falls constitute one of the most important Geriatric Syndromes and the post-fall syndrome is a concern among elderly population.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Salvà Casanovas A. Consecuencias psicológicas de las caídas: El síndrome postcaída. En: Lázaro del Nogal M, editor. Evaluación del anciano con caídas de repetición. 2ª ed. España: Mapfre; 2001. p. 63-72.
- (2) Murphy J, Isaacs B. The post-fall syndrome. A study of 36 elderly patients. *Gerontology* 1982;28(4):265-270.
- (3) Jürschik P, Nunin C, Botigué T, Escobar MA, Lavedán A, Viladrosa M. Prevalence of frailty and factors associated with frailty in the elderly population of Lleida, Spain: The FRALLE survey. *Arch Gerontol Geriatr* 2012;55:625-631.
- (4) Baloh R, Jacobson K, Socotch T, Vellas B, Lafont C, Allard M. Posturografía y miedo a caer en los ancianos. Trastornos de la postura y riesgo de caída. Del envejecimiento satisfactorio a la pérdida de autonomía. Toulouse: GLOSA 1995:37-49.
- (5) Vellas B, Faisant C, Lauque S, Sedehuil M. Estudio ICARE: Investigación de la caída accidental. Estudio epidemiológico. In: Vellas B, Lafont M, Allard M, Albarede J, editors. Trastornos de la postura y riesgos de caídas. Barcelona: Editorial Glossa; 1995. p.

- 15-27.
- (6) Salvà A, Bolívar I, Pera G, Arias C. Incidence and consequence of falls among elderly people living in the community. *Med Clin* 2004;122(5):172-6.
- (7) Morisod J, Coutaz M. Post-fall syndrome: how to recognize and treat it? *Rev Med Suisse* 2007;3(132):2531-2, 2534, 2536.
- (8) Fletcher PC, Guthrie DM, Berg K, Hirdes JP. Risk factors for restriction in activity associated with fear of falling among seniors within the community. *J Patient Saf* 2010;6(3):187-191.
- (9) Kressig RW, Wolf SL, Sattin RW, O'Grady M, Greenspan A, Curns A, et al. Associations of Demographic, Functional, and Behavioral Characteristics with Activity-Related Fear of Falling Among Older Adults Transitioning to Frailty. *J Am Geriatr Soc* 2002;49(11):1456-1462.
- (10) Deshpande N, Metter EJ, Bandinelli S, Lauretani F, Windham BG. Psychological, physical, and sensory correlates of fear of falling and consequent activity restriction in the elderly: the InCHIANTI study. *Am J Phys Med Rehabil* 2008;87(5):354-362.
- (11) Murphy SL, Williams CS, Gill TM. Characteristics associated with fear of falling and activity restriction in community-living older persons. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(3):516-520.

Mesa de comunicaciones 4: Práctica Clínica

Concurrent session 4: Clinical Practice

AUTORES/AUTHORS:

Alicia Negrón Fraga

TÍTULO/TITLE:

Entradas en internet sobre "Enfermería Familiar y Comunitaria" a lo largo del año 2012

OBJETIVOS

Objetivo Principal:

- Determinar una relación entre el número de entradas en internet sobre la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria y el número de residentes de esta especialidad en las Unidades Docentes de las distintas Comunidades Autónomas (CCAA).

Objetivos Secundarios:

- Conocer una aproximación al número de registros de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) en Internet.
- Conocer la proporción de entradas directamente promovidas por las unidades docentes (UD); en relación a las no impulsadas por las UD sino por: sociedades científicas, blogs o colegios de enfermería; y prensa nacional u otros colectivos profesionales no enfermeros.
- Conocer los aspectos que influyen en la visibilidad de la Enfermera Interna Residente, EIR, de la especialidad Familiar y Comunitaria

MÉTODO

Investigación primaria en el ámbito de la docencia de enfermería: Unidades Docentes de Enfermería Familiar y Comunitaria; y las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC).

Diseño: Estudio descriptivo prospectivo mediante alertas para la entrada "Enfermería Familiar y Comunitaria" en motor de búsqueda de internet Google en el periodo de Enero a Diciembre de 2012.

Sujetos:

Unidades Docentes de los Servicios autonómicos de salud con residentes de EFyC. No se realiza sobre muestra sino en el total de la población. Unidades Docentes (N=52). Se decidió agrupar las UD según pertenencia a cada una de las 17 CCAA para su análisis.

Variables:

Por un lado el número de residentes por comunidad autónoma. La residencia comienza cada mes de mayo por lo que se contabilizan en este trabajo el número de residentes (EIR) de EFyC de la convocatoria 2010 los cuales se encontraban de enero a mayo de 2012 en su primer año y comenzaban en mayo el segundo año (R2); los EIR de la convocatoria 2011 los cuales comenzaron su primer año de residencia (R1) en mayo de 2012; y la diferencia y el sumatorio de R1 y R2.

Por otro el número de entradas web sobre EFyC, asignadas según sus emisores o promotores tras su clasificación por parte de los investigadores con los siguientes criterios:

- Grupo perteneciente a cada una de las CCAA: Noticias en prensa o entradas en las webs de los propios servicios de salud pertenecientes a una comunidad autónoma concreta.
- Colectivos enfermeros: Colegios de Enfermería, Sociedades Científicas, Blogs de enfermería.
- Grupo de otros colectivos profesionales o prensa nacional: publicaciones realizadas por otras disciplinas, o medios de prensa nacionales sin asignación a una CCAA concreta y/o con noticias sobre CCAA distintas a la de publicación.

Depuración de las variables: se excluyeron todas aquellas entradas que no aportaban información sobre la EFyC propiamente dicha como entradas de tipo publicitarias: venta de cursos de formación continuada, libros o planes de estudios de universidades en los que apareciera el término EFyC sin aportar mayor información sobre sus competencias, ámbito de actuación o información de actualidad. Se eliminaron aquellas entradas duplicadas.

Fueron asignadas al grupo de una comunidad autónoma y también al de prensa nacional 17 entradas publicadas en prensa, o por agencia de prensa, a nivel nacional sobre una comunidad autónoma concreta; como fue un estudio realizado en Cataluña publicado en la revista JANO.

Instrumento, método y procedimiento para la obtención de datos: Sistema de alertas del motor de búsqueda en internet Google, se decide este motor por considerarse el más potente; correo electrónico donde recepcionar las alertas y programa Excel para recogida sistemática de variables de forma prospectiva.

Se elige hacerlo de manera prospectiva y con inmediatez entre la recepción de la altera y la asignación a un grupo para reducir las pérdidas ante posibles modificaciones de URL, contenido de las páginas o noticias característicos de la rapidez y obsolescencia con la que se maneja la información en las TIC, y que pudieran haber sesgado la investigación de no hacerlo así.

Análisis de datos mediante porcentajes, medias, desviaciones típicas y coeficiente de correlación de Pearson.

RESULTADOS

Se recibieron 978 alertas a lo largo del año 2012 de las cuales, tras su procesamiento y depuración, se consideró que 497 cumplían criterios para ser admitidas en el análisis.

Las entradas promovidas por UD o servicios de salud de CCAA fueron 212 (42,7%); las alertas web sobre EFyC publicadas por el grupo de Sociedades científicas, Blogs y Colegios Enfermeros fueron 203 (40,8%). Aquellas que no pudieron relacionarse directamente con una UD o CCAA o fueron publicadas por organismos no enfermeros fueron 82 (16,5%).

La media de EIR por CCAA fue de 20,3 con una desviación típica de 24,8 y rango de 0 a 98 EIR según CCAA.

Sobre las publicaciones se obtuvo una media de 12,5 publicaciones por CCAA con una desviación estándar de 12 y rango de 0 a 40 publicaciones según CCAA.

La media en la relación entre el número de entradas en internet sobre la EFyC y el número de EIR de las distintas CCAA fue de 0,8. El Coeficiente de Correlación de Pearson entre el número de noticias por CCAA y el número de EIR en dichas CCAA fue de 0,203 ($p = 0,51$).

Entre las CCAA con EIR, su relación entre el número de EIR y las publicaciones por CCAA varió de 0 a 1,9 publicaciones por EIR, con una media de 0,6. Se investigaron aquellas UD y CCAA con una relación significativamente mayor encontrando que Canarias, con una relación de 1,9 de entradas por EIR, dispone de una UD exclusivamente de EFyC en Tenerife compuesta por 4 enfermeros y una administrativa, que además disponen de una página web propia.

Se encontró también que aquellas con un índice mayor de 1,5 en la relación de proporción entradas web y EIR aumentaron notablemente sus plazas EIR de EFyC de 0 a 4 en el caso de Murcia, de 0 a 12 en el caso de Canarias y de 0 a 24 en el caso de Valencia en un solo año, pasando todas ellas del 0 al 1,9%, 5,6% y 11,2% respectivamente sobre el número total de plazas EIR de EFyC para la convocatoria nacional de 2011 (con inicio de EIR en mayo 2012).

Por otra parte, se valoraron las condiciones de aquellas UD-CCAA con menor relación de entradas, en las que como contraposición a Canarias, no se dispone de enfermeros en las UD. Sería el caso de Madrid con una relación de 0,12 entre número de entradas y de EIR en 2012 obtenido a partir de que Madrid disponía del 28% del total de EIR de EFyC y un 5,7% de las entradas sobre EFyC.

Se apreció la excepcionalidad del País Vasco, sin ningún EIR en formación en 2012 y con 13 notas de prensa sobre la EFyC.

Se encontraron 6 entradas en prensa en las que se informaba de un enfermero especialista en EFyC en una UD sin EIR de EFyC y sin que existiese en ese momento nadie con dicha titulación oficial en España. Las primeras tituladas en la Especialidad de EFyC fueron en Mayo de 2013.

Existieron numerosas alertas con un blog de nombre igual a la alerta que se depuraron según la metodología descrita.

DISCUSIÓN

Al haberse implantado recientemente la Especialidad de EFyC¹ es más relevante si cabe la publicidad interna y externa de la misma para que tanto el resto del colectivo enfermero, como profesionales sanitarios, recursos humanos (RRHH) y sociedad conozcan de su existencia, capacidades y competencias para la máxima eficiencia del sistema sanitario español. No parece eficiente gastar tiempo, dinero y esfuerzo en formar a un colectivo y que después este sea ignorado o desconocido a todos los niveles mencionados, desaprovechando sus capacidades.

Se apreció una gran dispersión tanto en el número de residentes como en el número de entradas por UD y CCAA. Según los datos obtenidos, no se puede concluir que las CCAA con mayor número de EIR generen una mayor visibilidad de la EFyC.

Son aspectos que pudieran influir en la visibilidad de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria el disponer en las UD de una enfermera. En mayo de 2013 se modificó la legislación² recogiendo los requisitos que deben cumplir las UD para poder acreditarse como formadoras de EFyC, entre ellos se consideran el disponer entre sus RRHH de una especialista en EFyC y 4 enfermeras-os de cuidados generales como mínimo.

Del mismo modo, se apreció como diferencia a tener en cuenta en la visibilidad de la EFyC y posible mejora de las UD, la existencia de una página web propia de la UD³. O incluso exclusiva de la enfermería de la UD como ocurre con la UD de Tenerife⁴ a la hora de mejorar la visibilidad del colectivo de enfermería, y en concreto de la especialidad EFyC.

El hecho de que cada UD dispusiese de una plataforma web desde la que informar y generar conocimiento sobre las ramas que allí se forman podría ser beneficioso para la UD, los profesionales que se forman en ella, sus tutores, el colectivo al que pertenecen y la sociedad en general.

El colectivo enfermero, en forma de blogs, sociedades científicas y colegios, generaron un número de entradas web similar al de los organismos oficiales. Cabe destacar el hecho de que los organismos oficiales encargados de la formación de todos los especialistas de EFyC de España, y gestores del dinero público con el que se les forma, no generan un número de entradas acorde a la estrategia y el esfuerzo realizado. Sería lógico intentar maximizar la rentabilidad de dichos esfuerzos en la mejora de la sociedad. Como se ha comentado anteriormente, es complicado que la sociedad use o demande el servicio de un profesional especializado si no conoce de su existencia; igual ocurre con los RRHH públicos y privados, lo que deriva en una ineficiencia del sistema de salud por infrutilización de sus RRHH.

Se considera la limitación de haber generado las alertas con Google como único motor de búsquedas; así como el haberse centrado en el término "Enfermería Familiar y Comunitaria" sin aceptar otros términos como "Enfermería de Familia", "Enfermería Familiar", "Enfermería Comunitaria", "Enfermería de Centro de Salud" o "Enfermería del Centro de Salud" entre otros y sus combinaciones con "Enfermera" y "Enfermero", decisión tomada dado el reducido número de investigadores encargados de manejar, depurar y analizar las alertas; y por ser EFyC el término que recoge la legislación^{1,2}.

Respecto de las implicaciones para la práctica, el generar una marca sobre la EFyC y sus EIR es una forma de empoderamiento y reconocimiento del esfuerzo realizado por los residentes de enfermería, sus tutores y la organización en la formación de dichos especialistas en ciencias de la salud comunitaria.

Mediante la simbiosis entre generadores de conocimiento se produce un aumento exponencial del saber en esa rama. Conocer lo que otros están haciendo en una disciplina ayuda a implementar mejoras en las actuaciones propias y posibilita el contacto entre distintos profesionales con ámbitos de actuación e intereses comunes.

En la época actual la marca digital es sinónimo de visibilidad, de diferencia y de lealtad de los usuarios que han interiorizado esa marca digital⁵. No existir en ese aspecto es no llegar a los usuarios de las tecnologías de la información y comunicación, con todo lo que implica en la era de las comunicaciones. Como refleja Castells(2001) "Una nueva estructura social, la sociedad de la red, se está estableciendo en todo el planeta"⁶. Ser invisible en dicha sociedad puede ser negativo para un colectivo, más aun cuando el objeto de ese colectivo es la Comunidad.

AGRADECIMIENTOS

A D^a María D. Esteban Vasallo, Médico de Familia y Técnico Superior del Servicio de Informes de Salud y Estudios de la Dirección General de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, por su ayuda en la revisión de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

1. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Disponible en <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/OrdenSASprogEnfermFyC.pdf>
2. Orden PRE/861/2013, de 9 de mayo, por la que se establecen los requisitos de acreditación de las unidades docentes multiprofesionales para la formación de especialistas en enfermería familiar y comunitaria y en medicina familiar y comunitaria. Disponible en <http://www.boe.es/boe/dias/2013/05/18/pdfs/BOE-A-2013-5218.pdf>

3. Unidad Docente Multidisciplinar de Atención Familiar y Comunitaria de Las Palmas Norte y Sur.
<http://www.unidaddocentemfyclaspalmas.org.es/>
4. Unidad Docente de Enfermería Familiar y Comunitaria de Tenerife.
http://www.docvadis.es/unidadefyctenerife/page/recursos_1.html
5. Vallet Saavedra G. eBranding. La creación de marca digital en la era de la conectividad. Tesis Doctoral del Departamento de Comunicación Audiovisual y Publicidad, Universidad Autónoma de Barcelona, España 2005.
6. Castells M. La Galaxia Internet. ed. Debolsillo, 2001.

AUTORES/AUTHORS:

Sandra Recio Ramos, Rosa M^a López Pisa, Ana Boyero Granados, Ruth Lozano Vidal, Marina Garzón Quiñones, Cristina Padín Minaya, Cristina Illarramendi Abad, M^a Luisa Rodríguez Latre

TÍTULO/TITLE:

GRUPOS DE RIESGO CLINICO EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS: UNA HERRAMIENTA PARA LA PROACTIVIDAD

Clinical Risk Groups o Grupos de Riesgo Clínico (CRG) son agrupadores de morbilidad que permiten clasificar a los pacientes según los problemas de salud para establecer el riesgo clínico diferencial en relación a la utilización de recursos.

Este instrumento de medida ha sido recientemente incorporado a los sistemas de información de Atención Primaria en nuestro ámbito, entre otras experiencias previas tanto a nivel nacional como internacional. A partir de esta información sanitaria surgió la iniciativa de realizar este trabajo con el objetivo de analizar las características de la población mayor de 65 años atendida en una ABS según la clasificación de Grupos de Riesgo Clínico y la atención enfermera recibida en relación a la complejidad que presentan.

Método

Diseño: Estudio descriptivo, observacional, transversal.

Ámbito: Atención Primaria.

Sujetos: Población mayor de 65 años asignada al Área Básica de Salud (ABS), atendidas en el centro de salud, domicilio o institución residencial. No fue necesario cálculo muestral al seleccionar toda la población. Se excluyeron las personas desplazadas no adscritas al área de salud.

Variables de estudio:

• Clinical Risk Groups (1 al 9):

- o CRG 1: Sano
- o CRG 2: Patología aguda
- o CRG 3: Enfermedad crónica menor
- o CRG 4: Múltiples enfermedades crónicas menores
- o CRG 5: Enfermedad crónica significativa
- o CRG 6: Enfermedad crónica significativa en dos órganos
- o CRG 7: Enfermedad crónica significativa en tres o más órganos
- o CRG 8: Neoplasias
- o CRG 9: Condición catastrófica

• Patologías (CIE-10): Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM), Asma, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Accidente Vascular Cerebral (AVC), Demencia, Depresión, Insuficiencia Cardíaca, Cardiopatía Isquémica, Parkinson, Insuficiencia Renal.

• Actividad asistencial:

- o Lugar de atención: Centro de salud, domicilio e institución residencial.
- o N^o de visitas realizadas por médico y enfermera de familia
- o Valoración geriátrica realizada en las áreas:
 - Funcional: Índice de Barthel y/o test de Lawton
 - Cognitiva: Test de Pfeiffer
 - Social: Indicadores sociales de riesgo de TIRS.

· Riesgo de úlceras: Índice de Braden.

o Cobertura vacunal ante la gripe y neumococo

• Socio demográficas: Edad y sexo

Instrumento de medida: Se utilizó el sistema de agrupadores de los diferentes estados de salud denominados CRG.

Procedimiento y recogida de datos: Mediante el sistema informático se agruparon los pacientes en CRG según las patologías que constaban en la Historia clínica informatizada (e-cap) para explotación y análisis.

Análisis estadístico: Se ha realizado un análisis descriptivo de las variables cuantitativas con medidas de tendencia central y dispersión. Las cualitativas se han descrito con frecuencias absolutas y porcentajes para cada una de sus categorías.

Resultados

En el estudio se incluyeron 3219 personas mayores de 65 años, de las cuales 2997 (93,1%) fueron atendidas en el centro de salud, 130 (4%) en Programa de Atención a Domicilio (ATDOM), y 92 (2,9%) en institución residencial. Eran mujeres 1769 (55%).

La población se agrupó en:

• CRG 1-2: 83 (2,6%)

• CRG 3: 62 (1,9%)

• CRG 4: 99 (3,1%)

• CRG 5: 537 (16,7%)

• CRG 6: 2077 (64,5%)

• CRG 7: 276 (8,6%)

• CRG 8: 61 (1,9%)

• CRG 9: 14 (0,4%)

Presentaban patologías crónicas en dos o más órganos afectados identificadas en los grupos CRG 6, 7 y 8, un total de 2414 personas que corresponden al 75% del total, siendo éste uno de los resultados principales del estudio, dado que es donde se concentra el mayor número de pacientes con comorbilidad y mayor complejidad.

Dicha población se distribuyó en los siguientes grupos de edad: 1214 (50 %) 65-74 años; 508 (21%) 75-79 años; 362 (15%) 80-84 años y 330 (14%) >85 años, coincidiendo con los datos obtenidos para toda la población mayor de 65 años.

Respecto a la prevalencia de las patologías se observa: HTA 1887 (78,2%); DM 760 (31,5%); depresión 588 (24,4%); insuficiencia renal 322 (13,3%); cardiopatía isquémica 303 (12,6%); EPOC 299 (12,4%); Asma 222 (9,2%); AVC 213 (8,8%); insuficiencia cardíaca 162 (6,7%); Parkinson 140 (5,8%); demencia 134 (5,6%). La prevalencia presentó un incremento respecto a la encontrada en la totalidad de la población de estudio.

El total de 2414 personas fue atendido por las 8 enfermeras del equipo, cuya asignación corresponde a una media de 302 personas por profesional. La mediana de visitas de enfermería realizadas durante el último año fue de 4,00 [2,00; 6,00] en el centro de salud, mientras que en ATDOM fue de 14,00 [8,00; 21,50] y en residencia de 2,00 [1,00; 6,75]. La mediana de visitas de medicina fue de 4,00 [3,00; 7,00] en el centro de salud, mientras que en ATDOM fue de 7,50 [5,00; 11,00] y en residencia de 2,50 [1,00; 4,25].

En 570 (24%) personas constaba registrado alguno de los test geriátricos correspondientes a la valoración integral que habitualmente realizan los profesionales de enfermería. Las áreas más valoradas fueron la cognitiva y la funcional mediante el test de Pfeiffer en 458 personas (19%), el test de Lawton en 375 (15,5%) y el índice de Barthel 351 (14,5%) respectivamente. Sin embargo, se observa que en las personas atendidas mediante el Programa ATDOM, la valoración geriátrica registrada fue superior al 80% para todas las áreas: índice de Barthel 109 (90,8%); test de Pfeiffer 109 (90,8%); test de Lawton 97 (80,8%); escala de riesgo social de TIRS 100 (83,3%) y escala de Braden 99 (82,5%).

La cobertura vacunal fue de 1691 (70%) para la vacuna antipneumocócica y de 1550 (64,2%) para la antigripal. Los porcentajes más bajos correspondieron al grupo de personas atendido en el centro de salud, con el 68,6% y el 62,5% respectivamente.

Conclusiones

Los resultados obtenidos confirman la relación entre la población mayor de 65 años y el elevado número de personas que presentan comorbilidad y complejidad clínica.

El 75% de las personas estudiadas se encuentra en los grupos CRG 6, 7 u 8, con patologías crónicas en dos o más órganos afectados, y pone de relieve las necesidades de cuidados de salud que presentan. En consecuencia se estima que mayoritariamente serian subsidiarias de valoración y atención enfermera, por lo que se propone como un aspecto a investigar e incorporar progresivamente en la práctica clínica. La asignación de las personas de riesgo por profesional de enfermería permitiría calcular las cargas asistenciales.

En la práctica clínica, la incorporación de sistemas de clasificación (CRG) y el uso de nuevas tecnologías, favorece establecer modelos predictivos de necesidades sanitarias. Así mismo, permite impulsar acciones proactivas para prevenir complicaciones de enfermedades, optimizar la utilización de servicios y mejorar la atención a la complejidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFIA

1. Averill RF, Goldfield NI, Eisenlander J, Muldoon JH, Hugues JS, Neff JM et al. Development and evaluation of clinical risk groups (CRGs). Wallingford: 3M HIS Research Report. 1999.
2. Bruce Leff MD; Lisa Reider MHS; Kevin D. Frick PhD, Daniel O. Scharfstein ScD, Cynthia M. Boyd MD, Katherine Frey, et al. Guided Care and the Cost of Complex Healthcare: A Preliminary Report. Am J Manag Care. 2009; 15(8):555-559.
3. Hughes JS, Averill RF, Eisenhandler J, Goldfield NI, Muldoon J, Neff JM et al. Clinical risk groups (CRGs): a classification system for risk adjusted capitation based payment and health care management. Med Care.2004; 42 (1): 81-90.
4. Inoriza JM, Coderch J, Carreras M, Vall-Ilosera L, Gacía-Goñi M, Lisbona JM et al. La medida de la morbilidad atendida en una organización sanitaria integrada. Gac Sanit. 2009; 23(1): 29-37.
5. Inoriza JM, Sánchez I, Carreras M, Pérez-Berruezo X, Coderch J, Ibern P. Identificació i predicció del risc segons la morbiditat atesa al Baix Llobregat. Barcelona: Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris. Generalitat de Catalunya. (Vol IV) Nov 2011. [Acceso 13 Sept 2013]. Disponible en: <http://www20.gencat.cat/portal/site/salut>
7. Institut Català de la Salut. Explotació dels grups de risc clínic, CRG, a l'atenció primària. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2012.
8. Orueta JF, Mateos Del Pinoa M, Barrio Beraza I, Nuño Solinis R, Cuadrado Zubizarreta M, Sola Sarabia C. Estratificació de la població en el País Vasco: resultados en el primer año de implantación. Aten Primaria. 2013; 45 (1):54-60.

AUTORES/AUTHORS:

Pilar Montesó Curto, Sara Romaguera Genís, Montserrat García Martínez , Maria Luisa Panisello Chavarría , Maria Luisa mateu Gil , Maria Teresa Cubí Guillen , Lidia Sarrió Colas , Carmen Gómez Martínez , Sandra Ferré Almo

TÍTULO/TITLE:

Relación de ayuda o counselling en la interacción social y vida cotidiana de las personas con Fibromialgia.

OBJETIVOS

- Detectar los principales problemas que identifican los-as pacientes en la actualidad y ayudar a su resolución
- Ayudar a las mujeres a desarrollar estrategias para conseguir más autoridad y responsabilidad sobre sus vidas. Desarrollar la autoestima en la vida de las mujeres
- Mejorar la calidad de vida de estos pacientes

MÉTODOS

Este estudio forma parte del proyecto de investigación más amplio titulado "Percepción del malestar y dificultades psicosociales en las personas diagnosticadas de fibromialgia con dolor cervical predominante"

Ámbito

La investigación que presentamos es una parte de la investigación general y se realiza en la Universidad Rovira i Virgili.

Diseño

Análisis cualitativo de las dificultades o problemas percibidos por las personas con fibromialgia a partir de 6 Grupos de Discusión con un total de 44 personas. En los Grupos de Discusión implementamos la Terapia de Resolución de Problemas Grupal (TRPG). La TRPG está formada por cuatro sesiones.

Variables/Dimensiones:

1. Principal Problema identificado por las personas con fibromialgia en la actualidad. Este puede pertenecer tanto al ámbito físico, psicológico o social.
2. Soluciones generadas. Las soluciones pueden estar generadas por la propia persona que expone el problema, por los demás componentes del grupo o por las dos personas que conducen las sesiones.
3. Puesta en marcha de la solución generada. La solución generada muchas veces no puede resolver completamente el problema. De lo que se trata es que se incorpore una nueva manera de valorar las dificultades que aparecen en la vida de estas personas y de resolverlas de una manera más efectiva de la misma manera que los sentimientos negativos derivados de estas vivencias como la ira y la rabia
4. Evaluación de la efectividad de la TRP.

Instrumento

Terapia de Resolución de problemas Grupal

SESIÓN 1. DEFINICIÓN DE PROBLEMAS.

Identificar los principales problemas que las mujeres consideran como desencadenantes o que hayan tenido influencia en la Fibromialgia.

SESIÓN 2. GENERAR SOLUCIONES.

Identificar en la actualidad cuál es mi principal problema y generar un mínimo de diez soluciones para cada problema.

SESIÓN 3. PUESTA EN MARCHA DE LA SOLUCIÓN ELEGIDA.

Estimularemos y reforzaremos en la persona la confianza en sus capacidades para poner en práctica estas soluciones, así como

facilitaremos los elementos o recursos necesarios para llevar a cabo la acción elegida.

SESIÓN 4. EVALUACIÓN DEL PROCESO DE LA TRP.

Evaluar el nivel de resolución de la solución elegida o al menos la disminución de la vivencia negativa respecto a ella.

Análisis de los Datos

Se realiza un análisis fenomenológico del discurso de las mujeres desde una perspectiva socioantropológica cercana al interaccionismo simbólico de Blumer¹, junto con el análisis de las Fuentes secundarias. La actitud fenomenológica nos invita a dejar que las cosas aparezcan con sus características propias, como ellas son, dejando que la esencia se manifieste en la conciencia del sujeto, con el objetivo de no transformar, no alterar la originalidad de los fenómenos². El estudio del comportamiento cotidiano en situaciones de interacción cara a cara suele denominarse micro sociología, mientras que la macrosociología es el análisis de las estructuras sociales de gran tamaño como el sistema político o el orden económico³.

Los humanos habitan mundos duales, materiales y simbólicos; sus interacciones se basan en las manifestaciones de las personalidades a través de las cuales son capaces de reflexionar sobre sí mismos, de comunicarse y de ponerse en lugar de otros; que el significado ha de ser elaborado de común acuerdo, y aunque provisionalmente aceptado, está en flujo permanente y nunca permanece fijo; que las vidas, y por supuesto el orden social, están siempre abiertos y son siempre negociables⁴.

Este significado de las dificultades experimentadas por las personas será elaborado mediante el "grupo de discusión" definido como una "confesión colectiva" que deja inmediatamente de serlo, o de parecerlo ya que "el sujeto del enunciado dejará de ser el sujeto de la enunciación. Como dice Ibáñez⁵: "La interpretación es una lectura. Escucha la realidad que habla. Por eso parte de la Intuición. Pero en la segunda operación (análisis). Frotar sus intuiciones contra las teorías construidas, verificarlas en un proceso que articula su dimensión sistemática (coherencia con el conjunto de los campos teóricos) y su dimensión operatoria (aplicabilidad a los fenómenos)⁶.

RESULTADOS

PROBLEMAS/ DIFICULTADES DESCRIPCIÓN SOLUCIÓN

Dolor "la sobrecarga me hace aumentar el dolor"

"el dolor es horroroso, no me deja levantar, a veces hasta orino en la cama por no levantarme"

"El dolor está ahí pero ya estoy acostumbrada a él"

"Esta semana he estado fatal, he tenido mucho dolor pero he salido todos los días, me he obligado"

"a mí lo que me va mejor es la meditación, dejar la mente en blanco"

"son las emociones las aumentan el dolor"

"he descartado la medicina tradicional, los sentimientos y el estrés me descompensan todo el cuerpo y tengo más dolor, he pasado de tomar enorme cantidades de medicación a no tomar nada • Descansar

- Cambiar la mentalidad de que puedes llegar a todo y dosificarte
- No pensar en el dolor
- Hacer solo aquellas actividades que se puedan asumir, sino al día siguiente se encuentran peor
- Acostumbrarse a el
- Aceptación del dolor
- Esforzarse en realizar alguna actividad
- A cada persona le va bien una terapia, realizar lo que mejor se ajuste a cada persona

- Buscar las emociones relacionadas con el dolor e intentar mejorar las causas

Cansancio o Sobrecarga Física y/o emocional. Agobio “el agotamiento es lo peor, pasan las horas y no hago nada”

“me levanto cansada”

“a veces te compensa no hacer las cosas si luego vas a encontrarte mal”

“me sentía como si mi cuerpo tuviera que levantar 50K”

- Pedir ayuda
- Llegar a donde se pueda
- Poner límites
- No hacer nada
- Descansar más Reconocer las limitaciones
- Evitarla

Dificultad en las actividades de la vida diaria “a veces no puedo ni doblar la ropa, ni tender en tres días, no puedo hacer lo que yo quiero que es trabajar y cuidar a los nietos, no pude ni ir de viaje de novios, tienes un plan y no lo puedes hacer como por ejemplo el día de fin de año que no pude ni hacer las uvas” • Buscar ayuda

- Repartir los esfuerzos y no realizarlo todo el mismo día

Problemas de memoria “tengo olvidos, guardo algo y no sé dónde lo he dejado”

“he cambiado mis tácticas de estudio, estudio una parte del temario en habitaciones distintas y así después me es más fácil relacionarlo, los diferentes colores también me ayudan a orientarme mejor y también el hecho de explicar la lección a mi hermana” • No preocuparte si olvidas algo, en el momento inesperado saldrá

- Búsqueda de recursos par a ejercitar la memoria: diversificar actividades para estimular memoria; lectura, actividades manuales...

Dificultad de movilidad “El único que me recompensa es ver a las personas que van detrás de mí”

“la dificultad para caminar genera rabia, impotencia, frustración, ansiedad”

- Pensar que hay personas que están peor que tu
- No culpabilizarse
- Ponerse pequeñas metas

Alergias “yo he cambiado mi regeneración celular”

“solo tomo algún ibuprofeno y ya está, tengo tantas alergias que cualquier medicación me pone a la muerte” • Tomad productos naturales

Soledad

e Incomprensión Familia: “mi marido no quiere creerse todo lo que tengo, me ayuda pero son como los hombres de antes, no me gusta quejarme, me lo trago yo”

Amigos: “Te ven tan arreglada que no creen que tengas la enfermedad”

Sistema Sanitario: “Me siento desamparada por el sistema sanitario”

- Quejarte solo con aquellas personas que tengan el mismo problema que tú y que te comprendan
- Evitar según qué compañías
- Si no cambia tu marido, intenta cambiar tu

Depresión “yo no tengo motivación para nada”

“yo no soy importante para mí misma”

“siempre sufro”

- Dar importancia a lo que realmente tiene

Ansiedad “Quiero hacerlo todo y después me pongo nerviosa porque siempre me ha gustado todo bien hecho” • Cambiar la mentalidad y no ser tan exigente con las cosas

Poca ayuda de la pareja “El hombre antes no te ayudaba ni a bajar la basura”

“La mujer ha de tener mucha diplomacia para saber decir las cosas porque si no sabes decirlas ya tienen la excusa, se enfadan y ya dicen que no”

- Pedir lo que necesitas
- Decir bien las cosas
- No tomarte mal las cosas. Ver el vaso más lleno que vacío; si te hace algo de comida ya es algo.

Maltrato “tengo mala relación con mi marido, de relaciones sexuales nada, no nos cogemos nunca de la mano porque me trata mal, quiero que consiga una casa en su pueblo y se marche así me quedará tranquila”

“el hijo me maltrata”

“el yerno me maltrata cada vez que viene a casa” • Comunicarte bien; decir las cosas. Por ejemplo escribirle una carta con lo que piensas y cuáles son tus emociones

- No ponerle nervioso y hacer la tuya
- Protegerte, mirar por ti

Rabia “se me murieron tres familiares en aquel accidente, uno de ellos era mi hija, no quiero tener rabia pero es superior a mí, ahora empiezo a hablar del accidente, antes no podía hacerlo” • Vivir el presente, el pasado no lo puedes cambiar

- Tener la voluntad de decir lo que no quieres
- No reprimir las emociones
- Ponerse en contacto con personas que han vivido las mismas situaciones estresantes

CONCLUSIONES

1) A la hora de identificar los problemas actuales generalmente se remontan al pasado identificado ellas mismas las causas que creen que les ha originado la fibromialgia. Aparece una historia de vida muy complicada que describen a la perfección. Aparece un “sufrimiento”, “rabia” o “estrés” percibidos que pueden provenir de dos situaciones; una sería un estrés agudo percibido de muy elevada intensidad y la otra provendría de un estrés más crónico y mantenido a lo largo del tiempo.

- La primera: en la mayoría de los casos relacionan el inicio de la fibromialgia con situaciones muy traumáticas previas durante la infancia, adolescencia o juventud o posteriormente. Como ejemplo aparecen situaciones de violencia de género en la pareja o vividas en la infancia, las pérdidas de personas queridas de manera inesperada (accidentes de tráfico), experiencia de partos complicados. Una frase de una investigadora que aporta en el grupo de discusión apoya la idea de la importancia de la violencia de género en estas mujeres “acabas teniendo la sensación que detrás están los maridos, novios, algunos padres...”.
- La segunda: en otros casos se relaciona como resultado de experiencias negativas, lo califican como un sufrimiento crónico, algo no tan puntual. El rol adquirido de la mujer juega un papel importante ya que debe realizar múltiples tareas ya desde la infancia, tanto tareas domésticas y tareas de cuidado a múltiples familiares con un patrón de conducta. Algunas frases que lo relatan: “Para mí es una suma de acontecimientos que padece una persona y que le sobrepasa los límites que puede tolerar”. “Es resultado de un día tras otro y no tengo ganas de hacer nada. A mí no me ha pasado nadie adelante, he sido una persona muy trabajadora. Ahora las tareas de casa las realizo, quejándome pero las hago”. Las personas refieren haber realizado gran actividad a lo largo de sus vidas “He trabajado como un burro, me quedé viuda y realizaba trabajos de hombres como recoger aceitunas...”

2) Las soluciones incorporadas para disminuir el dolor no son iguales para todas las mujeres.

3) Sienten que la enfermedad les cambia la vida pero otras intentan adaptarse y que la enfermedad les cambie lo menos posible.
“Quien te ha visto y quién te ve”, “te cambia la vida”.

3) Se sienten incomprendidas por la Sociedad, los médicos, los forenses.... “Es una enfermedad poco reconocida”, “la gente dice que si pero no te entiende”.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1Blumer H. Interaccionismo Simbólico: Perspectiva y método. Barcelona: Masson, 1999.

2Husserl, E. Invitación a la fenomenología. Barcelona: Paidós, 1992.

3Giddens A. Sociology. Madrid: Alianza editorial S.A., 2000. p.107, 127.

4Plummer. Los documentos personales. Madrid: Siglo XXI de España Editores, 1989.

5García M, Ibáñez J, Alvira F. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Madrid: alianza Editorial, 1993.

6 Ibáñez J. Más allá de la sociología. El grupo de discusión: Técnicas y crítica. Madrid: Siglo XXI, 1979.

AUTORES/AUTHORS:

Marta Lizarbe Chocarro, Francisco Guillén Grima, Navidad Canga Armayor

TÍTULO/TITLE:

La importancia del autocuidado en 48 pacientes portadores de gastrostomía radiológica percutánea

OBJETIVOS

Los objetivos del estudio son analizar el perfil de los pacientes sometidos a gastrostomía radiológica percutánea (GRP) en el servicio de Radiología Vasculosa Intervencionista (RVI) a través de la recogida de sus características muestrales, cuantificar el nivel de dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y describir el perfil del cuidador de estos pacientes. Además, evaluar la capacidad para la realización del autocuidado derivado de la sonda de GRP y comprobar si existe relación entre ésta y el resto de variables estudiadas.

MÉTODO

Se realizó un estudio transversal y prospectivo de 48 pacientes sometidos a "recambio de sonda de gastrostomía" en la sala de RVI del Complejo hospitalario de Navarra. Del total de 62 pacientes portadores de GRP se incluyeron, correlativamente, a todos aquellos que realizaron el recambio de sonda entre el 1 de enero y el 30 de septiembre de 2010.

Se recogieron variables como la edad, el sexo, el tipo de patología causante de la implantación de la GRP y el tipo de disfagia que producían (neurológica u oncológica), y la presencia de complicaciones durante el procedimiento de colocación de la GRP. También se registraron las complicaciones relacionadas con el cuidado del estoma. Relacionado con la GRP se contabilizó el tiempo transcurrido desde la colocación (en días y meses), el calibre de la sonda (medido en French) y el número de recambios de sonda. Para valorar las ABVD se utilizó el índice de Barthel (IB) o también llamado índice de Maryland [1], que fue diseñado en 1955 y validado para la población española en 1993 [2].

Se recogió información de la persona que realizaba los cuidados del estoma y de la sonda, y de la administración de la NE (estas tres variables se contabilizaron con dicotómicas). Se registró si era el paciente u otra persona quien los aplicaba. En caso de existir un cuidador, se interrogó acerca del tipo de cuidador (formal o informal), la edad, el sexo y la relación de parentesco con el paciente. Aunque las fronteras del cuidado formal e informal son imprecisas, por cuidado informal se definió como aquellas actividades de ayuda dirigidas a personas con algún grado de dependencia, que son provistas por personas de su red social y en las que no existe entidad intermediaria o relación contractual [3].

La recogida de datos se realizó mediante una entrevista personal con el enfermo o en caso de incapacidad para comunicarse, con el familiar más cercano, y a través de la consulta de la historia clínica. La entrevista se realizó tras el recambio de la sonda de gastrostomía, y fue realizada siempre por el mismo profesional del servicio de RVI. Para ambas actuaciones se pidió consentimiento informado al paciente.

Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva, el test exacto de Fisher, la prueba U Mann-Whitney, y para el análisis multivariante la regresión lineal múltiple mediante el programa informático SPSS v19.0.

RESULTADOS

De los 48 pacientes estudiados, el 60,4 % fueron mujeres, con una mediana de la edad de 69 años y un rango de 73 (20-93). La mayoría de los pacientes (un 85 %) manifestaron disfagia de origen neurológico.

En 33 de los 48 casos no se produjo ningún tipo de complicación relacionada con el procedimiento de realización de la GRP o con el mantenimiento posterior de la sonda y del estoma.

El diámetro de sonda que los enfermos llevaban colocado en el 85,41% de los casos fue el 14 French (F), siendo el resto del 16F,

20F y 22F. La mediana del número de días que cada enfermo llevó la sonda fue de 943 y el rango de 4046 (21 y 4067).

Los pacientes precisaron una media de 9,52 recambios de sonda y supusieron para el servicio de RVI un total de 457. El número de recambios sonda de GRP se explica por un modelo de regresión lineal múltiple con un coeficiente de determinación $R^2=0,778$ y en el que influyen positivamente el tiempo transcurrido desde la colocación de la GRP y la realización del autocuidado del estoma, y negativamente, el IB.

El análisis del nivel de dependencia mediante el IB evidenció una dependencia "ligera" con una puntuación superior a los 60 puntos en 13 pacientes, frente a la dependencia "total" con una puntuación inferior a los 20 puntos del resto [4]. La media del IB en los grandes dependientes fue de 6,14 puntos.

El cuidador que atendía a los pacientes totalmente dependientes era informal en el 43,75% de los casos (21 pacientes) y formal en el 29,16 % (14 casos). El cuidador informal era un familiar directo, predominantemente del sexo femenino (un 85 % del total de cuidadores informales) y con edad superior a los 50 años (84 %). Aquellos pacientes con un cuidador formal portaban la sonda una media de 992 días frente a los 1458 días de los pacientes con cuidadores informales.

Todos los pacientes oncológicos realizaron el autocuidado del estoma y la administración de la NE frente al 14,6 % de los pacientes neurológicos. Del total de pacientes, 13 fueron capaces de aplicar el autocuidado. Cabe resaltar que la puntuación del IB (recodificando la variable a gran dependiente y a ligeramente dependiente) y la realización o no del autocuidado está estrechamente relacionado (estadístico de Fisher $X^2=48,00$, $p<0,01$).

DISCUSIÓN

La principal limitación con la que cuenta este trabajo es el reducido número de pacientes estudiados y el tipo de diseño utilizado. Por ello, los resultados hay que interpretarlos con cierta cautela.

La indicación de la realización de una gastrostomía para la administración de NE en enfermos crónicos grandes dependientes afectados de enfermedades neurodegenerativas o demencias avanzadas es un tema que crea una gran controversia [5]. El dilema ético se plantea a la hora de abordar la necesidad de nutrición en pacientes que cuentan con una corta esperanza de vida o una baja calidad de vida y aparece según se contemple la alimentación enteral como un cuidado o como un tratamiento [6], y según se tenga en consideración la opinión de los familiares más cercanos [7], marcando todo ello el desarrollo de los acontecimientos. Por ello, en el Complejo Hospitalario de Navarra el médico nutricionista es quien valora cada caso de forma individualiza y plantea al paciente y familia la opción de tratamiento nutricional mediante gastrostomía, realizando posteriormente la petición de inserción al servicio de RVI.

La descripción del modelo de regresión lineal múltiple explica en el 77,8 % de los casos el número de recambios de sonda que el enfermo va a precisar, y las variables que influyen en él son los meses que han transcurrido desde la realización de la GRP, el IB del paciente y la realización o no del autocuidado de la sonda.

Cuanto más tiempo permanezca la gastrostomía insertada mayor número de recambios serán necesarios, hecho que esté relacionado con la esperanza de vida del enfermo.

El IB es el factor que más significativamente influye en el modelo, existiendo una relación inversa entre su puntuación y el número de recambios. La gran mayoría de los pacientes estudiados son grandes dependientes, con un IB muy bajo (en torno a los 7 puntos), lo que repercute sobre la no realización del autocuidado, debiendo recurrir para ello a un cuidador. El análisis de la provisión de cuidados, de la figura del cuidador, realizada es similar a la encontrada en la literatura y pone de manifiesto que los servicios formales participan de forma minoritaria (en 14 casos de los 48 estudiados) en el cuidado continuado de las personas dependientes que viven en la comunidad y son la punta de un iceberg en el que lo informal se configura como un verdadero "sistema invisible de atención a la salud" [8, 9]. Además, la familia es la principal proveedora de cuidados de salud y el perfil del cuidador informal cumple la norma de lo que se considera un cuidador informal. Esto es, un familiar directo predominantemente del sexo femenino y con edad superior a los 50 años, con la desigualdad de género que ello conlleva [10]. La relación del tipo de cuidador con el número de

recambios de sonda también es relevante, ya que los pacientes con cuidadores informales tienen un mayor número de recambios que los que cuentan con cuidadores formales, hecho que pone de manifiesto la necesidad de instruir a los cuidadores informales en el correcto manejo de estos dispositivos.

La tercera variable que influye sobre el modelo es la realización o no del autocuidado. Han sido 13 los pacientes que realizaban el autocuidado de las sondas y sorprendentemente, los que menor número de recambios de sonda han precisado. Por protocolo del servicio el recambio de la sonda de gastrostomía se realiza cada 6 meses, aunque si el paciente conserva sus capacidades mentales y su capacidad de decisión, es él quien elige cuándo realizarlo. De esta forma intenta alargar el intervalo entre recambios al máximo posible, disminuyendo así el número de recambios a los estrictamente imprescindibles, ya que se trata de un procedimiento no doloroso pero sí molesto e incómodo para la persona.

Este "autocuidado" del estoma, de la sonda y de la administración de la NE se considera a efectos de cuidado un proceso crónico y puede enmarcarse dentro del crecimiento que el peso del cuidado y su manejo desde la Atención Primaria de Salud están sufriendo, asociados al aumento de las enfermedades crónicas. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) enfatiza el "autocuidado" como una repuesta necesaria a la elevada carga del cuidado por el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas [11]. Y orientado hacia esa nueva perspectiva se encuentra también el Plan de Mejora de Calidad de la Atención Primaria de Navarra, que comenzó a implantarse en 2007 y que está centrado en la estrategia del Autocuidado en los procesos tanto agudos como crónicos. Así, al fomentar el autocuidado de las GRP disminuimos el número de recambios de sonda, abaratamos costes, actuamos conforme a los principios de la reforma de la Atención Primaria que se está llevando a cabo en el mundo desarrollado y ratificamos el adecuado y necesario cambio de concepción de la Atención Primaria de Salud hacia un paciente activo, responsable de su propia salud y capacitado para que realice su propio autocuidado.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Existe la necesidad de instruir a los pacientes y a los cuidadores, especialmente a los cuidadores informales, en el correcto manejo de estos dispositivos para eliminar así el número de recambios innecesarios.

Si se fomenta la realización del autocuidado conseguiremos un menor número de recambios de sonda de GRP. De esta manera ahorraremos costes económicos a la institución y molestias, dolor e incomodidad al paciente derivados del recambio de sonda de GRP.

Este "fomento del autocuidado" ratifica las directrices emitidas por la OMS (2009) en las que se "enfatisa el autocuidado como una respuesta necesaria a la elevada carga del autocuidado por el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas que se está produciendo en este comienzo de siglo".

El papel que representa la enfermería de la sala de radiología vascular intervencionista en el manejo del autocuidado es primordial, ya que transmite los conocimientos necesarios para su correcto manejo y prepara al paciente, lo "capacita", para que sea él mismo el encargado de vigilar y controlar el correcto funcionamiento de las GRP. De ahí que los profesionales deban estar preparados y ser competentes para solventar los diversos problemas planteados por el paciente ante las dificultades del manejo de la GRP.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md state Med J.* 1965; 14: 61-5.
2. Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1993; 28: 32-40.
3. Rogero García J. Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. 1ª ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social: Instituto de mayores y servicios sociales [IMSERSO]; 2009.
4. Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol.* 1989; 42:

- 703-9.
5. Elizabeth L Sampson, Bridget Candy, Louise Jones. Alimentación enteral para pacientes mayores con demencia avanzada (revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue2 Art N° CD007209. Chichester, UK:Joh Wiley & Sons, Ltd).
 6. García de Lorenzo A, Barbero J, Castaño A, Celaya S, García Penis P, Gómez Enterría P, León M, Moreno JM, Ordóñez FJ, Planas Vila M, Sánchez Caro J, Wanden Berghe C. Conclusiones del III Foro de Debate SENPE. Soporte nutricional especializado: aspectos éticos. *Nutri Hosp.* 2006; 21: 300-2.
 7. Brotherton AM, Abbott J, Hurley MA, Aggett PJ. Home percutaneous endoscopic gastrostomy feeding: perceptions of patients, carers, nurses and dietitians. *JAN.* 2007; 59: 388-97.
 8. Durán MA. Los costes invisibles de la enfermedad. 2ª ed. Madrid: Fundación BBV; 2002.
 9. Rogero-García, J. Distribución en España del cuidado informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Rev Esp Salud Publica.* 2009; 83: 393-405.
 10. García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sanit.* 2004; 18: 132-9.
 11. World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. Self-care in the context of Primary Health Care: report of the regional consultation, Bangkok, Thailand, 7-9 January. WHO Regional Office for South-East Asia. 2009. Disponible en www.searo.who.int/catalogue/2005-2011/pdf/healthinformation/sea-hsd-320.pdf

AUTORES/AUTHORS:

Montserrat Martí Cavallé, Montserrat García Martínez, Mar Lleixá fortuño, Teresa Salvadó Usachs, Cinta Espuny Vidal, Teresa Lluch Canut, Juan Roldán Merino, Trinidad Carrión Robles, Luis Marqués Molías

TÍTULO/TITLE:

Perfil TIC de posibles usuarios de una web 2.0 para cuidadoras de enfermos crónicos

Introducción:

Aunque se demuestra la efectividad de las intervenciones de ayuda, con frecuencia encontramos que la realidad social y familiar dificulta, el poder compaginar las múltiples tareas del cuidado con la asistencia presencial continuada a un espacio de apoyo, por lo que creemos que el acceso a recursos de información, apoyo social y asesoramiento multidisciplinar, desde el propio domicilio utilizando las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) puede tener un efecto positivo para los diferentes tipos de cuidadoras no profesionales, evitando además la soledad, sentimiento muy frecuente en este tipo de población.

Internet ha revolucionado las relaciones, desde nuestro punto de vista la tecnología debe ser utilizada como complementaria a la relación profesional sanitario-usuario para favorecer la interacción, la progresiva incorporación de las TIC, ha cambiado el mundo que nos rodea y como vivimos en él. El campo de la salud no es ajeno a esta realidad, debemos estar atentos a los avances tecnológicos y aprovechar las nuevas y

beneficiosas aplicaciones para el cuidado integral de la salud que nos aportan.

Este trabajo forma parte del proyecto multicéntrico: "Cuidadoras 2.0: efectividad de un programa de apoyo 2.0 para cuidadoras no profesionales de pacientes crónicos". Expediente PI 12/01224 2012, financiado por el Instituto de Salud Carlos III y Fondo Europeo de Desarrollo Regional

Objetivos:

Identificar la competencia digital de las cuidadoras de pacientes crónicos

Identificar el uso de TIC por parte de las cuidadoras de pacientes crónicos

Identificar la disposición a usar una página web 2.0 de soporte a cuidadoras de pacientes crónicos

Identificar las preferencias de las cuidadoras de cómo recibir la información a través de una página web 2.0.

Métodos: estudio piloto, diseño descriptivo y transversal, metodología cuantitativa basado uso cuestionario de recogida de datos elaborado para este estudio. Se solicitó permiso al comité de ética del Hospital Juan XXIII y consentimiento informado a todas las participantes. Se efectuó la recogida de datos durante los meses de marzo a mayo del 2013, se detectaron a las cuidadoras de los pacientes dependientes ingresados en las unidades de hospitalización del Hospital de Tortosa Verge de la Cinta de Tarragona y se les informaba e invitaba a participar en el estudio.

Resultados:

El número de encuestas válidas fue de 50, los resultados más relevantes son:

La media de edad de los cuidadores es de 54,4 años y los rangos de edad oscilan entre 24 y 76 años. El 78% son mujeres el resto son hombres. Un 66% están casados o viven en pareja, el 34% no tienen pareja. El nivel de estudios en un 41% son estudios primarios, un 45% tienen estudios de nivel medio y en un 10% tienen estudios universitarios. La actividad laboral del 38% de los casos es de ama de casa, un 19% están actualmente en paro, 36% están trabajando y un 6,4% están jubilados. 5% ha dejado de trabajar. El 54% ha tenido que adaptar sus ocupaciones habituales. Un 94% ha manifestado el deseo de compartir sentimientos y emociones. Un 66% disponen de personas con quien hablar de sus problemas y un 34% no. Un 94% piensan que cada vez tienen menos tiempo para dedicarse a ellos mismos.

A cerca del uso teléfono móvil: un 100% tiene y lo utiliza para hacer llamadas; 37% envía SMS; 16% participa en redes sociales.

Un 68,4% (39) dispone de ordenador en casa; 54% sabe utilizarlo; 68 % dispone de conexión a Internet; 52% entra varias veces a la semana; 66% se conecta diariamente; 40% no sabe usar Internet pero manifiesta que le gustaría aprender.

Sobre el uso de Internet: 92% (22) lo utiliza para buscar información; un 67% (17) lo utiliza para consultar el correo electrónico; un 32% para controlar sus cuentas bancarias y un 16% para realizar compras.

Sobre la búsqueda de información sobre salud en Internet: 80% (20) dice haberla buscado en alguna ocasión; 32% (16) ha buscado información sobre asociaciones de familiares y/o enfermos; un 26% (5) confía en esta información hallada; 74% (14) no siempre confía.

Un 60% (12) de los cuidadores comentan que nunca han comentado o contrastado la información hallada con un profesional de la salud; un 47% (9) expresan como motivo de no comentarlo que creen que no lo van a encontrar correcto; 26% (5) por falta de confianza con el profesional; 81% (21) dice que su profesional nunca le ha sugerido buscar información en Internet.

Un 77% (20) de las personas entrevistadas muestran interés para informarse sobre enfermedad o compartir experiencias a través de una web sobre cuidadoras informales.

Al 70% les gustaría recibir esta información por parte de otras cuidadoras, un 56% (13) les gustaría que la web informará sobre la enfermedad, al 52% que informará sobre recursos de interés, a un 48% (11) que ofreciera información de expertos, un 30% (7) que tuviera una sección de noticias relacionadas y a un 17% (4) que incluyera una sección de libros.

Discusión:

A partir del estudio realizado sabemos que la participación en redes sociales es baja comparándola con otros resultados anteriores¹. Un elevado porcentaje de cuidadoras todavía no sabe usar el ordenador ni navegar por Internet; aspectos a tener en cuenta para promocionar e implementar con éxito una web; será necesario programar formación previa. A pesar de esta falta de competencia, el 77% de la población estudiada tiene interés en utilizar una página web 2.0 dirigida a cuidadoras de pacientes crónicos; estos resultados muestran la buena predisposición e interés por la web.

Parece que a estas cuidadoras les interesan los temas relacionados con la salud y buscan parte de esta información en Internet. Concretamente un 80% afirma que busca información sobre temas de salud, este porcentaje es más elevado que en otros estudios. Un estudio realizado durante los años 2010 y 2011 en Madrid constata que el 61% de los usuarios de atención primaria habían usado Internet como fuente de información². Aunque luego no son capaces de comentar la información hallada con el equipo de salud y los profesionales de la salud y estos tampoco les remiten a buscar información en la red, este podría ser el motivo por el que se desconfía de la información hallada, ya que, aún son pocos (19%) los profesionales que recomiendan consultar los recursos disponibles en Internet, estos resultados son más elevados que los hallados en otros estudios previos consultados. 2, 3

Que el profesional tome la iniciativa y recomiende consultar información en Internet podría tener consecuencias sobre el número de pacientes que comenten la información hallada en Internet con sus enfermeras. Las enfermeras debemos intentar liderar estos proyectos y crear webs de calidad donde dirigir a los usuarios para que puedan obtener información fiable a la que consultar. Una página web 2.0 puede ser un entorno idóneo para ayudar a los cuidadores a compartir sus experiencias, evitando el sentimiento de soledad y donde consultar información que les puede llevar a aprender a mejorar la salud de las personas que cuidan y muy especialmente de la suya propia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1- Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta sobre Equipamiento y Uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación en los Hogares 2010. Madrid: INE [Internet]. [citado el 26 de febrero de 2013]. Disponible en:

<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t25/p450&file=inebase>

2- Marín V, Valverde J, Sánchez Miró I, Sáenz M I, Polentinos E, Garrido A. Internet como fuente de información sobre salud en pacientes de atención primaria y su influencia en la relación médico-paciente. *Atención Primaria* 2013; 45 (1): 46-53.

3- Lupiáñez-Villanueva F. Internet, salud y sociedad : análisis de los usos de Internet relacionados con la salud en Catalunya [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya; 2008.

AUTORES/AUTHORS:

LEILSON LIRA DE LIMA, MARIA SALETE BESSA JORGE, MARDÊNIA GOMES FERREIRA VASCONCELOS, RÂNDSON SOARES DE SOUZA, ANTÔNIO GERMANE ALVES PINTO, ALEXANDRE MELO DINIZ, EVELYNE VIANA DE FRANCA, ANDREA ACIOLY MAIA FIRMO

TÍTULO/TITLE:

APOYO MATRICIAL Y SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA BRASILEÑA: ANÁLISIS CUALITATIVA SOBRE EL CUIDADO RESOLUTIVO

Introducción

El progreso de las transformaciones en la asistencia en salud mental en Brasil ocurre por la articulación de la red asistencial, acogida, responsabilidad, vínculo, acceso, atención integral y acciones de cuidados comunitarios. Se reconoce también que esos principios representan avances de Reforma Psiquiátrica y son fundamentales en la reorientación de servicios y prácticas a la asistencia integral y resolutive en salud mental.¹⁻²

Al mismo tiempo, la discusión sobre los avances de políticas públicas de asistencia en salud mental se centra en la articulación de los servicios substitutivos al hospital psiquiátrico, como los Centros de Atención Psicossocial (CAPS) y las Residencias Terapéuticas (RT), con la red asistencial da Atención Primaria a la Salud (APS).³ Esa articulación debe constituir-se de espacios donde posan ser expresas formas de pensar y actuar en salud mental que consideran la valorización do sujeto con enfermedad psíquica, su contexto de vida y sus demandas e necesidades.

Por otra parte, el Apoyo Matricial (AM) es tentativa de consolidar el cuidado en salud mental en la APS y estimular el protagonismo de profesionales y pacientes. Él busca apoyar, por medio de los equipos de CAPS, los profesionales de Atención Primaria a la asistencia al paciente y fornecer soporte técnico y pedagógico, instrumentalizándoles para el cuidado adecuado.⁴⁻⁵ Además, el AM objetiva aumentar acciones resolutivas de salud mental, promoviendo reformulación en el modo de organización de los servicios y de las relaciones entre equipo del CAPS (especialistas) y de la APS, con perspectiva interdisciplinar.⁴

Objetivos

Este estudio tuvo como objetivos comprender como se da el cuidado en salud mental en APS, considerando el AM y analizar los límites y desafíos del AM enfrentados por los profesionales y pacientes para el alcance del cuidado resolutive.

Métodos

Investigación cualitativa, realizada en Fortaleza y Maracanaú, Ceará, Brasil, en CAPS y APS. Participaron 93 sujetos entre pacientes y profesionales. Se Incluyeron profesionales con tiempo de actuación de un año y que participaban del AM. Los pacientes seleccionados eran mayores de 18 años, participaban del AM y recibían atendimento hace un año. Mustreo acumulativo, buscando abarcar las dimensiones de la investigación: cuidado resolutive en salud mental en APS y AM.

Se resalta que el abordaje teórico y metodológico de este estudio permite la construcción de diálogos entre narrativas, la interpretación, la teoría y las experiencias individuales de los participantes. La búsqueda por comprensión de las relaciones entre las partes do texto y el todo, por un proceso que se guía del general al particular y viceversa,⁶ dispensa a saturación teórica como balizadora final del número de participantes. La recogida de información se llevó a cabo por entrevista semiestructurada.

El análisis de narrativas fundamentada en la Fenomenología Hermenéutica⁷ orientó el análisis de datos. Esto método de

análisis prevé que la construcción del proceso analítico ocurre en cinco fases: transcripción de las entrevistas en texto; distanciamiento (distanciación), interpretación superficial; análisis estructural y comprensión larga del texto, denominada de interpretación profunda.⁸

A partir de las entrevistas se llevó a cabo la aproximación con el texto por medio de lecturas, entre las diferentes narrativas, con la finalidad de construcción de unidades de sentido y significados, que permitieran la elaboración de los siguientes temas Apoyo Matricial como Cuidado en Salud Mental en la Atención Primaria a la Salud y Límites y Desafíos del Apoyo Matricial para el Cuidado Resolutivo, que fueron interpretados y analizados en articulación con el referencial teórico.

Resultados y Discusión

En general, las narrativas revelan que el cuidado en salud mental es caracterizado por dedicación, por parte de los equipos, de articular acciones de salud mental entre los servicios de Atención Primaria y especializada y e buscar apoyo en recursos existentes en la comunidad como iglesias y escuelas. De otro evidencian dificultades e desafíos para al cuidado resolutivo en la Atención Primaria.

Apoyo Matricial como Cuidado en Salud Mental en la Atención Primaria a la Salud

El AM posibilitó a los profesionales de APS profundizar la comprensión de los casos, atendiendo aspectos como medicación y diagnóstico. El AM favorece la construcción de respuestas a las necesidades de los pacientes y articulación entre los profesionales en la formulación de proyectos terapéuticos⁴. A causa de la complejidad de los problemas de salud mental, sus determinantes y su influencia en los aspectos biopsíquicos y sociales, esa estrategia instrumentaliza los trabajadores de salud para acompañamiento clínico y terapéutico de las personas con enfermedad psíquica, pues viabilizan cuidado integral, permiten que los profesionales conozcan las condiciones de vida de esos pacientes, garanten acceso y cuidados comunitarios y proporcionan adhesión al tratamiento, farmacológico y no farmacológico.

Es necesario destacar que el acompañamiento de algunos pacientes en el CAPS, conseguido después de la implantación del AM, también proporciona contento entre los pacientes. Personas con enfermedades mentales graves, antes excluidas de los cuidados en salud mental, pasaran a recibir cuidados por el equipo del CAPS, articulada con el equipo de APS.

Luego, se observa que la APS garante acceso a los cuidados de salud mental e funciona como coordinador del itinerario terapéutico de los pacientes con enfermedades mentales graves. Ese proceso exige decisión clínica, por parte del equipo de APS, que empieza por la escucha cualificada, con el objetivo de identificar los casos graves y la posible necesidad de resolución en la Atención Primaria y/o encaminamiento para el CAPS.

Límites y Desafíos del Apoyo Matricial para el Cuidado Resolutivo

Sin embargo, las narrativas señalaron desafíos para el cuidado resolutivo, como comprensión equivocada de am, relacionándolo solo al soporte del médico de CAPS al médico de APS. El AM se configura como soporte al equipo interdisciplinar de APS⁴ y no solo al profesional médico. Además, se evidenció acciones de salud mental en APS restrictas a la medicalización; centralización en el médico y colas de espera para remisiones a otros niveles. Se percibe que la medicalización detiene significativo valor en resolución de problemas biopsicosociales en la APS⁹, hallado también evidenciado en otro estudio.¹⁰

El médico ocupa lugar central en las decisiones clínicas y manejo de los casos no AM. Aunque los equipos sean formados por otros profesionales, como enfermeros, psicólogos, terapeutas ocupacionales y agentes comunitarios de salud, la comunicación y soporte ocurren solamente por la interacción médico CAPS – médico APS. La monopolización del saber médico sobre determinado caso,¹¹

se constituye, en los escenarios estudiados, como práctica frecuente.

Sin embargo, la participación de enfermeros en los cuidados en salud mental en APS es descrita en la literatura científica como esencial en enfrentamiento de enfermedades mentales y adhesión al tratamiento en ese nivel de atención. Estudio¹² realizado en el Canadá, con objetivo de analizar la eficacia de un programa de intervención destinado a pacientes no psicóticos y realizado por enfermeros de atención primaria, demostró que la participación de esos profesionales fue importante en la ampliación de vínculos y disminución de las dificultades enfrentadas de los pacientes a causa de la enfermedad mental.

Otra dificultad encontrada fue sentimiento de poco preparo e impotencia delante de casos clínicos de salud mental que llegan al servicio de Atención Primaria, dificultando las acciones del Apoyo Matricial. Parte de los profesionales permanece con prácticas centradas en la clínica tradicional aprendida durante su formación de grado en salud. Delante de los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad, que vive la población, médicos utilizan solamente la terapia farmacológica como terapéutica valiosa a la somatización de la vulnerabilidad social de los pacientes.

Se percibe también que, todavía, hay fuerte influencia de la psiquiatría clásica en la asistencia de CAPS y APS. Las prácticas de la psiquiatría contemporánea objetivan solamente que el paciente haga uso de medicación, es decir, esas prácticas asilares continúan a existir mismo en los servicios substitutivos. Además, a los pacientes no les preguntan sobre el tratamiento que reciben o de las rutinas a que son submetidos.¹³ Eso implica afirmar que no hay una desinstitucionalización en la realidad, pues esta no se refiere apenas al proceso de "desospitalización", pero también a la desconstrucción de conceptos y acciones de la psiquiatría clásica.¹

Conclusión

Es relevante comprender el AM mientras estrategia de cuidado resolutivo en APS, luego la articulación entre CAPS y APS es forma de consolidación de reforma psiquiátrica y reitera la necesidad de servicios de base comunitaria y territorial. Además, pocos son los estudios que analizan el AM como estrategia de cuidado resolutivo. Cabe señalar, la necesidad de estudios multicéntricos capaces de analizar y comparar la realidad de AM Brasileña con otras iniciativas como Equipos de Apoyo Social y Comunitaria de España, por ejemplo.

Entre las estrategias posibles de ser desarrolladas, la implementación de procesos de educación continuada con objetivo de empoderar los profesionales de APS para resolución de casos de salud mental y sus determinantes, estímulo al trabajo interdisciplinar, flexibilización del cronograma de atendimento de los servicios a fin de que sea dada oportunidad de acogida y conducción constituyen posibilidades de organización y fortalecimiento de nuevas prácticas de salud mental.

Así, esta investigación contribuye para fortalecimiento de acciones de salud mental en APS, posibilitando acceso y calidad de vida a los pacientes. Además, cuidados primarios de salud mental disminuyen riesgo de discriminación y estigma y reducen los costos a los pacientes y sistemas de salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2007.
2. Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. Saúde Soc. 2009 Jan-Mar; 18(1): 63-74.
3. Vecchia MD, Martins STF. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para implementação das ações. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2009 Jan-Mar; 13(28):151-64.
4. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública. 2001 Fev; 23(2):399-407.
5. Tófoli LF, Fortes S. O apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. Sanare. 2007 Jul-Dez; 6(2): 34-42.

6. Caprara A, Veras MSC. Hermenêutica e narrativa: a experiência de mães de crianças com epidermólise bolhosa congênita. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 2004-2005 Set-Fev; 9(16): 131-46.
7. Ricouer, P. *Do texto à ação*. Porto: Rés Editora, 1989.
8. Geanellos R. Exploring Ricouer's hermeneutic theory of interpretation as a method of analysing research texts. *Nursing Inquiry*. 2000 Jul; 7: 112-9.
9. Dimenstein M. Reforma psiquiátrica: integrando experiências brasileiras e espanholas no cuidado integral e territorializado em saúde mental. *Estudos de Psicologia*, 16(3): 285-88, 2011.
10. Pinto AGA, Jorge MSB, Vasconcelos MFG, Sampaio JJC, Lima GP, Bastos VC, Sampaio HAC. Apoio matricial como dispositivo do cuidadoem saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos. *Ciênc. Saúd Colet.* 17(3):653-60, 2012.
11. Miranda L, Onocko-Campos RT. Análise do trabalho de referência em Centros de Atenção Psicossocial. *Rev Saúde Pública*. 2008 Set-Out; 42(5):907-13.
12. Koekkoek B, Van Meijel B, Schene A, Smit A, Kaasenbrood A, Hutschemaekers G. Interpersonal Community Psychiatric Treatment for non-psychotic chronic patients and nurses in outpatient mental health care: a controlled pilot study on feasibility and effects. *International Journal of Nursing Studies*. 2012 Set-Out; 49(5): 549-59.
13. Reuter C, Peixoto PTCP. Psiquiatria, saúde mental e biopoder: vida, controle, e modulação no contemporâneo. *Psicologia em Estudo*. 2009 Abr-Jun; 14(2): 267-75.

Mesa de comunicaciones 5: Profesión / Gestión

Concurrent session 5: Nursing Profession / Management

AUTORES/AUTHORS:

Nuria Domenech Climent

TÍTULO/TITLE:

EDUCANDO EN HIGIENE: LA MIRADA DESDE UNA REVISTA DE DIVULGACION SANITARIA DE 1935

OBJETIVOS

Describir y analizar la información publicada en los artículos de la revista de Higiene y Divulgación Sanitaria HIGIA.

Observar las diferencias y semejanzas entre los temas de educación que se realizaban y los que se realizan en nuestras actividades actuales de Promoción de la Salud en la Comunidad Valenciana y Cataluña

MATERIAL Y METODO

Para llevar a cabo la investigación se localizaron y fotocopiaron en la Biblioteca de Catalunya los números de la revista HIGIA, cuyo subtítulo es el de "Revista d'Higiene i Divulgació Sanitaria", publicada en Barcelona en el período comprendido entre enero de 1935 y mayo de 1938.

Se procedió al análisis documental de los artículos publicados. Se creó una base de datos con el programa FLEXIDATA para la recogida y tratamiento de las informaciones que proporcionó dicho análisis, y se utilizó el programa EXCEL para la creación de gráficos y tablas.

En el análisis documental se recogieron las siguientes variables: autor, título, tema, número de la publicación, mes, año e idioma.

Además se introdujo un pequeño abstract de cada artículo con el fin de identificar palabras claves que pudieran orientar en la clasificación posterior de los artículos. Para la elaboración del listado de los temas se ha realizado una clasificación siguiendo básicamente las secciones de la propia revista (que aparecen en negrita en la tabla del anexo I). No obstante, se han incorporado temas que no estaban descritos en ninguna de dichas secciones, pero que aparecerían reflejadas en las palabras claves. Junto al análisis de las temáticas se ha cuantificado y elaborado el número de obras por autor y el idioma.

Se procedió a la búsqueda de los planes de salud de las Comunidades de Cataluña y Comunidad Valenciana y se consultó la cartera de servicios y las actividades relacionadas con la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad a través de sus páginas web

RESULTADOS

OBJETIVOS Y FINALIDAD DE LA REVISTA

En su primer número correspondiente al mes de enero de 1935, la revista incluye un saludo y bienvenida donde se explica el por qué del nacimiento de la misma. La iniciativa surgió de un grupo de médicos que pensaban que el progreso científico de la medicina debía incluir la prevención como forma de disminuir las enfermedades. Eran partidarios de que la cultura higiénica y sanitaria se convirtiese en el camino para conseguir un mejor estado de salud. En su segundo año, los objetivos de la revista se ampliaron.

Además de los de carácter divulgativo la revista pretendía convertirse en referente y guía de hábitos saludables. El contexto histórico-social en el que se desarrolló la revista influyó en los objetivos de la misma ya que a partir de 1936 introdujo entre sus fines un conjunto de medidas y consejos morales contra la guerra. En su cuarto año de publicación se recuerda de nuevo la importancia de la divulgación de la higiene ya encauzada en la realidad de una guerra y sus consecuencias sobre la alimentación, las enfermedades infecciosas, etc. En la editorial también se mencionan los cambios necesarios que se introdujeron en las portadas, materiales utilizados, grafismos, etc. como consecuencia de la situación.

DESCRIPCION DE LA REVISTA Y SU CONTENIDO

La publicación estudiada está dividida en cuatro tomos numerados, correspondiendo cada uno a un año natural (I, II, III, IV). Consta de un total de 397 artículos de los cuales se escribieron 159 (40%) en 1935, 115(29%) en 1936, 92 (23%) en 1937 y 31(8%) en 1938. La revista nace en 1935 y comienza publicándose con una periodicidad mensual. En 1936 se publicaron 10 números. En 1937 sólo se publicaron 7 números y durante 1938 3 números

El precio de la revista osciló entre los 0,50 céntimos de 1935 y 1936, 1 peseta en 1937 y 1,50 en 1938. Existía la posibilidad de suscribirse un año tanto en España como en el extranjero y también existía la posibilidad de comprar nº sueltos o atrasados.

La revista en sus inicios poseía unas secciones fijas que eran coordinadas por un responsable miembro del Consejo Editorial. Hay que destacar sin embargo, que no aparecían en todos los números contenidos relacionados con todas las secciones. Junto con las

secciones fijas y el consejo editorial, solían aparecer la relación de colaboradores habituales de la revista. A partir del nº19-20 correspondiente a los meses de julio/agosto de 1936 desapareció el sumario inicial

El número de artículos incluidos en cada número es variable y oscila entre los 9 artículos de marzo y septiembre de 1936, a los 25 artículos de julio de 1937. La media de artículos por número es de 13,25 en 1935; 12,1 artículos por revista en 1936; 19,3 en 1937 y 13,6 en los artículos publicados en 1938.

La mayoría de los artículos, un 74% (292 artículos), están escritos en catalán; el resto, un 26% (105 artículos) están escritos en castellano. Aunque la mayoría de los temas incluyen artículos escritos en ambas lenguas, existen una serie de temáticas que están escritos íntegramente en catalán y respecto a la temática encontramos 26 temas diferentes: Puericultura e Higiene de la infancia; Divulgación Científica y Cultural; H Endocrina y de la Nutrición; Microbiología y Enf Infecciosas; H de la Cultura Física; H del Tocador; H Nerviosa, Psíquica y del trabajo; H de la Mujer; H Escolar; H de la Piel y del Cabello; H Dental; Higiene Social; Medicina de Urgència;

H del Espíritu y la Moral; H del Corazón y de la Circulación; H Genitourinaria; H General; H Respiratoria; H Alimentaria; H de la Garganta, nariz y orejas; H de los Ojos; H Digestiva; H de la Vivienda; Prevenir el cáncer

Algunos artículos tenían un carácter ensayístico y un lenguaje culto. También se encuentran artículos que por su extensión o temática divulgativa precisan de su división e inclusión en varios números de HIGIA. Junto a los artículos de divulgación y colaboraciones ensayísticas la revista incorporó otros contenidos o secciones que fueron aumentando a lo largo del tiempo, como ocurrió con las secciones correspondientes a Anuncios Publicitarios, Dibujos y Pinturas, Obituarios, Biografías Breves, Viñetas Humorísticas, etc.

AUTORES Y PRODUCTIVIDAD

El número total de artículos fue de 397, 64 de los cuales (el 16%) fueron escritos por el Comité Editorial. Los mayores productores fueron Jesús Noguera Moré con más de 35 artículos; Félix Martí Ibáñez y R. Arques con más de 15 artículos; Carles Carceller Blay, Teresa Roca Jalonc, Josep Aliberch Bono, Ignasi Orsola Martí y Francesc Montanyà Guasch con más de 10 artículos. De estos autores tres de ellos (Jesús Noguera Moré, Carles Carceller Blay e Ignasi Orsola Martí) actuaron como editores y el resto pertenecían al Consejo editorial, siendo responsables de alguna de las secciones de la revista. Con respecto a la participación femenina, ésta sólo alcanzaba el 2,7%, y su producción alcanzó el 3,5% del total de artículos publicados.

El número de artículos escritos por los máximos productores de acuerdo con la tendencia de la propia revista, fue disminuyendo considerablemente a lo largo de los años.

Por otro lado, es importante destacar que existe un número de artículos en los que no figura el nombre del autor y que va aumentando con los años

Respecto a los PLANES DE SALUD, se revisó la información disponible en la web y se encontraron los temas relacionados con: HABITOS Y ESTILOS DE VIDA: tabaco; alcohol y otras drogas; alimentación, nutrición y actividad física; salud sexual y reproductiva; salud mental

PROMOCION DE LA SALUD/PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD: Seguridad alimentaria, Salud Laboral, Vacunación.

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES: Tuberculosis, Sida, Infecciones Nosocomiales

ENFERMEDADES CRONICAS: Cáncer; enfermedades cardiovasculares; enfermedades cerebrovasculares; neurodegenerativas y demencias; enfermedades respiratorias; musculoesqueléticas.

ENFERMEDADES/FACTORES DE RIESGO: HTA; Diabetes; Obesidad; Dislipemias

GRUPOS DE ESPECIAL VULNERABILIDAD: Cuidados Paliativos; Envejecimiento/Dependencias; Salud Materno-Infantil/Adolescencia

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados de la investigación han puesto de manifiesto que la educación y la divulgación en materia sanitaria estaban consideradas una herramienta fundamental para alcanzar un mayor nivel de salud en la población. Su principal función era hacer

llegar la higiene y las correctas prácticas sanitarias al máximo número de personas

El análisis bibliométrico de la revista Higia, nos ha permitido conocer las temáticas que se abordaron y su frecuencia; además de visualizar el núcleo de máximos productores. En su condición de revista dedicada a la divulgación higiénico-sanitaria, en Higia primaban los artículos de consejos de salud y divulgación sanitaria, aunque también se incluían artículos de divulgación cultural y reflexión social; y aunque se trataban temas de actualidad, éstos no hacían referencias ni analizaban la actualidad política.

Entre las cuestiones sanitarias conviene destacar una preocupación por las enfermedades sociales y sobre todo, por todo lo relacionado con la higiene del niño y la disminución de las tasas de mortalidad infantil. Muchos artículos están dedicados al cuidado de los niños, de su educación y de su salud (se publicó un número excepcional dedicado a la infancia). La salud física y mental eran temas importantes y también se mostraba interés por la vida sana de las clases populares proponiendo una profilaxis basada en la higiene y en un régimen de vida acorde con el funcionamiento armónico del cuerpo. Junto a las cuestiones relacionadas con la puericultura e higiene de la infancia, hay que destacar la importancia que alcanzaron los temas relacionados con la alimentación y las enfermedades infecciosas.

En el apartado de los productores, encontramos que el comité de redacción es responsable del 16% de las publicaciones. Además es interesante señalar que casi la mitad de los artículos, un 44% fueron redactados por miembros del Consejo Editorial en función de su especialidad; sin embargo, la mayoría de estos trabajos fueron publicados en los primeros números, una pauta que no se siguió en años posteriores, donde los temas a tratar estaban más relacionados con las circunstancias y la realidad.

Con el fin de lograr el cambio necesario para dicha transformación en materia de salud se utilizaban mayoritariamente conferencias, charlas y escritos, de los que las publicaciones de revistas especializadas en salud e higiene ocuparon un importante papel. Higia nace como respuesta a esas inquietudes.

La transmisión de conocimientos higiénicos a partir de las publicaciones periódicas y de la literatura médica fue fundamental en el avance y en las conquistas sociales promovidas por la doctrina higiénica en su conjunto. Con el fin de lograr el cambio necesario en materia de salud se utilizaban mayoritariamente conferencias, charlas y publicaciones. La Revista Higia nació como respuesta a estas inquietudes.

Al realizar una comparativa entre la divulgación de la salud en 1935 y en la actualidad, podemos observar grandes semejanzas con respecto al concepto de la "Educación para la salud" como la mejor opción para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. La educación y la formación casan con la filosofía actual de "empoderamiento" de la población y una mayor responsabilidad y autonomía de los pacientes.

Los temas tratados, salvaguardando algunas diferencias relacionadas con el avance tecnológico, la desaparición y/o disminución de algunas enfermedades y la aparición de algunas como el Sida de más reciente descubrimiento, podríamos decir que el modelo de divulgación sanitaria de 1935, sus temas y preocupaciones, podrían servirnos como base de un plan de salud actual de alguna de nuestras comunidades. Resulta interesante conocer cuán cerca estuvo España de ser uno de los países europeos líderes en educación para la salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Alcaide González Rafael. "Las publicaciones sobre higienismo en España durante el período 1736 – 1939: un estudio bibliométrico". Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales. Universidad de Barcelona. Nº 37, 1 de abril de 1999.

- Alvarez Peláez Raquel. "Félix Martí Ibáñez y la Eugenesia en España". Actas del I Simposium Internacional Félix Martí Ibáñez: Medicina, Historia e Ideología. 2004
- Ballester R; Perdiguero E. "Levántate temprano, acuéstate pronto y ocupa bien el día: medicina, higiene y moral en la escuela primaria en España (1857-1936)". La medicina en España y en Francia y sus relaciones con la ciencia, la tradición y los saberes tradicionales (s. XVIII a XX); 171-196. Ed. Sm 1998.
- Barona Josep Lluís. "Ciencia y Revolución en la España de Martí Ibáñez". Actas del I Simposium Internacional Félix Martí Ibáñez: Medicina, Historia e Ideología. 2004
- Barona JL. "Nutrition, knowledge and action: International trends and social policies in Spain, 1880-1994". Transferring Public Health. Medical Knowledge and Science; 91-119.
- Barona JL., Perdiguero-Gil E. "Health and the war. Chsnging schemes and health conditions during the spanish civil war". Dynamis 2008; 28 103-126.
- Bernabeu Mestre Josep. "La salut pública que no va poder ser". Història. Serie Minor. Consell Valencià de Cultura.2007
- Bernabeu Mestre J. "La utopía reformadora e la segunda república: la labor de Marcelino Pascua al frente de la dirección general de sanidad, 1931-1933." Rev esp Salud Pública 2000; 74; 1-13.
- Bernabeu Mestre J, Barona JL. "La divulgació de la ciencia entre els moviments socials i la seua reinterpretació en la premsa llibertària (1923-1937). Actas del II Coloquio Internacional. La historia de los lenguajes iberorrománicos de especialidad: la divulgación de la ciencia. Pgs 181-193. Mayo 1999.
- Hervás i Puyal Carles. "Sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil. Política i Organització sanitàries: l'impacte del conflicte bèlic". Tesis Doctoral. Institut Universitari d'història Jaume Vicens i Vives. 1996-1998.
- Perdiguero E; Ballester R; Castejón R. "La propaganda sanitaria en España en la II República: la sección de higiene social y propaganda de la dirección general de sanidad". Medicina, ideología e historia en España (s.XVI-XXI) Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 303-316.Madrid 2007
- Towson Nigel. "La República que no pudo ser: la política de centro en España (1931-1936)". Taurus Madrid, pp.301-351

AUTORES/AUTHORS:

M^a Inmaculada Gil Ruiz, Ana Belén Cruz Martos, Teresa Redecillas Peiró, M^a Jesús Cuadros Gómez

TÍTULO/TITLE:

Mujeres inmigrantes y acceso a la analgesia epidural en el momento del parto. Una realidad tangible.

OBJETIVOS:

.Conocer si las mujeres que dan a luz en el hospital de Linares que son inmigrantes presentan una mayor negación al tratamiento del dolor con anestesia epidural.

.Mostrar si el haber participado en el programa de educación maternal está asociado a una mayor elección del tratamiento a la anestesia epidural en el momento del parto.

MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal o de prevalencia sobre mujeres de nacionalidad diferente a la española, que dan a luz en el hospital Universitario San Agustín de Linares en el año 2012 y que así se haga constar en la historia clínica de la paciente. Por lo tanto, se excluirá del estudio a aquellas mujeres en las que en su historia clínica no aparezca el país de procedencia y a aquellas en las que el trabajo de parto no haya evolucionado en un parto vaginal (cesáreas). También se excluirán de estudio a aquellas mujeres que acuden a la sala de partos de forma urgente por presentar la fase de expulsión muy evolucionada y a aquellas otras que presentan incompatibilidad para la administración de la anestesia epidural.

La muestra la componen 66 mujeres gestantes inmigrantes. Muestreo por conveniencia y, en este caso, la muestra es la población de referencia.

Variable dependiente: tratamiento del dolor con anestesia epidural.

Variables independientes: Zona geográfica a la que pertenecen y participación en el programa de educación maternal.

Otras variables del estudio que vamos a tener en cuenta a la hora de controlar el sesgo de confusión son: la edad, y el número de partos, como variables cuantitativas. El tipo de anestesia, el tipo de parto, el tiempo de permanencia en España, la profesión, el acompañamiento en el momento del parto, el manejo del idioma, el nivel escolar, el tipo de religión, el control prenatal y la semana en la que realizaron la primera visita de control del embarazo, son el resto de variables cualitativas controladas en nuestra investigación.

La fuente de donde recogeremos los datos es la historia clínica de cada puérpera, la cartilla de la embarazada, la información dada por las propias mujeres y los datos aportados por atención primaria sobre educación maternal. Como instrumento de recogida de datos, utilizaremos una tabla Excel donde haremos constar los datos aportados para las variables a estudiar.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa informático SPSS 15

RESULTADOS:

De las 66 mujeres que formaron parte del estudio, el 34,8 % son de países de Magreb, un 31,8 % son de la Unión Europea, un 15,2 % de América, un 6,1 % pertenecen a Asia del Sur (Paquistán), Asia Oriental (China) 7,6 %, de África Occidental un 1,5% y del País Transcontinental (Rusia) un 3%.

Para la de variable cualitativa "elección de anestesia epidural", el 53% de las mujeres inmigrantes no han elegido la anestesia epidural, con un IC del (40,23-65,82).

Para la variable cualitativa "asistencia al programa de educación maternal", el 87,9% de las mujeres inmigrantes que han dado a luz en nuestro hospital, no han asistido a este programa, con un IC (80,92-97,53).

Para las variables cuantitativas de este estudio, los resultados obtenidos en el análisis descriptivo, muestran que la media± desviación típica de edad fue de 26,89 ± 5,08, con un intervalo de confianza al 95% de 25,64- 28,14 años, con un rango real de

16-40 (24). Respecto al número de partos de las 66 mujeres de nuestra muestra, la media \pm desviación típica de número de partos fue de $0,97 \pm 0,98$, con un intervalo de confianza al 95% de 0,73-1,21 partos, con un rango real de 0-4 (4).

En el análisis inferencial encontramos que el 53% de las gestantes con nacionalidad diferente a la española organizadas por zonas geográficas que dieron a luz en el Hospital Universitario San Agustín de Linares rechazaron la anestesia epidural en el parto, encontrando diferencias significativas con una Chi cuadrado 13,66, para una $p < 0,05$ ($p = 0,034$). Puesto que hay asociación estadística, calculamos el coeficiente de Phi y V de Cramer, obteniendo un valor de 0.455 para una $p < 0,05$ ($p = 0,034$), interpretando que la fuerza de la asociación es moderada entre ambas variables.

El 87,9 % de las gestantes de la muestra no participaron en el programa de educación maternal, encontrando diferencias significativas entre las que no participaron en el programa y las que rechazaron la anestesia epidural en el momento del parto, con una Chi cuadrado 4,94 para una $p < 0,05$ ($p = 0,026$). Puesto que hay asociación estadística, calculamos el tamaño del efecto. Para los estudios descriptivos transversales como el nuestro, la medida original del tamaño del efecto se calcularía la PR, al apoyarnos en el software SPSS que no la calcula, utilizaremos OR en su lugar, $OR = 8,5$ con $IC = 0,96 - 75,23$ ($OR > 1, p < 0,05$), con lo que concluiríamos que existe mayor probabilidad de elegir anestesia epidural entre las mujeres que han asistido a la educación maternal frente a las que no han asistido.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN:

En el estudio llegamos a la conclusión de que el 53% de las mujeres inmigrantes que dan a luz en el Hospital San Agustín de Linares rechazaron la anestesia epidural en el momento del parto encontrando diferencias significativas para una $p < 0,05$. Durante la atención al embarazo y el parto, algunos problemas en el acceso a los recursos sanitarios derivan del déficit de comunicación entre los profesionales y las mujeres inmigradas debido a barreras lingüísticas, culturales, religiosas y sociales que dificultan la relación terapéutica. Debemos de ser conscientes de ello y adaptar los servicios sanitarios a las demandas reales existentes, para poder garantizar una asistencia de calidad en el parto a toda la población. Determinar el país originario adquiere relevancia en cuanto a la importancia de adoptar las estrategias de captación necesarias en función de la cultura y procedencia de cada mujer embarazada, eliminando barreras y permitiendo a las mujeres el acceso a los recursos sanitarios de manera equitativa.

En lo que se refiere a la participación de las mujeres en el programa de educación maternal, en el estudio llegamos a la conclusión de que prácticamente la mujer inmigrada no participa en estos programas, exactamente un 87,9%, para una n de 58, con un intervalo de confianza de 80,92-97,53. Este hecho puede tener grandes repercusiones: menor acceso a los recursos sanitarios, falta de integración social y sanitaria en el país receptor, desinformación sobre los cuidados en el embarazo, parto y puerperio, desconocimiento sobre manejo del dolor y dificultades en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad materno-infantil.

En nuestra investigación encontramos que existe mayor probabilidad de elegir anestesia epidural entre las mujeres que han asistido al programa de educación maternal frente a las que no han asistido. Por este motivo, es preciso diseñar estrategias y programas de educación sanitaria y de promoción de la salud, que estén adaptados y sean sensibles a la diversidad de los contextos socioculturales y económicos. Esto implica tanto a las mujeres como a sus parejas y comunidades de referencia. De esta manera se podría conseguir un aumento en la adhesión al programa de educación maternal por parte de las gestantes procedentes de otras culturas diferentes a la nuestra y, por ende, una mejora en la accesibilidad a los recursos en materia de salud de las embarazadas.

Sería interesante seguir trabajando en esta línea, proponiendo estrategias para la captación precoz de las gestantes inmigrantes, establecer el uso de material adaptado y traducido, trabajar junto con ONGs y asociaciones de inmigrantes, utilizar a mediadores interculturales, elaborar talleres formativos y formar interculturalmente a los profesionales que trabajan en nuestro hospital y que tienen que dar respuesta a una población cada vez más heterogénea, de esta manera estaríamos más cerca de conseguir una verdadera equidad en salud para toda la población.

Por último, comentar la limitación presentes en nuestra investigación. En la fase de diseño del estudio se han intentado eliminar

variables de confusión, a través de la restricción realizada por los criterios de exclusión y, en la fase de análisis, a través de técnicas estadísticas multivariantes en las variables potenciales de confusión encontradas tras la revisión bibliográfica, pero es cierto, que pueden existir otras, que aún no hayan salido a la luz y que no conozcamos a priori. Con referencia al diseño, el estudio descriptivo transversal no permite controlar las condiciones en las que se realizó la exposición, ni permite medir causalidad, ni medir cambios en el tiempo, pero, el poder llevarlo a la práctica al ser, fácil de ejecutar, poco costoso y precisar poco tiempo en su desarrollo, nos ha llevado a su elección.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Embarazo, Parto y Puerperio: Proceso Asistencial Integrado, 2ª ed. Sevilla, Consejería de Salud. 2005.
2. Ranta P. Obstetric. Epidural Anagesia. Curret opinión in anaesthesilogy. Vol 15: 525-531. 2002
3. Miranda A. Analgoanalgesia Obst. Tratado de anestesiología y reanimación en obstetricia. Editorial MASSON S.A. 1977.
4. Martínez García, E. Perfil socio-sanitario según procedencia, de mujeres que han dado a luz en el hospital de Poniente de Almería entre los años 2005 y 2007. I Master en Avances e Investigación en Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Granada, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, 2008.
5. Alonso, P.; Armada, M.I.; Balboa, F.; Alonso, T. (2003) "Comparación de algunos aspectos perinatales de las distintas razas en relación a los nacidos españoles en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid". Toco-Ginecología Práctica, 62 (21):97-107.
6. Marqueta, J.M; Romagosa, C (2000). Diferencias de morbilidad obstétrica y perinatal entre la población autóctona y magrebí. Clínica e investigación en ginecología y obstetricia, 29 (9): 318-328.
7. Guillén M, Sánchez JL, Toscano T, Garrido MI. Educación maternal en Atención primaria. Eficacia, utilidad y satisfacción de las embarazadas. Aten Primaria. 1999; 24(2): 66-74.
8. Florido J, Cuenca C, Ramírez A. Repercusiones obstétricas de la educación maternal. Rev Esp Obstet Gine. 1981; 40:412.
9. Salvatierra V, Cuenca C. Estado actual de la psicoprofilaxis obstétrica. Med Clin (Barc) 1985; 84:566.
10. Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes. Guía para profesionales de la salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de salud; 2007.
11. Gerein, N. y cols. (2003) "A framework for a new approach to antenatal care".International Journal of Gynecology and Obstetrics, 80(2): 175-182.

AUTORES/AUTHORS:

Sagrario Chacón Garcés

TÍTULO/TITLE:

INCREMENTO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN PRIMARIA SOBRE EL ADULTO JOVEN TRAS APLICAR UN PROGRAMA DE CAPTACIÓN

INTRODUCCIÓN

Tras la evidencia, en un estudio anterior, de que los jóvenes no acuden a la consulta de primaria para controles de salud, la hipótesis de este trabajo se basó en que una intervención de captación aumenta la información de la enfermera sobre los hábitos de vida (HV) y los factores de riesgo (FR) de su población adulta joven asignada.

OBJETIVOS

El objetivo principal fue valorar el incremento de registros de enfermería sobre los FR y HV del adulto joven tras la aplicación de un programa de captación en Atención Primaria.

Los objetivos específicos fueron: valorar los registros de enfermería antes de la intervención, valorar estos registros después de la intervención y comparar la cantidad de registros antes-después.

DISEÑO METODOLÓGICO

Se llevó a cabo un estudio Cuasi-Experimental antes-después.

La población de estudio fueron los usuarios Adultos Jóvenes (AJ) (18-30 años) asignados a un cupo de enfermería del Área Básica de Salud de Calafell (n=524).

Como muestra se tomaron todos los AJ que asistieron a la Visita Programada para Historia (VPH) del programa de captación (n=131). Como grupo control, no comparable, se consideraron los AJ que no asistieron a la consulta de enfermería.

Como variables sociales se tomaron: sexo y edad; como variables de los FR: tabaco, bebedor de riesgo (bR), hipertensión arterial (HTA), dislipemia (DL), obesidad (Ob), diabetes mellitus (DM), presión arterial sistólica (PAS), presión arterial diastólica (PAD), índice de masa corporal (IMC), Glucemia (Glu); como variables sobre la realización de actividad física (AF): AFdoméstica o laboral, AFtiempo libre, frecuencia, estado de cambio, tipo de consejo sobre AF, sedentarismo; como variables de HV: dieta equilibrada, consumo de riesgo de alcohol, consumo de drogas, relaciones de riesgo sin protección, paro, estudia, estrés, alteración del sueño, estreñimiento. También se recogieron las variables: Plan de actuación de enfermería (PAE), Inmigrante captación e Inmigrante seguimiento.

El método de medida fue: REGISTRO-NO REGISTRO.

El análisis de datos fue realizado por el Servicio de Estadística de la Universidad Autónoma de Barcelona con el programa SAS v9.2.

Se compararon las variables retrospectivas de los pacientes según participaron o no en el estudio.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Como resultados, acudieron más mujeres (62,2%) que hombres.

Se halló más información previa sobre los asistentes que sobre los no asistentes para Tabaco (24,4%), bR (22,83%), HTA (13,4%), DL (11,8%), DM (11%), PAS/PAD (18,11%) y IMC (7,87%). Esto podía deberse a que el Médico de Familia también rellenaba los datos.

Para las variables Ob, Glu, consumo de riesgo de alcohol, consumo de drogas, paro, estudia, alteración del sueño y estreñimiento se consiguió un registro del 100% de los datos de los participantes después del programa de captación.

No se hallaron datos previos para la AF, dieta equilibrada, relaciones de riesgo sin protección, estrés, PAE, inmigrante captación e inmigrante seguimiento, por lo tanto el incremento de los datos para estas variables fue del 100%.

Los registros de enfermería aumentaron significativamente en las Historias Clínicas de los jóvenes que acudieron al programa; esto evidencia la importancia de la implicación de los profesionales de enfermería en Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Deeg et al. La madurez: el desarrollo biosocial. En: Berger, K, Thompson RA. Panamericana, S.A. Psicología del desarrollo: adultez y vejez. 2001; 4: 77-58.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe de un grupo de estudio OMS/FNUAP/UNICEF sobre Programación para la Salud de los Adolescentes. Ginebra; 1999. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_886_spa_\(p1-p142\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_886_spa_(p1-p142).pdf)
3. Aranceta J, Pérez C, Foz M, Mantilla T, Serra L, Moreno B, et al. Tablas de evaluación del riesgo coronario adaptadas a la población española. Estudio DORICA. Med Clin (Barcelona). 2004; 123(18):686-91.
4. Pérez FJ, Carrera C, López MA, Auñón A, García M, Beamud M. Nuevos indicadores en la provisión de servicios: diagnósticos enfermeros en atención primaria. Enfermería Clínica. 2004; 14(2):70-6.
5. Navarro V, Martín-Zurro A. La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas. SEMFyC. IDIAP Jordi Gol. 2009.
6. Viñas L, Fernández MI, Martín LM. Efectividad de un proyecto de colaboración entre atención primaria y salud mental para mejorar el registro de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con psicosis. Atención Primaria. 2013; 45(6):307-7.
7. La recerca infermera en cures de la salut a Catalunya. Secretaria d'Estratègia i Coordinació. Direcció Estratègica d'Infermeria. Generalitat de Catalunya. 2011.
8. Pérez MJ. Gestión de la consulta en Atención Primaria. Institut Català de la Salut. Gerència Territorial Metropolitana Nord. Unitat Docent de MfC. 2013. Disponible en: http://www.gencat.cat/salut/uudd/html/ca/dir1565/docs/2_gestionconsulta-ap.pdf

AUTORES/AUTHORS:

ANTÓNIO FERNANDO AMARAL

TÍTULO/TITLE:

Entornos de práctica y experiencia clínica están relacionados con la atención individualizada*

* Artículo realizado bajo el proyecto PTDC/CS-SOC/113519/2009 "Resultados de los Cuidados de enfermería: calidad y efectividad" financiado por FCT/MCTES (PIDAC) y cofinanciado por FEDER a través COMPETE – POFC de QREN

OBJETIVOS:

La escasez de enfermeras es un problema a nivel mundial y las pruebas aportadas han puesto de manifiesto las suyas consecuencias indeseables. En Portugal también se reconoce la falta de enfermeras en el nivel de las unidades de cuidados para hacer frente a una población cada vez más vieja y con más necesidad de cuidados de enfermería. Sin embargo, a pesar de ello, las administraciones, sobre la base de la necesidad de ser eficientes, sistemáticamente han reducido el número de admisiones de las enfermeras. Esta política genera una mayor carga de trabajo para cada enfermera, que puede convertirse en un promotor de peores cuidados de salud.

La investigación que se hay producido en otros países revela que mejores relaciones enfermera/paciente, más capacitación de enfermeras con una mayor participación de las enfermeras en las políticas y en las decisiones en hospital, así como una práctica más centrada en el paciente (sus necesidades, deseos y expectativas) conducen mejores niveles de productividad y satisfacción, favoreciendo así los resultados de los cuidados de enfermería y la propia organización. (Aiken et al., 2008; Doran, 2003; ICN, 2007). Así pretendemos: identificar la relación entre entornos de práctica, experiencia clínica de enfermeros y percepción de atención individualizada en 4 hospitales de Portugal.

METODO

Estudio de los Enfermeros y pacientes de medicina y cirugía en 4 hospitales de Portugal. Estudio en el entorno natural, entre marzo y junio de 2012, descriptivo correlacional.

Instrumentos:

1 - Practice environmental scale of the Nursing work index (Lake 2007) traducida e validada por Portugués por Amaral, Ferreira e Lake (2012), con las dimensiones Participación en las políticas del hospital, Fundaciones de la calidad, gestión de la capacidad, liderazgo y el apoyo de las enfermeras, la adecuación de recursos humanos y materiales y las relaciones enfermeras/ médicos. PES-NWI consta de 31 ítems que se agrupan en cinco dimensiones, que juntos caracterizan a los entornos de práctica: la participación en las políticas del hospital; Fundamentos de enfermería para la calidad de la atención; Capacidad de gestión, liderazgo y apoyo de enfermeras; Adecuación de los recursos humanos y materiales; y colegiado relación entre médicos y enfermeras. El instrumento es llenado por el personal de enfermería, que indicará en cada elemento su nivel de acuerdo a una escala de 1 (totalmente de acuerdo) a 4 (completamente en desacuerdo).

2 - Nursing Expertise Survey de Lake (2007) traducida e validada para Portugués por Amaral e Ferreira (2013).

El CNES tiene 34 ítems que corresponden a tantos otros roles y funciones. Enfermeras responden mediante la evaluación de su nivel de capacidad para el cargo o función en una escala de 1 a 5 puntos, oscilan entre competente y experto.

3 - A Individualized Care Scale (Suhonen, 2005), que contempla dos partes: [A] perspectiva de los pacientes acerca de las actividades enfermeras para apoyar la atención individual; [B] perspectiva en la atención individual que se les prestan. E La versión enfermeros del mismo instrumento también validada para portugués.

La encuesta de las enfermeras se constituye ante La disponibilidad para llenar los cuestionarios. La de pacientes los criterios de

inclusión sucesivas: ser consciente, capaz de leer portugués e consentimiento informado.

RESULTADOS

La muestra final fue 370 enfermeras que corresponde al 63% del total. La edad media fue de 35.2 años. Experiencia promedio de 11.92 años. Y 640 pacientes con una edad media de 63.6 años con $S=17.4$ años.

Entorno de la práctica: media global de 2.57. La dimensión: adecuación de los recursos es el que tiene una puntuación menor y las fundaciones para calidad la más alta. En cuanto a la autopercepción de la experiencia clínica de los enfermeros, el promedio fue de 3.46 (entre competente y proficiente). En cuanto a la percepción de los pacientes en la atención individual obtenido un promedio de 8.4 y 4.10 de la parte A al B. Ya la percepción de las enfermeras ganan un promedio de 4.09 y 4.02.

Comparamos estas medidas por hospital, con ANOVA, se encontró que en relación con entornos de la práctica existen diferencias significativas en la dimensión "capacidad de gestión" y "recursos adecuados", $p < 0,0001$. En cuanto a las restantes variables existieron diferencias significativas en todas con $p < 0,005$.

La correlación entre las variables se han demostrado ser significativa con $p < 0,001$ entre las diferentes dimensiones de los ambientes de práctica y percepción de la atención individualizada, y que esta correlación es más fuerte cuando se trata de la adecuación de los recursos. La experiencia clínica de las enfermeras también se correlaciona significativamente con la individualización de la atención.

DISCUSIÓN

Los resultados permiten concluir que el ambiente de la práctica a nivel de liderazgo, de recursos, de las relaciones entre médicos y enfermeras, las bases de la calidad de la atención, el nivel de participación hace enfermeras en las decisiones y el nivel de calidad de las enfermeras en particular en su experiencia clínica influye en la percepción de los pacientes sobre la individualización de la atención que es cada vez más un concepto a tener en cuenta hacia la calidad de la atención. Atención centrada en la persona mejora el rendimiento y la producción de una atención más eficiente.

El entorno de la práctica donde se desarrollan los cuidados de enfermería, considerados como un conjunto de características organizacionales que facilitan o restringen el ejercicio profesional de enfermería (Lake, 2007) y que puede estar relacionada con el tipo de relación que las enfermeras establecen con los gestores y los médicos, o con el estatuto que tienen dentro de la jerarquía de hospital (Friese et al., 2008), ha sido objeto de análisis desde los '80 y se ha referido como una variable que influye en el resultado de los cuidados (en los pacientes), promoviendo una mayor satisfacción de los profesionales, los niveles de burnout inferiores y un número menor de trabajadores a querer cambiar de lugar de trabajo o profesión (Aiken et al., 2008, 2008; Hayes et al., 2006). Mejores entornos se han relacionado con mejores resultados de enfermería en la atención a las personas (Aiken et al., 2008; Estabrooks et al., 2005), especialmente en materia de seguridad, caídas, errores de medicación, infecciones nosocomiales y las úlceras por presión. Friese et al. (2008) y Aiken et al. (2008) encontraron que una menor tasa de mortalidad en pacientes quirúrgicos se ha ligado a entornos de práctica más favorables. Por lo tanto, la optimización del entorno de la práctica puede ayudar a asegurar la calidad de la atención, que tiene repercusiones positivas en el nivel de gestión de organizaciones y de la eficacia de la asistencia (Aiken et al., 2008; Doran, 2003; ICN, 2007).

En este entorno complejo de prestación de cuidados de salud, donde operan varios profesionales, la experiencia y los conocimientos de las enfermeras son cruciales para la calidad de la atención y para obtener resultados positivos en los pacientes (Benner, 1984; Lake, 2007). En el informe "Keeping Patients Safe", presentado por el Instituto de medicina, el papel de enfermería fue reconocido como siendo altamente relevante para la seguridad del paciente (Dunton et al., 2007). La complejidad y la imprevisibilidad asociada a atención de salud requieren una atención profesional y competente capaz de prevenir, supervisar, controlar y corregir las acciones múltiples.

El concepto de pericia e conocimiento en enfermería puede así agregarse a un marco teórico que ayuda a delinear la organización

de la asistencia para un desarrollo positivo de los usuarios (Christensen & Hewitt-Taylor, 2006) en el plan empírico y teórico, la habilidad de las enfermeras está asociada con los resultados de la atención y la calidad de la atención sanitaria de enfermería, y ya hay un número creciente de investigaciones que muestran una relación positiva entre los niveles de habilidad o pericia del personal de enfermería y los resultados de la atención, además, la experiencia es fundamental para el logro de las funciones de enfermería no clínica, como, por ejemplo, la coordinación dentro de un equipo terapéutico. (Aitken, 2003).

Ser experto (perito) también es ser capaz de proporcionar una atención individualizada e integral. Este conspecto es diferenciador entre la conformidad (one fits all) y la calidad.

En su trabajo "From Novice to Expert", Benner (1984) dio una contribución importante en la descripción y explicación de la variabilidad de habilidades clínicas entre las enfermeras y el efecto que esto tiene en concepción de la atención y en el ejercicio de la autonomía en la toma de decisiones. Para el autor, pericia clínica es un híbrido entre el conocimiento teórico formal y el conocimiento práctico, donde la capacidad de tomar decisiones críticas en situaciones complejas es el elemento diferenciador de las enfermeras por su experiencia. Por el mismo autor, la pericia se alcanza desde el paso por cinco niveles: iniciado; iniciado avanzado; competente; peritos y expertos. Estas características permiten acciones preventivas, de monitorización y adecuado apoyo y eficiente en el contexto de los usuarios frágiles. Un ambiente profesional debe aportar las funciones de las enfermeras al más alto nivel clínico, lo que permite trabajar en equipo interdisciplinario y movilizar recursos con eficacia. Por lo tanto, este ambiente contribuye a la calidad de atención, promoviendo resultados más ventajosos (Frieze et al., 2008).

Además de lo ya mencionado, los marcos de referencia teóricos de enfermería son defensores de la necesidad de optar por un enfoque individualizado de atención, donde el modelo de atención centrado en la persona necesitada de cuidados substituye el modelo de atención estandarizada, visando mejorar la calidad de la atención que está más dirigida y hacerlas compatibles con las reales necesidades de cada paciente. Para ello, las enfermeras establecen una relación con las personas que les ayude a enfrentar cada proceso de transición a lo largo de la vida, mirando la resolución de los problemas que tienen un carácter propio en cada individuo (Melleis, 1991; Allgood y Tomey, 2010).

En la literatura internacional, el concepto de atención individualizada o cuidado centrado en la persona es considerado como una componente esencial de los cuidados de enfermería y de la salud en General (Melleis, 1991) y se basa en el reconocimiento que todo ser humano tiene valores y creencias que influyen en los procesos de respuesta a situaciones reales o potenciales de salud y enfermedad, que deben ser respetadas y ser contestadas a través de intervenciones que tengan en cuenta las necesidades y preferencias individuales (Bernsten, 2006).

En una revisión de la literatura realizada por Suhonen et al. (2008), 81% de los 31 estudios concluyeron que había un impacto positivo de la atención individualizada en los resultados de salud obtenidos por los pacientes. Los beneficios incluyen mayor satisfacción, mayor capacidad de manejo de cuidados en el hogar puesto que promueven la independencia, mejor calidad de vida (Reid Ponte et al., 2003) y la mejora de la función en General (Suhonen et al., 2005).

Así el estudio de las relaciones entre los conceptos discutidos y los resultados obtenidos permiten afirmar la importancia que los gerentes y operacionales deben aportar por una mano a la construcción de entornos de práctica favorable que permitan la formación continua de profesionales para el cuidado de calidad más centrado en las necesidades individuales de las personas teniendo en cuenta sus valores y deseos de naturaleza individual.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Aitken, L. (2003). Critical care nurses' use of decision-making strategies. *Journal of Clinical Nursing* 12.

Aiken, L et al. (2008). Effects of Hospital Care Environment on Patient Mortality and Nurse Outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 38 (5).

Allgood, M. R.; Tomey, A. M., (2010). *Nursing Theorists and their work*, 7ª ed. ISBN: 978-0-323-05641-0. USA.

- Amaral, A, Ferreira, P, Lake, E. (2012). Validation of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) for the Portuguese nurse population. *International Journal of Caring Sciences*, 5(3).
- Amaral, A; Ferreira PL (2013). Adaptation and Validation of the Clinical Expertise Survey to the Portuguese Nursing Population. Esperando publication
- Benner, P. (1984). *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Addison Wesley Publishing, New York.
- Bernsten, KJ. (2006). Implementation of patient centeredness to enhance patient safety. *Journal of Nursing Care Quality*, 21 (1).
- Christensen M.,Hewitt-Taylor J. (2006). From expert to tasks, expert nursing practice redefined? *Journal of Clinical Nursing*. 15.
- Doran, D. M. (2003). *Nursing Sensitive outcomes: State of the science*. Jones and Bartlet Publishers, London.
- Dunton, N, et al. (2007). The relationship of nursing workforce characteristics to patient outcomes. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 12(3).
- Estabrooks, C, et al. (2005). Determining the impact of hospital nursing characterization 30 day mortality among patients in Alberta acute care hospitals. *Nursing research*, 54(2).
- Hayes et al. (2006). Nurse turnover: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2).
- ICN - International Council of Nurses. (2007). *Positive Practice environments: Quality workplaces=quality care*. In A. Bauman (Ed.) *Information and action toolkit*. Geneva, Switzerland.
- Lake, E T (2007). Refinement of the clinical Nursing Expertise Survey. *Academy Health, ARM Abstract*.
- Melleis, A I, (1991). *Theoretical Nursing: Developments and Progress*, (2nd Ed). J. B. Lippincott, Philadelphia.
- Reid P R, et al. (2003). Making patient-centered care come alive. *Journal of Nursing Administration*, 33 (2).
- Suhonen, R., et al.(2008). Individualised care from the orthopaedic and trauma patients' perspective: an international comparative survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45.
- Suhonen, R et al.(2005). Development and psychometric properties of the Individualised Care Scale. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 11.

Mesa de comunicaciones 6: Práctica Clínica

Concurrent session 6: Clinical Practice

AUTORES/AUTHORS:

Karina Sichieri, Adriano R.B. Rodrigues, Juliana A. Takahashi, Silvia R. Secoli, Moacyr R.C. Nobre

TÍTULO/TITLE:

La mortalidad asociada con medicamentos potencialmente inapropiados: una revisión sistemática y meta-análisis

Introducción: Los eventos adversos a medicamentos (EAM) tienen gran importancia en los ancianos, dado el aumento poblacional de este grupo etario y el impacto negativo de estos, los cuales a menudo se asocian con el uso de medicamentos potencialmente inapropiados (MPI)^{1, 2}. **Meta:** Identificar y analizar las evidencias disponibles en la literatura científica sobre la asociación entre el uso de MPI por ancianos, según mortalidad y criterios de Beers. **Métodos:** Se trata de una revisión sistemática. Se realizó una búsqueda de los estudios publicados, en 11 bases de datos: Tesis Database - CAPES, Proquest Disertación y tesis, contenido actual Connect, LILACS, EMBASE, Medline / PubMed, CINAHL, SCOPUS, Web of Science, Internacional Pharmaceutical Abstracts, Science Direct, entre 1991 y 20 de julio de 2012. Fue utilizado como un límite de tiempo para el año 1991, año de la primera publicación de los criterios de Beers³. No ponga límite en el idioma de publicación. Se incluyeron estudios de cohortes, llevados a cabo con ancianos (≥ 60 años), independientemente del escenario de estudio, los cuales usaron MPI, según los criterios de Beers³⁻⁵ y cuyo resultado fue la muerte. La selección de las publicaciones y la extracción de los datos fue realizada por dos revisores de forma independiente. Para determinar el nivel de evidencia se utilizó la clasificación de Oxford Centre for Evidence Based Medicine⁶. La calidad metodológica de los estudios fue evaluada con la lista Newcastle-Ottawa⁷. En el meta-análisis se utilizó el modelo de efectos aleatorios. **Resultados:** Dieciséis estudios cumplieron los criterios de inclusión, de los cuales ocho fueron incluidos en el meta-análisis. En la síntesis descriptiva se observó que la mayoría presentó una muestra > 1.000 ancianos (62,5%) y se obtuvo el resultado mortalidad en las bases de datos (75,0%). El 50% de los estudios, el seguimiento fue de 12 a 24 meses. EL meta-análisis totalizó 90.611 ancianos. La mortalidad fue mayor en el grupo que usó MPI ($p = 0,022$ 95: 1,01 a 1,22%), con excepción de la alta heterogeneidad ($I^2 = 53,86\%$). **Discusión:** En el meta-análisis se observó una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos, demostrando los efectos nocivos del uso de MPI por los ancianos en el resultado mortalidad. La heterogeneidad de los estudios fue grande, pudiéndose atribuir a las diferencias entre los escenarios de los estudios, el perfil de morbilidad de los ancianos, el concepto de MPI adoptado por los autores, el número y la clase de medicamentos utilizados y las diferencias de los medicamentos entre los países. Aunque el estudio no permitió la estratificación del riesgo de muerte, de acuerdo con variables relacionadas con el anciano o el tipo de MPI, los resultados pueden servir como una advertencia para los profesionales involucrados en el cuidado de este grupo etéreo. **Implicaciones para la práctica:** El uso de medicamentos por parte de ancianos es una práctica cada vez más compleja que requiere un enfoque interdisciplinario integral, especialmente cuando se considera el impacto del uso de estos en la aparición de efectos negativos como la morbilidad y la mortalidad⁸. Los criterios de Beers pueden ser utilizados como una herramienta que auxilie al equipo de salud en la identificación de MPI, en la planificación del régimen terapéutico; en la educación de los ancianos, cuidadores, familiares y en el seguimiento de individuos vulnerables en riesgo de EAM. Las enfermeras pueden contribuir educando sobre la adherencia terapéutica, la automedicación y la identificación de signos y síntomas sugestivos de EAM^{9,10}.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Hamilton HJ, Gallagher PF, O'Mahony D. Inappropriate prescribing and adverse drug events in older people. *BMC Geriatrics*. 2009;9(5):1-4.
- 2- Spinewine A, Schmader KE, Barber N, Hughes C, Lapane KL, Swine C, et al. Inappropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimized? *Lancet*. 2007;370:173-184.
- 3- Beers, M.H., et al. (1991) Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing homes residents. *Archives of Internal Medicine*, doi:10.1001/archinte.1991.00400090107019
- 4- Beers, M.H. (1997) Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. *Arch Intern Med*, doi:10.1001/archinte.1997.00440350031003.

- 5- Fick, D.M., et al. (2003) Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. Archives of internal Medicine, doi:10.1001/archinte.163.22.2716.
- 6- Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM) (2009) Level of Evidence and Grades of recommendation. Available at: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025> (accessed 25 February 2012).
- 7- Wells, G., et al. (2012) The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of non randomized studies in meta-analysis. Available at: http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp (accessed 20 September 2012).
- 8- Fick, D.M., Mion, L.C., Beers, M.H., Waller, J.L. (2008) Health outcomes associated with potentially inappropriate medication use in olders adults. Research in Nursing Health, doi: 10.1002/nur.20232.
- 9- Berryman, S.N., et al. (2012) Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. Medsurg Nursing, 21 (3), 129-134.
- 10- Resnick, B., Fick, D.M. (2012) Beers criteria update: how should practicing nurses use the criteria? Geriatric Nursing, doi: 10.1016/j.gerinurse.2012.06.001.

AUTORES/AUTHORS:

Ana Carolina Scarpel Moncaio, Daniel Souza Sacramento, Sediel Andrade Ambrósio, James Rodrigues Guedes, Meirisângela de Lima dos Santos, Jair dos Santos Pinheiro, Altair Seabra de Farias, Jaqueline Garcia de Almeida, Pedro Fredemir Palha

TÍTULO/TITLE:

Perfil epidemiológico de la tuberculosis en indígenas de São Gabriel da Cachoeira, Amazonia brasileña

Objetivo: El objetivo de este estudio fue describir el perfil epidemiológico de la población indígena con tuberculosis en el municipio de São Gabriel da Cachoeira (SGC), Amazonia brasileña.

Métodos: Estudio epidemiológico descriptivo y retrospectivo con datos secundarios de tuberculosis del municipio de SGC, localizado en el extremo noroeste del estado de Amazonas, a 852 km de Manaus, capital del estado, con acceso por vía fluvial y por vía aérea. El estado de Amazonas concentra el mayor número de indígenas en el país, 168,680 individuos, según el último censo nacional. SGC es el municipio con la mayor concentración de indígenas en el Brasil. La región del Alto Rio Negro, donde está ubicada o municipio, está habitada por 22 etnias de cuatro familias lingüísticas: Tukáno Oriental (Desána, Tukáno, Pira-tapúia, Arapáso, Wanáno, Kubéum Tuyúka, Miriti-tapúia, Makuna, Bará, Suriáno, Yurutí y Karapanã), Aruák (Tariána, Baniwa-Kuripáko, Warekéna y Baré), Makú (Húpda, Yuhupde, Nadêb y Dou) y Yanomámi.

El estudio utilizó los datos sobre tuberculosis del Sistema Nacional de Riesgos de Notificación (SINAN) de la Fundación de Vigilancia a la Salud del estado de Amazonas (FVS-AM), incluye los casos notificados entre indígenas residentes en SGC en los años de 2009 y 2010, eso excluye registros duplicados y ocurridos entre los no indígenas. Para la identificación de los casos con indígenas fue realizado algún tipo de consultas como raza, color que está en la ficha de notificación, esta variable es definida por autodeterminación.

Los casos fueron analizados según variables socio demográficos (sexo, edad, escolaridad y el lugar donde habitan) y clínico epidemiológicas (forma clínica de TB, tipo de transmisión, riesgos asociados, examen de AIDS y situaciones de erradicación) para el cálculo de los coeficientes de incidentes, se utilizaron en el numerador los casos nuevos y en el denominador los datos de población sobre el contingente de población provenientes del censo nacional del 2010. Los casos seleccionados fueron analizados en el software MINITAB Release 14.1.

Resultados: En el periodo de análisis se registraron 103 casos de tuberculosis en SGC, los cuales fueron entre indígenas, representando 81.5% del total de casos del municipio. De los casos registrados en indígenas, 51 casos ocurrieron en el año de 2009 y 33 en el año 2010. La tasa de incidentes de TB en SGC en el año 2010 fue 102.9 casos en 100 habitantes, mientras que entre los indígenas fue 113.8 en 100 habitantes.

El análisis de las variables socio demográficas mostro que el indígena infectado con tuberculosis era en la mayoría de casos, de sexo masculino. Un promedio entre 38.9 años de edad, presentando un bajo grado de escolaridad, viviendo en la zona rural de la ciudad.

Los casos de tuberculosis en hombres fueron mayores que en las mujeres (61.9% en el sexo masculino y 38.1% en el sexo femenino), indígenas con edad de 20 a 34 años fueron los que presentaron predominio con 25 (29.8%) casos, seguido de los con 35 a 49 años y los de 50 a 64 años, ambos registrando 15 (17.9%) casos. En relación a escolaridad, 43 (51.2%) enfermos declararon tener apenas primaria y por lo menos 11.9% eran analfabetos. La zona rural registro el mayor número de casos, con un total de 45 (54.9%) casos.

En relación a las variables clínico epidemiológico se comprobó que la mayoría de los indígenas constituye casos nuevos de tuberculosis, principalmente de forma pulmonar, cerca de 2/3 de pacientes no hicieron el examen de AIDS, y el suceso del tratamiento es alcanzado en grade parte a los combatidos.

Referente al tipo de transmisión se comprobó un predominio en los casos nuevos de 73 (86.9%) casos. La transmisión por

transfusión apareció en 9 casos. Reincorporación después de abandono y casos de recaída ocurrió en apenas una vez de cada. La forma clínica predominante en la población estudiada fue la pulmonar, presente en 64 casos (76.2%) casos. La forma extra pulmonar represento 23.8% de los casos, de los cuales 12 casos eran de forma ganglionar periférica y 5 casos de tuberculosis pleural.

El alcoholismo fue el único agravio asociado registrado con 5 casos. El examen de AIDS fue realizado en 35.7% de los casos, todos ellos con resultado negativo, pero, en 64 .3% de los casos el examen no fue realizado.

El análisis de la situación de erradicación revelo que 69 (82.1%) casos notificados obtuvieron suceso en el tratamiento. Sin embargo se registró abandono de tratamiento en 4 (4.8%) casos, y muerte en 7 casos, siendo 4 fallecimientos por tuberculosis.

Discusión: La magnitud de la tuberculosis entre los indígenas de SGC se expresa por la repercusión de 1.8% veces mayor que la del estado de Amazonas y tres veces mayor que la de Brasil en el año 2010. Sin embargo, su real gravedad apenas será comparada con la regularidad de las acciones de control, pues el perfil encontrado en los números de estudios realizados en la región, parece más repercutir la dinámica de organización y la capacidad diagnóstica, de que la real distribución de agravio en la población. A pesar de los altos índices de tuberculosis indígena en el municipio, tal situación no es muy diferente de la situación de los indígenas de otras regiones del país, donde las tasas de incidencias son semejantes a las encontradas en la población examinada. La alta permanencia de la tuberculosis en este municipio de bajísima densidad demográfica solamente se justifica por la concentración indígena en las chozas, donde numerosas familias conviven en un ambiente cerrado.

Este estudio revelo una baja en los casos de tuberculosis, sin embargo es necesario un periodo más extenso de análisis para confirmar esta inclinación. También observaron una baja en los casos notificados entre los años de 1997 a 2007 con una reducción en la tasa de incidencias a lo largo del periodo pasado de 291.09/100 mil habitantes en 1997 para 75.89/100 habitantes en 2007. Como podemos observar a pesar de la reducción en el número de casos apuntados por estudios anteriores esta tendencia no fue confirmada para los años analizados en este estudio, lo que lleva a deducir que la reducción de los casos se entiende por la sub notificación de los casos y fallas en el programa de control de esta enfermedad. Otros autores relatan una existencia de inconsistencia en los datos del SINAN en relación a las fichas medicas de la Secretaria Municipal de Salud, en el cual constataban 19.4% de los pacientes diagnosticados y tratados que no aparecían en los datos estaduales, también las sub notificaciones, el control de tuberculosis entre indígenas enfrentan una ausencia de rutinas sistematizadas para la busca de sintomáticos respiratorios, dificultades para la organización del material utilizado en los exámenes bacteriológicos, consulta inadecuada del paciente durante la recolección del esputo y falta de capacitación de los profesionales envueltos con ese tipo de acciones.

El estudio también revela la deficiencia de ofrecer el examen de AIDS entre la población estudiada. De los 84 casos notificados, solamente 35.7% hicieron el examen. Este problema no solo es enfrentado en este municipio sino en todo Brasil. El Ministerio de la Salud estima que 50% de los 70% de los exámenes de AIDS ofrecidos encuentran acceso a un resultado en el momento oportuno. Lo que concierne a los agravios asociados, el alcoholismo fue el único agravio registrado, confirmando un cambio en los hábitos de consumo de bebidas entre los indígenas. Otros investigadores cuando estudiaron el proceso de alcoholización entre los indígenas del Alto Rio Negro comprobaron un cambio de consumo del caxiri – bebida alcohólica producida a partir de la mandioca, consumida tradicionalmente en fiestas y trabajos comunales, por el consumo de las bebidas alcohólicas industrializadas, introducidas en la región a hace más de 3 siglos por los colonizadores. Actualmente las formas de consumo del alcohol están asociadas a la adopción de comportamientos y valores generados de la frontera de relaciones interétnicas y la re significación de la cultura tradicional generando serios problemas de alcoholismo en esta población.

Los porcentajes de cura y de abandono de pacientes en la población estudiada están próximos a la recomendación propuesta por la organización Mundial de la Salud, con tasas de cura próximas a 85% y la de abandono menos de 5%. Sin embargo, en esta región es admisible pensar que los casos de tuberculosis no han sido adecuadamente acompañados y que el aumento del sistema haya ocurrido al término del tratamiento sin una comprobación con los métodos bacteriológicos.

También es posible la existencia de sobre diagnostico, o sea, tratamientos que pueden haber sido iniciados sin haberse agotado

toda la investigación y por ese motivo comprobado la existencia de tuberculosis, causando naturalmente un resultado favorable. En las sociedades indígenas, el proceso de salud/enfermedad no puede ser analizado fuera de su contexto histórico local. Para la comprensión del proceso de adquirir la enfermedad es necesario tener en consideración las representaciones simbólicas y culturales que los individuos poseen, como las relaciones por ellos establecidas entre el mundo natural y sobrenatural. De esta forma, las enfermedades deben ser interpretadas dentro de un cuadro sociocultural referencial.

En este sentido, para la tribu indígena Baniwa de SGC, a TB o Dzefemi, como es conocida entre los indígenas de esa región, es considerada una enfermedad del "hombre blanco". Un trazo de distinción de las enfermedades del hombre blanco, es su carácter de transmisión, al contrario de las enfermedades tradicionales que no acostumbran a generar epidemias. Afirman que la concepción entre los Baniwa en relación a quedarse enfermo por tuberculosis envuelve a la acción de enemigos. El quedarse enfermo viene de la deliberación de otro ser humano, que envía un soplo o un veneno para la víctima, sin embargo el enfermo no deja de ser culpado de la responsabilidad en el estallido de la enfermedad, pues el enfermo se hace vulnerable al veneno o al soplo porque no hizo adecuadamente sus rituales de transición desobedeció las reglas de conducta o algo parecido a eso. Existe responsabilidad compartida entre el enfermo y el agresor, también, la interpretación nativa no acepta la idea de un por acaso o transmisión casual propio de la explicación microbiológica.

El no reconocimiento de la consecuencia de la tuberculosis, según los diagnósticos biomédicos, para los Baniwa, por ejemplo no son iguales para otras tribus brasileñas, como los Xavante. Esta población relata que ellos tenían pocas enfermedades antes del contacto con el servicio de protección al indio (SPI), sin embargo indican el *dawaihõ wapru* "sangre en el pulmón" como una de las enfermedades graves existentes antes del contacto.

Algunos Xavante destacan la hechicería como la principal causa de la tuberculosis, por lo menos antes del contacto. Ese acto envuelve el preparo de un polvo de origen vegetal cuya fórmula es mantenida en secreto, así con la identidad de quien retiene ese conocimiento. El brujo sopla ese polvo sobre un determinado objeto que pueda ser tocado por la víctima deseada. Así, la cultura indígena, entre los Xavante, no es impedida para la ejecución de las medidas propuestas por el programa de control, pues esta no crea conflicto con la biomedicina, por lo contrario los Xavante tienen interés en los exámenes, aceptan vacunas, se consultan y siguen la quimioterapia.

Por lo tanto, la TB requiere atención no solamente clínica y farmacológica, eso significa, no se preocupar exclusivamente con la perspectiva biológica; lo que se requiere es una concentración integral, social y cultural. Este estudio demostró que, es verdad que el escenario que rodea los pacientes con TB es de desventaja social, es importante conocer las características de la situación para que las intervenciones sean bien elaboradas y pertinentes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resultados do Censo 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=130380&r=2> Acesso em 11 de Ago de 2013.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico 2012;43(Especial Tuberculose):1-12.
3. Welch JR, Coimbra Jr. CEA. Perspectivas culturais sobre transmissão e tratamento da tuberculose entre os Xavante de Mato Grosso, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2011;27(1):190-4.
4. Escobar AL, Coimbra Jr. CEA, Camacho LA, Portela MC. Tuberculose em populações indígenas de Rondônia, Amazônia, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2001;17(2):285-98.
5. Rios DPG, Malacarne J, Alves LCC, Sant'Anna CC, Camacho LAB, Basta PC. Tuberculose em indígenas da Amazônia brasileira: estudo epidemiológico na região do Alto Rio Negro. Revista Panamericana de Salud Pública. 2013;33(1):22-9.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p. 284.

7. Souza MLP, Garnelo L. Quando, como e o que se bebe: o processo de alcoolização entre populações indígenas do alto Rio Negro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007;23(7):1640-8.
8. Garnelo L, Wright R. Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa. *Cadernos de Saúde Pública*. 2001;17(2):273-84.

AUTORES/AUTHORS:

LAURA NAVARRO MARTINEZ, ROCIO MONTEJO RODRIGUEZ, EVA ARPA NAPAL, ANA LOSTAO VILLAMAYOR, ANA LABAYEN ARBE, NIEVES ISAURA LIZALDE HEREDIA

TÍTULO/TITLE:

IMPLEMENTACIÓN DE TRATAMIENTO DE CONDILOMAS CON ÁCIDO TRICLOROACÉTICO EN CONSULTA DE ENFERMERÍA DE GINECOLOGÍA

INTRODUCCIÓN

El Centro de Atención a la Mujer (C.A.M) de Azpilagaña es un centro de atención especializada dependiente del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complejo Hospitalario de Navarra.

Los C.A.M son centros pertenecientes al Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea. Están zonificados de forma que a cada centro corresponde y atiende a la población de una zona determinada.

La población del Centro de Atención a la Mujer Milagrosa/Azpilagaña (Zona Básica de Azpilagaña, Milagrosa y Noain) es de 22.476 (1)

Tal como establece la Ley Foral de Salud (2), es competencia del Gobierno de Navarra la regulación de la sanidad interior, así como la organización de un modelo organizativo que integra la variedad de recursos existentes en la actualidad, proporciona a la población una oferta única, coordinada y organizada por niveles crecientes de complejidad, que responde globalmente a las necesidades proporcionando una atención integrada y continuada que se acerca a la población mediante la creación de unos centros descentralizados que garantizan una atención más personalizada y de mejor accesibilidad.

El equipo del CAM de Milagrosa/Azpilagaña consta de 2 administrativos, 3 enfermeras, 2 matronas y 3 médicos ginecólogos.

Las enfermeras desarrollan su trabajo en la consulta de ginecología y obstetricia y en consulta de enfermería realizando actividades directas con las pacientes.

Los tratamientos de los condilomas se realizaban hasta ahora en consulta de ginecología (crioterapia) o se lo realizaba la paciente domiciliarmente.

Los condilomas o verrugas genitales están producidos por el virus del papiloma humano (HPV) (3)

El virus del papiloma humano (VPH) representa una de las infecciones de transmisión sexual más común, conociéndose más de 100 tipos virales que, en relación a su patogenia oncológica, se clasifican en tipos de alto y de bajo riesgo oncológico.

La prevalencia de infección por el VPH está asociada a la edad, siendo más alta en las edades inmediatas al inicio de las relaciones sexuales (entre los 15-25 años de edad) (4)

OBJETIVOS

Datar y realizar una base de datos de las pacientes que padecen condilomas o verrugas vulvares.

Conseguir un tratamiento ambulatorio que aumente el coste/efectividad de la práctica clínica.

Aplicar un protocolo consensuado que disminuya la variabilidad de cuidados de enfermería en el tratamiento de condilomas.

Realizar una buena educación para la salud implicando así a la paciente en el manejo de su salud.

METODOS

Se realiza un estudio descriptivo con las pacientes con condilomas vulvares sugestivos de tratamiento con ácido tricloroacético diagnosticados en consulta de ginecología en los últimos 6 meses.

Aplicación del protocolo de enfermería para evitar la variabilidad de los cuidados:

En la primera fase se realiza un diagnóstico médico a través de la triada clásica:

- Colposcopia/vulvoscopia: las infecciones por VPH suelen ser multicéntricas, afectando a todo el tracto genital inferior; por ello, el examen debe abarcar desde el cuello hasta el periné.

- Citología: de gran valor cuando hay afección cervical y/o asociación a neoplasia cervical intraepitelial (CIN), no así cuando sólo existen alteraciones vulvares. Es patognomónica la presencia de coilocitos (células “balonizadas” con halo perinuclear aparente).
- Biopsia selectiva: es imprescindible para la confirmación diagnóstica: acantosis, hiperqueratosis, binucleación, disqueratosis, coilocitosis.

Según el protocolo de SEGO (5) si aparecen las lesiones vulvares se decide por uno de las dos formas de tratamiento:

- Aplicado por el paciente, solo para lesiones externas:

o Podofilotoxina al 0.5 % local dos veces al día durante tres días consecutivos, seguido de cuatro días sin tratamiento, pudiendo repetirse hasta cuatro ciclos (cuatro semanas). Eficaz en lesiones cutáneas vulvares de extensión limitada. El riesgo de toxicidad sistémica es bajo y puede provocar irritación local leve. Está contraindicada en lesiones mucosas y durante la gestación.

Podofilotoxina al 0.15% en crema es eficaz en condilomas anales. En general presenta recurrencias frecuentes . Precio: 24€

o 5-fluorouracilo (5FU). Tópico. De utilidad en lesiones mucosas, incluso en lesione intraepiteliales de alto grado. Control estricto médico por riesgo de ulceraciones. No utilizada en nuestro medio.

o Imiquimod. No destruye las lesiones, sino que induce la secreción local de citoquinas, especialmente interferón alfa, que contribuyen a la eliminación de las lesiones al potenciar la inmunidad local. Se aplica sobre las lesiones, en forma de crema al 5%, en el momento de acostarse, tres veces por semana y durante un periodo máximo de 16 semanas. Debe lavarse con agua y jabón al día siguiente. Suelen desaparecer los condilomas tras 8-10 semanas de tratamiento o incluso antes (tabla 6.1). Los efectos adversos son leves y bien tolerados, si bien en algún caso se ha descrito dolor local. Al mantener un estado de inmunidad favorable, las recurrencias son menores que con la Podofilotoxina. Precio 83.96 €

- Aplicado en el centro:

a) Tratamientos médicos:

Los métodos terapéuticos recomendados para ser administrados por el médico, como la crioterapia con nitrógeno líquido, la resina de podofilino al 10-25 % o la extirpación quirúrgica con bisturí frío o electrocoagulación, deben ser aplicados por un especialista con experiencia en estos métodos, y disponer de equipos que suelen estar ubicados en centros de especialidades u hospitalarios.

o Resina de podofilino. En desuso por su toxicidad y efectos secundarios.

o Ácido bi y tricloroacético. Poco utilizados en nuestro medio pero si en otros paisas como EEUU por su coste. Útiles en mucosas, en lesiones pequeñas y escasas y durante el embarazo.

o Interferón. Se puede usar por vía tópica (ineficaz), inyección intralesional o intramuscular o subcutánea (es la vía de elección).

Dosis de 3 millones U/3 veces por semana durante 4-6 semanas.

b) Tratamientos quirúrgicos:

o Extirpación con tijeras o bisturí frío.

o Electrocoagulación.

o Crioterapia con nitrógeno líquido es la más eficaz y utilizada.

o Láser de CO2, permite un control preciso de la profundidad y consigue buenos resultados

Basándonos en la bibliografía debemos tener en cuenta que el tratamiento vendrá determinado por una serie de factores (6):

- 1) El cuadro clínico de la infección (tamaño y distribución anatómica de las lesiones, extensión de la enfermedad, grado de queratinización de las mismas, tiempo de evolución y resistencia a otros tratamientos).
- 2) El estado inmunitario del huésped.
- 3) La eficacia, disponibilidad y facilidad de aplicación.
- 4) La toxicidad.
- 5) El coste.

- 6) El potencial progresivo de ciertos tipos virales.
- 7) Las preferencias de la paciente.

Aunque puede existir una regresión espontánea, la tendencia generalizada es tratar los condilomas con el objetivo de controlar la enfermedad, aliviar la ansiedad de la paciente y mejorar su autoestima.

En general, en lesiones iniciales, pequeñas y poco extensas, debe efectuarse un tratamiento médico, mientras que en lesiones antiguas, extensas y recidivantes deben emplearse tratamientos quirúrgicos. En lesiones muy extensas y recalcitrantes puede realizarse un tratamiento mixto, quirúrgico y médico.

Según el criterio de ginecolog@ se le ofrece el tratamiento ambulatorio en consulta de enfermería.

En la segunda fase se cita a la paciente en consulta de enfermería para realizar una buena educación para la salud y aplicar el tratamiento con ácido tricloroacético en los condilomas.

Reservaremos media hora ya que la aplicación se realiza una aplicación escrupulosa en la que tendremos muy en cuenta las sensaciones de la paciente. Debe permanecer 15 minutos después de su aplicación para una correcta actuación del ácido.

Cuando llegan a la consulta todas presentan un cuadro de ansiedad y de nerviosismo alto y una gran confusión por lo que la información deberá de ser clara y concisa.

Se les informará de que tras la aplicación del ácido tricloroacético se produce una sensación de quemazón intensa que aparece rápidamente y después se mantiene desapareciendo poco a poco.

Si la paciente no aguanta se le administrará con un bastoncillo en los bordes de la zona ya aplicada jabón neutro.

Para finalizar recordaremos que puede mantener una higiene normalizada incluso inmediatamente después de la aplicación del tratamiento y registraremos los datos en la historia clínica informatizada.

En la tercera y última fase y una vez desaparecidos los condilomas debe establecerse un seguimiento periódico, especialmente durante los primeros 3 meses, que es cuando más recidivas se producen. (4)

Se ofreció el tratamiento a las pacientes que presentaban múltiples condilomas externos de pequeño tamaño.

Se aplicaron una media de 3 tratamiento por paciente.

Las recidivas han sido nulas en los primeros 6 meses de seguimiento.

Debemos desatacar que las pacientes se sienten muy seguras acudiendo a aplicarse el tratamiento y que se consigue una implicación total.

RESULTADOS

La media de consultas en los que los condilomas desaparecieron fue 2'5. Se realizaron consultas de revisión a los 3 meses confirmando la efectividad del tratamiento. Este tratamiento resulta más económico para la paciente.

Se ha conseguido un buen trabajo en equipo y multidisciplinar para gestionar el tiempo en consulta de enfermería y de ginecología.

Tras el diagnóstico (7) se decide el tratamiento a seguir en conjunto con la paciente lo que desarrolla la autonomía de decisión e implica en el cuidado de la salud a la propia paciente.

Prevención de las recurrencias: localizar todas las lesiones mediante colposcopia. Si es necesario repetir tratamiento. Tratar vaginitis concomitante. Eliminar hábitos nocivos como el tabaco.

La variabilidad de los cuidados de enfermería se eliminan por completo obteniendo un acuerdo del equipo de enfermería y un aprendizaje continuo con la aplicación del protocolo.

DISCUSION

La aplicación de este tratamiento conlleva una preparación previa para conocer la morfología y características del condiloma.

Es fundamental el reconocimiento vía visual a través del colposcopio los condilomas que no se puedan identificar a simple vista. Es necesario la disposición de media hora en consulta de enfermería ya que la paciente debe permanecer 15 minutos tumbadas tras recibir el tratamiento.

Es imprescindible la formación de la enfermera en esta patología. Se consigue así aumentar el coste-efectividad de estos tratamientos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

(1) Padrón Municipal según Censo de Pamplona 2011

(2) Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de salud; B.O.N. núm. 146, de 3 de diciembre

(3) I. Martínez Montero, M.A. García Mutiloa, R. Ezcurra, G. Campo, E. Arpa, R. Obregozo; Condilomatosis genital y embarazo asociada a corioamnionitis y parto prematuro Genital condylomatosis and pregnancy associated with chorioamnionitis and premature delivery. An. Sist. Sanit. Navar. 2004, Vol. 27, Nº 3, septiembre-diciembre

(4) Virus del papiloma humano. Situación actual, vacunas y perspectivas de su utilización febrero 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo

(5) Infecciones por papilomavirus y otras viriasis genitales protocolo asistencial nº 52 actualizado en octubre de 2001

(6) La infección por papilomavirus, Documentos de consenso SEGO 2002. ISSN: 1138-6185

(7) Johansson, Hanna MSc ; Ekström, Johanna PhD ; Hansson,, Bengt-Göran PhD ; Johnsson, Annika MD ; Gustafsson, Eva MD ; Dillner,, Joakim MD PhD; Forslund, Ola PhD. Human Papillomavirus Typing in Reporting of Condyloma

AUTORES/AUTHORS:

Rulber Duque Alzate, M. del Pilar MarquezPino

TÍTULO/TITLE:**ESTUDIO RETROSPECTIVO DE PRE VALENCIA DE INFECCIÓN Y COMPLICACIONES DE INTERVENCIONES EN SALA TÉCNICA Y NO QUIROFANO**

Objetivo: Determinar la prevalencia de complicaciones postquirúrgicas en población sometida a procedimientos en sala técnica de dermatología desde el 01/03/2012 hasta el 28/02/2013.

- Identificar los factores asociados a la prevalencia de infección y otras complicaciones.
- Determinar la seguridad clínica para el paciente.

Métodos: Este estudio longitudinal, retrospectivo realizó la revisión de 439 historias clínicas de pacientes que fueron sometidos a cirugía dermatológica en la sala técnica desde el 01/03/2012 al 28/02/2013 en busca de complicaciones y describe los hallazgos de dicha revisión

Toda la información socio demográfica de los pacientes, tipo de procedimiento, antecedentes del paciente (AP), la presencia o no de complicaciones, la localización física del procedimiento y número de días de control postoperatorio entre otros datos fueron capturados en una hoja de cálculo.

Resultados: El estudio permitió realizar la revisión de 439 casos en los cuales no había una diferencia significativa en el sexo del paciente, la edad media oscilaba entre los 45 y 48 años.

El procedimiento realizado con mayor frecuencia fue la extirpación, le siguen la electrocoagulación y la combinación de las dos anteriores técnicas, solo se encontraron algunos casos aislados de biopsias y curetajes.

Alrededor de un 22% de los pacientes presentaron alguna patología de base dentro de sus AP, las más comunes encontradas fueron: HTA (63 casos), Alteraciones metabólicas (26 casos), dislipidemias (21 casos), y cáncer (8 casos) entre otras no relevantes de forma numérica.

Dentro del número total de los casos revisados se halló en las historias clínicas que el 90% no presentaba ningún signo de infección, el 0,5% de los casos si lo presentaba y en algunos casos no se pudo evaluar la presencia o no de infección debido a un 8,6% de subregistro en la historia clínica que no evidenció evolución postoperatoria de la herida quirúrgica.

En relación a otras complicaciones se encontró que un 86% de los casos no presentó ninguna complicación, las complicaciones más frecuentes encontradas fueron: Enrojecimiento de la herida quirúrgica sin signos de infección (5 casos), Rechazo de la sutura (4 casos), dehiscencia de la sutura (3 casos), Necrosis en los bordes de la herida (3 casos), Hematoma, Queloides e inflamación (2 casos en cada una de ellas), cabe anotar que en el 9% de los casos estudiados no se encontró evidencia de algún registro de evolución que indicara el seguimiento postquirúrgico.

Localización anatómica del procedimiento: 28% se realizaron en la espalda, 23% en cara, 14% en tórax, 10% en cabeza/cuello y 9% en extremidades inferiores; también con una mínima participación encontramos otras localizaciones como, extremidades superiores, abdomen, región genitourinaria y mucosas.

La revisión postquirúrgica media fue de 16 días.

Discusión: La evidencia nos muestra la prevalencia de complicaciones en el periodo de tiempo estudiado, pero nos dificulta al mismo tiempo el entendimiento de los resultados dado que carecemos de datos similares de cuando estos procedimientos se realizaban en quirófano ambulatorio antes a la fecha del 01/02/2012.

Encontramos que los casos en los que se presentó infección que requirió tratamiento antimicrobiano, fue población masculina, sin antecedentes médicos importantes, en edades comprendidas entre los 33 a 37 años, en extirpaciones localizadas en las extremidades superiores, lo que nos sirve desde el punto de vista de enfermería para enfocar aún más nuestras recomendaciones a

esta población que “probablemente descuide mas la higiene de sus manos y sus heridas quirúrgicas”

La dehiscencia de suturas se presentó en personas de predominio femenino cuya localización habitual es en cuello/cara, pero adicionalmente que dicha complicación fue común en pacientes con edades comprendidas entre los 50 y 70 años de edad y aumentaba su frecuencia al aumentar la edad, lo que nos llevo a pensar a que en estas pacientes era necesario utilizar otro tipo de suturas mas delicadas con la piel de estas, así mismo los cuidados posoperatorios y los signos de alarma indicados para este tipo de pacientes estarían relacionados con vigilar aun más la herida y adicionalmente estas pacientes deberían visitar a la enfermera pasadas las 72 horas postquirúrgicas.

Dentro de las complicaciones difíciles de analizar estaban las relacionadas con eritema, rubor e inflamación donde el único factor relevante fue la localización (Espalda), el hecho de que no se pueda controlar visualmente esta zona pudo ser la causante de la complicación.

La presencia de hematomas se relaciona con pacientes de ambos sexos, mayores de 60 años y con procedimientos quirúrgicos en cara, posiblemente sea por la fragilidad de la piel y los vasos sanguíneos de este grupo poblacional; determinamos la necesidad de realizar una intervención de consulta de enfermería por consulta externa pasadas las 72 horas para vigilar la evolución de la herida postquirúrgica y determinar las actividades necesarias para la paciente.

Los casos de maceración fueron en pacientes de sexo femenino, de edades variadas y la localización de la complicación fue en el 100% de los casos en dedos y pies, lo que permite pensar en realizar una intervención de enfermería específica donde reforzar con la educación.

Solo en un varón de 50 años presento necrosis en los bordes de la herida quirúrgica, no encontramos evidencia que hiciera pensar en algún factor adicional que generara esta complicación.

Los pacientes con enfermedades metabólicas, vasculares y/o diabetes no presentaron complicaciones, a pesar de la patología de base.

Concluimos que la realización de procedimientos quirúrgicos de dermatología en una sala técnica con condiciones de seguridad, esterilidad e higiene optimas permite dejar libre sesiones de un quirófano para rentabilizarlo con procedimientos de mayor complejidad y que requieran mayor especialidad del equipamiento y personal.

Desde el punto de vista de los cuidados de enfermería a realizar intervenciones específicas para los pacientes que usan los servicios de la sala técnica en relación a la localización anatómica del procedimiento y relacionado con los grupos de edad y otros factores que incrementa la posibilidad de dichas complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

-Paulson M, Ljungh Å, Walström T. Rapid identification of fibronectin, vitronectin, laminin, and collagen cell surface binding proteins on coagulase-negative staphylococci by particle agglutination assays. *J Clin Microbiol* 1992; 30: 2006-2012.

-Archer GL. Alteration of cutaneous staphylococcal flora as a consequence of antimicrobial prophylaxis. *Rev Infect Dis* 1991; (suppl 10) 13: S805-S809.

-Howe CW, Marston AT. A study on sources of postoperative staphylococcal infection. *Surg Gynecol Obstet* 1962; 115: 266-275.

-Burke JF. The effective period of preventive antibiotic action in experimental incisions and dermal lesions. *Surgery* 1961; 50: 161-168.

-B. Pérez-Suárez, A. Guerra-Tapia

Características sociodemográficas del cáncer cutáneo en España

Actas Dermo-Sifiliográficas, Volume 99, Issue 2, March 2008, Pages 119–126

- [http://dx.doi.org/10.1016/S0001-7310\(08\)74633-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0001-7310(08)74633-7)
Actas Dermosifiliogr. 2009;100(08):661-8 - Vol. 100 Núm.08
- R. Jiménez-Puya, C. Vázquez-Bayo, F. Gómez-García, J.C. Moreno-Giménez
Complicaciones en Dermatología Quirúrgica
Servicio Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.
- Cruz, Adriana p; Acosta de Hart, Alvaro; Rueda Javier
Antibióticos en cirugía dermatológica ¿Cuándo se deben usar?
Rev. Col. Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica
Vol 16, Núm. Jun 2008 pp 82 - 90
- Rojas P., Hilda; Grazia K., José A. de; Faivovich K., Daniela.
Estudio de las complicaciones en cirugía dermatológica en el Hospital Clínico U. de Chile
Rev. chil. dermatol;25(1):26-31, 2009. tab, graf.
- Yuste, A. Romo y P. de Unamuno
Profilaxis antibiótica en cirugía dermatológica
Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Salamanca. España.
Actas Dermosifiliogr. 2008; 99:683-9
- Burrillo A; Moreno A; Salas Carlos
Procedimiento en Microbiología Clínica Infecciones y microbiología clínica
Diagnóstico microbiológico de las infecciones de piel y tejidos blandos.
Edit 2006 Emilia Cercedano y Rafael Cantón. España
- Candiani Ocampo, J; Vásquez, O
Complicaciones en cirugía Dermatológica.
- Otley CC, Fewkes JL, Frank W, Olbricht SM. Complications
of cutaneous surgery in patients who are taking warfarin, aspirin,
or nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Arch
Dermatol. Feb 1996;132(2):161-6. [Medline]

AUTORES/AUTHORS:

Virginia Henriques, Arminda Pinheiro, Dolores Sardo

TÍTULO/TITLE:

Autoexamen testicular: una oportunidad para la intervención de la enfermera

Introducción

Salud pública y medicina preventiva se ha presentado siempre como una prioridad en cualquier parte del mundo, por otra parte, aun así, es el filamento de diagnóstico precoz de patologías oncológicas. En el caso de cáncer testicular, algunos investigadores creen que sólo sea posible para reducir la mortalidad de esta enfermedad por diagnóstico precoz cómo identificará el tumor en etapa inicial (Gold et al., 1987; Tubiana & Koscielny, 1999) y que está estrechamente relacionado con el acceso de información para los pacientes, en autoexamen testicular. Este procedimiento demostró para ser eficaz y se recomienda como práctica conveniente por la Sociedad Americana del Cáncer para la detección de esta enfermedad.

OBJETIVOS

Este estudio pretende evaluar los conocimientos, actitudes y práctica del autoexamen testicular en una muestra aleatoria de 90 personas de edades comprendidas entre 15 y 35 años en un Centro de Salud en el norte de Portugal Continental.

Métodos

Investigación cuantitativa de los métodos de análisis de datos de muestreo descriptivo correlacional que tienen como objetivo explorar las diferentes variables y sus relaciones mutuas con la aplicación del estadístico ji-cuadrado con 95% de confianza. El instrumento de recogida de datos se realizó a través de un tipo de cuestionario CAP (conocimientos, actitudes y prácticas) basado en estudios similares.

Resultados

En el presente estudio hemos encontrado que existen serias deficiencias en cuanto a conocimiento de los hombres sobre su anatomía, fisiología de los testículos, así como falta de conocimiento sobre el autoexamen testicular. Nuestro estudio reveló que todos los hombres sabían que, en general, un hombre tiene dos testículos pero sólo 30% considerado como verdadera la declaración un testículo es suficiente para fertilizar un óvulo. Unos 83,3% reconoció los testículos como glándulas sexuales masculinas, así como responsables de la producción de espermatozoides y la hormona de las secreciones. Habiendo sido listadas concedió la declaración, los testículos son anatómicamente situados fuera del cuerpo para los desarrollos de los espermatozoides, simplemente el 52.2% de la responde comparte esta opinión; en frente al 21,1% establecer esta afirmación como declaración errónea. La inexistencia de líquido entre el escroto y los testículos es un hecho; Sin embargo el 55,6% consideró que no es así y 26,7% simplemente desconocen. El epidídimo es el canal detrás de los testículos que recoge y lleva espermatozoides, sólo el 45,6% de los hombres considerados esta afirmación correcta. En la otra mano cerca de la mitad de la muestra (48,9%) no sabía si la afirmación es correcta o no. Mientras tanto, el 77.8% de los hombres entrevistados saben que los testículos no son del mismo tamaño, señaló que 17,8% aún considerar la hipótesis de que los testículos son siempre del mismo tamaño. Estas fueron las razones sólo dadas para un tercio de los hombres para realizan el autoexamen testicular. La información obtenida por los hombres de nuestra muestra acerca de este procedimiento fue, en su mayor parte, proporcionada por enfermeras que demuestra el importante papel de los profesionales de la salud. Las razones de la falta de adherencia para el autoexamen testicular tenían respecto a razones personales. Olvido (32% de los hombres), no habiendo recibido información y la falta de conocimientos adecuados para el examen (sólo 48,9% de los encuestados informaron haber escuchado del autoexamen testicular, conocimiento para la mayoría inadecuado). Es importante señalar que la mayoría de los encuestados están abiertos para recibir información y la importancia que atribuye a la diagnosis por autoexamen, señalando que este examen es necesario o incluso muy merecido.

Conclusiones

La estrategia de implementación de programas educativos de prevención orientados hacia la salud y específicamente dirigida a la diagnosis temprana de problemas testiculares demuestra para ser un vector preeminente para revertir la situación actual. Este programa debe prever dos audiencias diferentes. El primer compuesto de profesionales de la salud que trabajan directamente con la población masculina y entienden el rol de promotores de salud, en la medida en que pasan a informar, a los hombres de la necesidad y la utilidad de realizar el autoexamen testicular. Además, estos profesionales que trabajan en centros de salud deben someterse a entrenamiento identificar cambios en el testículo, especialmente los sospechosos de cáncer. La segunda será el usuario del servicio de salud de toda la población masculina a tomar los hábitos y comportamientos de los precursores de una vida sexual saludable. a pesar de ser un procedimiento de baja complejidad y sin ningún costo operacional para implementarlo, el autoexamen testicular, aunque conocido es utilizado por un pequeño número de hombres que indica que no están informados en cuanto a la validez y la forma correcta de realizarlo. Una pequeña porción del 14,4% de la población masculina realiza el examen; Aunque no sé lo que estás buscando y con qué frecuencia se debe hacer. Información es necesaria para trabajar constantemente dirigidos a la población masculina, así que simple procedimiento como el autoexamen testicular es parte de la vida cotidiana del hombre y una vez identificadas las razones para no realizar este procedimiento, encontrar estrategias para superar las barreras. Es imperativo que los hombres y profesionales de la salud entiendan que el autoexamen testicular es un gesto simple que puede salvar una vida.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliography

- Ames, B. N., Gold, L. S., and Willett, W. C. (1995). The causes and prevention of cancer. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 92, 5258-5265.
- Bailar, I., III, and Gornik, H. L. (1997). Cancer undefeated. *N. Engl. J. Med.* 336, 1569-1574.
- Bailey, L. B., Wagner, P. A., Christakis, G. J., Araujo, P. E., Appledorf, H., Corinne C Fessenden, "Adoption of testicular self-examination" (2002). ETD Collection for Wayne State University.
- Davis, C. G., Masteryanni, J., and Dinning, J. S. (1979). Folic acid and iron status and hematological findings in predominately black elderly persons from urban low-income households. *Am. J. Clin. Nutr.* 2346-2353.
- Becker, S., and Berhane, K. (1997). A meta-analysis of 61 sperm count studies revisited. *Fertil. Steril.*, 1103-1108.
- Dearnaley DP, Huddart RA, Horwich A.(2001) Managing testicular cancer. *Br Med J* 2001; 322: 1583–1588.
- Garnick MB. Testicular self-examination. *N Engl J Med* 1980; 302: 297.
- Gold, L. S., Backman, G. M., Hooper, N. K., and Peto, R. (1987). Ranking the potential carcinogenic hazards to workers from exposures to chemicals that are tumorigenic in rodents. *Environ. Health Perspect.* 76, 211-219.
- Gold, L. S., Bernstein, L., Magaw, R., and Slone, T. H. (1989a). Interspecies extrapolation
- Phillips, Katharine, Pope, Harrison, (2000), *The Adonis Complex. The secret crisis of male body obsession.* The Free Press,
- MORI poll. (1999) Awareness of Testicular and Prostate Cancer. Institute of Cancer Research,
- Khadra A. (2001) General practice perspective on cancer services. *Fam Pract* 2001; 18: 463–464.
- Thornhill J, Conroy R, Kelly D, Walsh A, Fennelly J, Fitzpatrick J. (1986) Public awareness of testicular cancer and the value of self-examination. *Br Med J* 1986; 293: 480–481.
- Tromp, D. M., Brouha, X. D. R., De Leeuw, J. R. J., Hordijk, G. J., & Winnubst, J. A. M.(2004). Psychological factors and patient delay in patients with head and neck cancer. *European Journal of Cancer*, 40, 1509-1516.
- Tubiana M., Koscielny S. (1999). The rationale for early diagnosis of cancer; 38:295-303)

Mesa de comunicaciones 7: Profesión / Gestión

Concurrent session 7: Nursing Profession / Management

AUTORES/AUTHORS:

Raquel Pan, Lara Pedro, Natália Gonçalves, Lidia Rossi, Lucila Nascimento

TÍTULO/TITLE:

Hospital admissions profile for burns acute treatment of children and adolescents, Brazil, 2005-2010

Introduction: Globally, in 2004, approximately 96,000 people under the age of 20 years died as a result of burns¹. Aim: The aim of this descriptive and retrospective quantitative study was to outline the hospital admission profile for acute treatment of child and adolescent burned, between zero and 19 years of age, at a specialized burns treatment center (BTC) of a teaching hospital located in the interior of São Paulo State, Brazil, between 2005 and 2010.

Methods: The study variables were: number and duration of hospital admissions for acute treatment, age, gender, burn etiology and total body surface area. Data were organized in a Microsoft Office Excel 2007 worksheet and transferred for analysis in EpiInfo statistical software, version 3.5.3. Descriptive frequency and proportion analyses were developed. The study received ethics approval.

Results: We identified that out of 1568 patients hospitalized at the BTC, 419 (26.7%) were children and adolescents. In this group, 204 hospital admissions (13%) were aimed at acute treatment and the total mean number of this admissions corresponded to 2.8 per month and 34.0 per year. Most burns were found in 2006 and in June, September and December. The mean length of hospital admissions was 17 days (SD=14.9). The TBSA burned percentage varied between 0.5 and 74.5%, with a mean 12% (SD=12.5). Most patients burned less than 10% of the TBSA. Scalds were responsible for the burns that affected up to 10% of TBSA; flammable fluids, on the other hand, caused more extensive burns, which affected between 11 and 75% of TBSA. Sixty percent of the burns happened among male children and adolescents, mainly boys between zero and three years of age. Thermal agents provoked 94% (n=192) of the burns, electrical agents 4% (n=8), chemical agents 1% (n=2) and abrasion 1% (n=2). Among thermal agents, scalds were the main causal agent (38.2%), provoked by water (22.1%), oil (8.8%) and other agents like milk, tea, beans, coffee and sugar cane syrup 7.3%. As regards flammable fluids, 27% were caused by liquid alcohol, 4.4% by fuel and 1.4% by other agents (ethanol, acetone and diesel oil). In the age range from zero to three years, the main causal agent was water scalding and, in the group between four and 19 years, flammable fluids, particularly liquid alcohol.

Discussion: The study of this Brazilian profile allows comparisons with other research results and contributes to better plan strategies and measures aimed at granting visibility to this problem and motivating reflections and the planning of future health promotion and burn prevention actions, not only in Brazil, but also internationally, in countries with characteristics similar to Brazil. Despite great progress in health, prevention remains the best alternative for burns². The prevention of child and adolescent burns depends on different factors, including the sectorial application of public health measures, governmental policies and awareness raising among children, families and communities.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, et al. World report on child injury prevention [Internet]. Switzerland: WHO Press; 2008.
- 2Santana VBRL. Perfil epidemiológico de crianças vítimas de queimaduras no município de Niterói-RJ. Rev. Bras Queimaduras 2010;9(4):136-9.

AUTORES/AUTHORS:

Patrícia Scotini Freitas, Adilson Edson Romanzini, Julio Cesar Ribeiro, Gislaïne Cristhina Bellusse, Cristina Maria Galvão

TÍTULO/TITLE:

Perioperative glycemic control: integrative review

ABSTRACT

Objective: The objective of the present study was to analyze the evidence available in literature regarding blood glucose control to prevent surgical site infection in the perioperative period.

Method: To achieve the proposed objective, the integrative literature review was the chosen review method. Driving integrative review has taken the following steps: preparation of the research question, literature search of primary studies, data extraction, assessment of the primary studies, analysis and synthesis of the results of the review and presentation(1). The question for the conduct of the integrative review was: what is the evidence available in the literature on glycemic control for the prevention of surgical site infection in the perioperative period? The primary studies were searched on the following databases: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), EMBASE and Latin American and Caribbean Health Sciences Health (LILACS). The controlled and uncontrolled descriptors (keywords) for search of primary studies were combined in different ways to ensure a broad search. Inclusion criteria defined for this review were studies that demonstrated glycemic control for the prevention of surgical site infection in the perioperative period; studies published in English, Portuguese and Spanish; studies published from January 2001 until December 2012; studies in which the study population were aged 18 or over. The exclusion criterion was studies narrative review/revision of the traditional literature, editorial or letter response. After reading the titles and abstracts of the primary studies a selection was performed, and 121 primary studies were selected from the Medline database, of which 91 were excluded, in the CINAHL, 12 studies were selected and nine excluded, in EMBASE, 11 studies were selected and ten were excluded and LILACS no primary study was selected. The exclusion of primary studies was due to not meeting the selection criteria defined. Among the 30 selected studies from the Medline database, four repetitions were from the base, three selected studies from EMBASE and one from CINAHL, with a final sample of 26 primary studies. For the extraction of data from primary studies included, we used already validated instrument, which includes the identification and methodological features of the study(2). To identify the research design of the primary studies concepts used by the authors of the research were adopted. The analysis and synthesis of the studies were conducted in a descriptive manner, providing a summary to the reader of each study included in the integrative review and comparisons emphasizing the differences and similarities between the studies.

Results: All of the 26 articles included were published in the English language, with a predominance of the United States among the countries' publication origin (n=16). The synthesis of the primary studies included in the integrative review was presented in two thematic categories defined: a) synthesis of primary studies that investigated the glycemic control in the perioperative period in a sample of patients with diabetes and b) synthesis of primary studies that investigated the glycemic control in the perioperative period in a sample of patients with and without diabetes. In the study evaluating glycemic control in the postoperative period, 24% of the sample did not have adequate glycemic control (>200mg/dL) in the first 48 hours and developed infection, thus glucose level >200mg/dL was associated with wound infection surgery(3). Studies of The Portland Diabetic Project indicated hyperglycemia as a predictor of mortality, deep wound infection, length of hospital stay and increased costs(4-5). With respect to insulin therapy, the incidence of surgical site infection in the group of continuous intravenous insulin Infusions (rigorous treatment) was lower than in the subcutaneous group (conventional treatment)(4). Two studies compared types of insulin treatment, conventional and rigorous in patients with diabetes undergoing surgical resection of liver(6) and coronary bypass(7). The results showed that the incidence of surgical site infection and hospitalization costs were significantly lower in the intervention group (strict)(6-7). In two randomized trials,

the authors tested the solution in a GIK (glucose, insulin and potassium)(8) and other insulin glargine and glulisine compared with regular insulin(9). In the first primary study, GIK group showed lower levels of blood glucose levels, duration of postoperative hospitalization and the development of surgical site infection, besides the survival advantage along two years after surgery(8). In the second study, the results showed that the administration of insulin glargine and glulisine maintained more effective glycemic control and reduced complications such as postoperative surgical site infection, pneumonia and bacteremia(9). In a clinical audit performed, 75.3% of the sample had borderline glucose or high level, 21.4% of these developed surgical site infection. The results demonstrated the importance of regular control of blood glucose for early detection of hyperglycemia, allowing quick and appropriate intervention(10). In another research, the evaluation of the intervention program adopted for the improvement of glycemic control, it was identified that glucose values were higher among patients with complications; the authors indicated that therapeutic goals for patients with diabetes should be defined in advance(11). In the synthesis of primary studies with a sample of patients with and without diabetes who investigated glycemic control in the perioperative period, the main results of the primary studies included were that the percentage of patients with diabetes who had surgical complications was significantly higher when compared with patients without diabetes and the most common complication is a surgical site infection. In a cohort study, diabetes and hyperglycemia in the postoperative period were independently associated with surgical site infection. Patients with no history of diabetes and who had evidence of diabetes had infection rate comparable to patients with known diabetes. The results demonstrated that hyperglycemia in the immediate postoperative period is a risk factor in the development of infection among patients with and without diabetes(12).

Discussion: Of the 26 primary studies included in this review, the results of 23 indicated that hyperglycemia is deleterious to the patient factor because it is associated with the development of surgical site infection, so the authors recommended glycemic control in the perioperative period to prevent this type of infection. However, these studies showed differences in the research design, study sample, type of surgery, the regimen used for glycemic control, blood glucose level target and route of administration of insulin. Studies were conducted only in patients with diabetes, and those that compared the outcomes of patients with and without diabetes, showed that glycemic control in the preoperative period is associated with a reduction in infectious complications in different types of surgery. Glucose levels greater than 200mg/dL is associated with surgical site infection. However, the studies presented various therapeutic regimens, as well as different patterns for target glucose level used for the control of glycemia.

Implications for practice: of the 26 primary studies included, 12 studies were conducted with a sample of patients with diabetes and 14 researches were performed with patients with and without diabetes; results showed a reduction in surgical site infection rates, mortality, and length of stay, when blood glucose control is practiced. Nevertheless, due to the different outlines of the studied included, the investigated sample, type of surgery, blood glucose control parameters and methods, it is concluded that evidence is still insufficient to delimit the best level of target blood glucose and the ideal diet for blood glucose control in the perioperative period. Among the gaps in the research theme, the need for studies on the efficacy and safety of methods of glycemic control in patients without diabetes is highlighted, with the use of research designs that provide strong evidence for the prevention of perioperative hyperglycemia pursuing the reduction of surgical site infection, and consequently improving the quality of care provided to the patient.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

References

1. Galvão CM, Mendes KDS, Silveira RCCP. Revisão integrativa: método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura. In: Brevidei MM, Sertório SCM, editors. TCC–Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde. 4 ed. São Paulo: Iátria; 2010.p.105-126.
2. Ursi ES, Galvão CM. Perioperative prevention of skin injury: an integrative literature review. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006;14(1):124-31.
3. McConnell YJ, Johnson PM, Porter GA. Surgical site infections following colorectal surgery in patients with diabetes: association with postoperative hyperglycemia. *J Gastrointest Surg*. 2009;13(3):508-15.

4. Furnary AP, Wu YX. Eliminating the diabetic disadvantage: the portland diabetic project. *Semin Thorac Cardiovasc Surg.* 2006;18(4):302-8.
5. Furnary AP, Wu YX, Bookin SO. Effect of hyperglycemia and continuous intravenous insulin infusions on outcomes of cardiac surgical procedures: the portland diabetic project. *Endocr Pract.* 2004;10(2):21-33.
6. Okabayashi T, et al. Effect of intensive insulin therapy using a closed-loop glycemic control system in hepatic resection patients: a prospective randomized clinical trial. *Diabetes Care.* 2009;32(8):1425-7.
7. Li JY, Sun S, Wu SJ. Continuous insulin infusion improves postoperative glucose control in patients with diabetes mellitus. *Tex Heart Inst J.* 2006;33(4):445-51.
8. Lazar HL, et al. Tight glycemic control in diabetic coronary artery bypass graft patients improves perioperative outcomes and decreases recurrent ischemic events. *Circulation.* 2004;109(12):1497-502.
9. Umpierrez GE, et al. Randomized study of basal bolus insulin therapy in the inpatient management of patients with type 2 diabetes undergoing general surgery (RABBIT 2 Surgery). *Diabetes Care.* 2011;34(2):256-61.
10. Lehwaldt D, Kingston M, O'Connor S. Postoperative hyperglycaemia of diabetic patients undergoing cardiac surgery a clinical audit. *Nurs Crit Care.* 2009;14(5):241-53.
11. Cohen O, et al. Multidisciplinary intervention for control of diabetes in patients undergoing coronary artery bypass graft (CABG). *Cardiovasc Surg.* 2003;11(3):195-200.
12. Latham R, et al. The association of diabetes and glucose control with surgical site infections among cardiothoracic surgery patients. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2001;22(10):607-12.

AUTORES/AUTHORS:

MELTEM YILDIRIM, NIDA DEMIRCI, ELIF SEDA OKSUZ, MAKBULE BATMAZ

TÍTULO/TITLE:

THE EFFECT OF PAIN MANAGEMENT EDUCATION ON PAIN BELIEFS AND PAIN LEVELS OF ORTHOPEDIC SURGERY PATIENTS

Objectives: However pain occurs as a biological response towards tissue damage; it can also be affected by genetics, emotional and individual characteristics (Kocoglu and Ozdemir, 2011). Beliefs are the basic element of individual's own frame of mind and culturally shared (Sertel-Berk, 2006; Pons et al. 2012). Therefore; beliefs about pain can be the main reasons of individual differences in pain perception and its severity (Kocoglu and Ozdemir, 2011).

The meaning of pain for the patient, his pain beliefs and coping mechanisms should be considered while evaluating their pain (Kocoglu and Ozdemir, 2011). Negative pain beliefs can harm patient's health and self-efficiency (Pons et al. 2012).

If the patient believes that pain is an experience which is manageable; coping with the pain would be easier. In opposite; if the patient believes that the treatment of pain is impossible; it is possible to be unsuccessful in pain management in parallel with the patient's beliefs (Pons et al. 2012; Tavafian et al. 2004).

It is very important to detect and change negative pain beliefs (Pons et al. 2012). The negative beliefs of the patients easily affect their response to pain treatment, thus acute pain can transform into persistent pain (Pons et al. 2012; Tavafian et al. 2004).

Determination of pain beliefs among surgical patients who have acute pain and changing their negative pain beliefs into positive ones provide better postoperative period. Therefore; the study was carried out to determine the effect of pain management education on pain beliefs and pain levels of orthopedic surgery patients.

Methods: This controlled-experimental study was conducted in two orthopedic clinics of two private hospitals. Between the dates April 20th and May 25th; 96 patients has undergone orthopedic surgery in the selected clinics between these dates. Thirty-six patients were excluded from the study because; 19 of them had more than 11 points from the Anxiety subscale of the Hospital Anxiety and Depression Scale, 4 patients were admitted to the hospital from emergency unit, 4 patients were health care workers and 9 patients were under 18 years old. The study is finished with 60 patients in total; 30 in the experimental group and 30 in the control group. The patients who were in the rooms with odd numbers were included in the experimental group; and the patients who were in the rooms with even numbers were included in the control groups. The researchers were carried out an education program during the pre-operative period for the patients in the experimental group about what is pain and how to manage their pain. The data were collected by Pain Beliefs Questionnaire and Numeric Pain Scale and evaluated by Repeated Measures Variance Analysis.

Results: Fifty-one point seven percent (n=31) of the entire sample were female. Fifty percent (n=30) had surgery related with their leg. Forty-eight point three percent (n=29) of the entire sample described their pain as "severe". The pain scores given by the patients in the experimental group were significantly decreased after surgery in comparison with the scores of the control group (p<0.001). The pain beliefs of the patients in the experimental group were significantly improved in their post-operative period (p<0.001). However; there was almost no change in pain beliefs of the control group in their post-operative period.

Discussion: According to its subjective nature; pain can be affected by individual characteristics and beliefs. The result of this study

has shown that an education program before surgery about pain management can change their pain beliefs and reduce the post-operative pain. More important; with education; the healthcare providers can change the pain beliefs. Therefore; the healthcare providers should use the education as a key to provide a better hospital and surgery experience for the patients.

According to the results; it can be suggested that before all the planned surgeries, education programs should be done about pain management at least one day before the surgery. However; psychological factors such as surgical anxiety need to be considered because as much as the patient feel anxious; it will be harder to achieve good results from the education. In addition; patient's beliefs about pain should be questioned and cultural differences should be considered. With all the information taken from the patient; a customized pain management education can be done and maximum benefit can be obtained.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Kocoglu D, Ozdemir L (2011) Yetiskin Nufusta Agri ve Agri Inanclarinin Sosyo-Demografik-Ekonomik Ozelliklerle Iliskisi. Agri, 23(2):64-70.
2. Pons T, Shipton E, Mulder R (2012) The relationship between Beliefs about Pain and Functioning with Rheumatologic Conditions. Rehabilitation Research and Practice, 1-9.
4. Sertel-Berk HO (2006) Kronik Agri Yasantisi ve Agri Inanclari: Agri Inanclari Olcegi'nin Turkce Gecerlik ve Guvenilirlik Calismasi. Istanbul University Social Sciences Institute, Department of Psychology, PhD Thesis.
5. Tavafian SS, Eftekhar H, Mohammad K, Jamshidi AR, Assasi N, Shojaeezadeh F, Ghofranipour F (2004) Patient's Knowledge, Perception and Belief about the Reasons of Low Back Pain. Iranian Journal of Public Health, 33(4):57-60.

Mesa de comunicaciones 8: Cuidadores / Dependencia

Concurrent session 8: Caregivers / Dependency

AUTORES/AUTHORS:

Rocío Romero Serrano, Rosa Casado Mejía, M^a Ángeles Rebollo Catalán, Inmaculada Lancharro Tavera, M^a Socorro Morillo Martín, Isabel M^a Calvo Cabrera, Almudena Arroyo Rodríguez, Francisco José Alemany Lasheras

TÍTULO/TITLE:

LAS REDES DE APOYO FAMILIAR Y LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Recientemente, en julio de 2013, ha sido publicado por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), un artículo titulado: "Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Indicadores estadísticos básicos" Su autores Abellán y Pujol (2013) afirman que en España sigue creciendo en mayor medida la proporción de personas mayores de ochenta años (octogenarios) y que la proyección del INE, es que en el año 2051 seremos más de 15 millones de personas de edad mayor o igual a 65 años, esto significa un 36,5% del total de la población (Abellán y Pujol, 2013). Nos encontramos con el fenómeno denominado envejecimiento del envejecimiento (Úbeda, 2009, De los Reyes, 2001).

Esta realidad unida a todos los condicionantes sociales actuales; crisis, desempleo, dependencia y longevidad, favorece que los roles familiares vuelvan a ser definidos. No debiendo olvidar que los cambios sociales suelen darse antes que los cambios institucionales. Así, con la problemática actual que supone cuidar a las personas enfermas y a sus familias nace nuestro problema de investigación.

Objetivo.

El objetivo de nuestro trabajo es conocer el concepto de cuidado y las prácticas de las personas cuidadoras que forman parte de las redes de apoyo socio familiar en las enfermedades crónicas.

Metodología.

El estudio ha sido realizado dentro del ámbito hospitalario. Hemos seguido un diseño de corte cualitativo realizado a través de entrevistas semi estructuradas de carácter autobiográfico. La entrevista cualitativa ha sido una de las técnicas más utilizadas en los estudios de género (Martínez Benlloch y Bonilla, 2000, Cala y Trigo, 2004, Marjorie y Gross, 2007), ya que ha permitido conocer la experiencia y el significado que las personas dan a éstas. Las entrevistas son uno de los procedimientos más utilizados en la investigación feminista, ya que consisten en un encuentro más o menos colaborativo entre dos personas para compartir y construir conocimiento (Marjorie y Gross, 2007). En nuestro estudio la entrevista ha adaptado la forma de un encuentro colaborativo entre personas que forman parte de la red de cuidado, encuentro que permite compartir experiencias, construir conocimientos, intercambiar impresiones, etc.

Se sigue un diseño de relatos cruzados. Ya que éste nos permite obtener una perspectiva multifacética referida a un tema común de interés del que todas las personas participantes han sido a la vez protagonistas, permitiendo que cada narración personal sea confrontada y completada con la de otras personas y facilitando el registro de experiencias personales acerca de un tema o situación compartida.

Se han realizado nueve entrevistas. Para la selección de participantes se ha seguido un procedimiento de muestreo no probabilístico, aplicándose la técnica de muestreo teórico. De forma complementaria, se ha seguido un procedimiento de muestreo en bola de nieve para detectar aquellas personas que participan en la red de apoyo socio familiar como cuidadores/as no principales. El análisis cualitativo del contenido y del discurso se ha basado en la Teoría Fundamentada. Para la revisión y validación de las categorías se ha realizado el método de comparación constante y el método de comprobación cruzada. Las dimensiones definidas son: significado de cuidado y prácticas de las cuidadoras. El análisis de datos se ha efectuado con el paquete estadístico Atlas ti 7.0.

Resultados

El significado de cuidado de una persona dependiente no sólo consiste en el cuidado material, sino también el emocional y relacional. Las mujeres cuidadoras presentan una idea de cuidado de atención total. La idea de cuidado de los hombres difiere de la idea de cuidado de las mujeres, es una idea de cuidado parcial.

A continuación se muestran las ideas que tienen del cuidado cada uno de los cuidadores y cuidadoras participantes en el estudio.

Son extractos de las entrevistas realizadas en el estudio que nos ocupa, se muestran los extractos más representativos.

Las ideas y conceptos de cuidado que han expresado han sido las que a continuación se muestran:

- Entrega total. Atención continua:

P 1: 1. Entrevista (cuidadora).rtf - 1:47 (28:29) (Super) Codes: [Cuidadora] [Prácticas/vínculos] [Sentimientos]

“Eso es un poquito complicado. Cuidar a una persona es entregarte a todas las necesidades que ellos tengan. Qué son muchísimas. Tienes que estar pendiente las 24 horas del día. En todo. En el cuidado personal, en el cuidado de sus medicinas, en el cuidado de los medicamentos, aguantarle el comportamiento, que a veces lo tienen mejor otras veces lo tienen peor, y dedicarte a ellos completamente. Y dejar muchísimas cosas al lado, porque ellos necesitan muchísimo tiempo, pero que sea con gusto. Por lo menos yo, lo hago con gusto”.

- Entrega total. Atención continua:

P 6: 3. Entrevista (cuidadora).rtf - 6:39 (16:21) (Super) Codes: [Cuidadora] [Perfil] [Prácticas/vínculos]

“Pues para mí cuidar básicamente...lo que ha sido para mí...pues entregar todo, toda mi vida. Porque yo siempre...he conocido a mi madre...mala. Y...y siempre, pues estar pendiente de ella, lo que necesitara y...lo que necesitara la familia”.

- Entrega parcial:

P 7: 3. Entrevista (cuidador).rtf - 7:28 (25:28) (Super) Codes: [Cuidadora] [Prácticas/vínculos]

“Hombre, para mi cuidar es tener a una persona como hay que tenerla, no tenerla abandonada, decir “mira, ya ha acabado, ya está preparada”, no. Porque eso...lo sabe hacer cualquiera. Para decir “está preparada” pues la miras, y cuando tú ves que está preparada pues ya está preparada”.

Con respecto a las prácticas, se ha observado que las mujeres cuidadoras en relación con su entorno presentan prácticas de reciprocidad con los agentes de su red y que expresan resignación y naturalización con la situación que les ha tocado. Frente a las prácticas de los cuidadores que han expresado como su actividad es reconocida en su entorno.

Se muestran los extractos de la entrevista, más representativos, en los que se sustentan los resultados obtenidos en este bloque:

Naturalización

P 1: 1. Entrevista (cuidadora).rtf - 1:48 (30:33) (Super) Codes:[Cuidadora] [Prácticas/vínculos] [Sentimientos]

“Yo sí, yo lo vivo... y ahora con él, porque con mi madre ya lo he hecho 5 años.”

Resignación

P 6: 3. Entrevista (cuidadora).rtf - 6:39 (16:21) (Super) Codes: [Cuidadora] [Perfil] [Prácticas/vínculos]

“mis creencias religiosas y las creencias de mi familia, pues...entendemos...tenemos una serie de valores, en los que fundamentalmente, pues lo que prima es...la dedicación por completo”

Presencia incondicional

P 6: 3. Entrevista (cuidadora).rtf - 6:40 (22:25) (Super) Codes: [Apoyos] [Cuidadora] [Prácticas/vínculos]

“Hombre, pues yo creo que...que levanta el teléfono y...sabe que estoy ahí. Para lo que sea y...incondicional.”

Reconocimiento social

P 3: 2. Entrevista (cuidador).rtf - 3:37 (32:31) (Super) Codes: [Cuidadora] [Prácticas/vínculos]

“Que alguna gente no se creen ni siquiera lo que yo hago. No se lo creen.”

Reconocimiento social

P 7: 3. Entrevista (cuidador).rtf - 7:30 (37:40) (Super) Codes: [Cuidadora] [Prácticas/vínculos]

“Y allá que va el tío a por los mandados, a por lo que haga falta.”

Discusión

A partir de los extractos presentados, observamos que el significado que tiene para ellas, la cuidadoras mujeres, el cuidado de una persona dependiente no sólo consiste en el cuidado material, sino también el emocional y relacional (hacerlo con gusto, hacerle la vida lo mejor que pueda, no tenerla abandonada). Las mujeres cuidadoras presentan una idea de cuidado de atención total. Ellas expresan que las personas enfermas deben estar cómodas, a gusto. No obstante, se aprecian algunos matices en la percepción subjetiva del cuidado a través de los distintos extractos, haciendo hincapié en la entrega y renuncia (estar pendiente 24 horas en todo, entregar todo toda mi vida).

Se observa que la idea de cuidado de los hombres difiere de las mujeres. Los cuidadores hablan de atención total, pero estas prácticas en los dos casos estudiados las realizan las mujeres de la red. Estas diferencias son atribuibles a los mandatos de género, donde la cuidadora lo deja todo para cuidar, ya que tienen la asunción de provisión total de cuidados tal y como afirma Begoña López et al.

Tras cruzar los datos obtenidos se observa que la idea de cuidado que expresan cada una de las cuidadoras y los cuidadores determina en gran medida las acciones y prácticas que realizan. Con respecto a otros estudios se observa, que el género, el parentesco y la convivencia son variables importantes para predecir qué persona del núcleo familiar va a ser la cuidadora principal, siendo las parejas femeninas e hijas, que conviven con las personas con enfermedades crónicas y dependientes las que tienen más probabilidades de convertirse en cuidadoras principales, coincidiendo estos resultados con otros realizados previamente ((Bover-Bover, 2006; Crespo y López, 2008; García-Calvente et al., 2004; Vaquiro y Stieповich, 2010, López et al., 2012).

Con respecto a las prácticas se ha observado que las mujeres cuidadoras en las prácticas expresan resignación y naturalización con la situación que les ha tocado. Frente a las prácticas de los cuidadores, ambos han expresado como su actividad es reconocida en su entorno. Con respecto a las prácticas en relación con los enfermos y enfermas, han expresado su afecto en el caso de cuidadores y cuidadoras y su disposición y apoyo total en el caso de las mujeres y apoyo parcial en el caso de los hombres. Sin embargo, las prácticas en relación con si mismo, cuidadores y cuidadoras realizan prácticas de protección de su espacio personal propio.

Implicaciones para la práctica

La responsabilidad de la gestión y dinamización de la red socio familiar para el cuidado es exclusiva de las cuidadoras principales, no compartida con el resto de miembros de la red. Se observa que los mandatos de género siguen vigente en nuestra sociedad por lo que creemos necesario la formación de género en los profesionales de enfermería que atienden a las cuidadoras.

Aunque, actualmente ya no resulta extraño escuchar en ámbitos sanitarios el término perspectiva de género. En dos mil ocho, la Junta de Andalucía, en concreto la Consejería de Salud editó la Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los planes integrales de salud. En esta guía se expone de manera clara y coherente porqué es necesario incorporar la perspectiva de género en los planes integrales de salud. Entre sus argumentos encontramos:

“Frente a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres (englobadas en el término sexo), el término género alude a la condición social que establece las pautas de comportamiento y actitudes consideradas como apropiadas y diferentes para unas y otros. Estas pautas son aprendidas (...)

Esas diferencias tienen implicaciones en su salud (...) también en sus intervenciones sanitarias (...)

Introducir la perspectiva de género en el análisis de la salud supone reconocer la existencia en el estado de salud de mujeres y hombres, que trasciende las causas biológicas (...) las diferencias se convierten en desigualdades, pues en su génesis se encuentran unas relaciones de poder desigual entre hombres y mujeres (...)” (Amo, 2008:17).

Todavía queda mucho por hacer, pero aplicar las recomendaciones que desde los referentes científicos nos aconsejan es un primer paso, sin olvidar: que la comunidad científica está formada por personas, con sus sesgos personales y sociales y que la ciencia “es una construcción social, por lo tanto influenciada por intereses políticos, económicos, ideológicos y sociales...” (Valls, 2008:150) y todo ello fruto de un momento histórico determinado. Pero tal y como afirma Sara Velasco “la vinculación del concepto de género con el área de conocimiento de la salud es relativamente reciente (...) el uso del binomio salud y género está lejos de contar con un marco unitario y bien definido” (Velasco, 2006:3).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Amo, Mercedes. (2008). Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los planes integrales de salud. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud.
- Abellán, Antonio y Pujol, Rogelio. (2013). “Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Indicadores estadísticos básicos”.

Informes Envejecimiento en red. nº 1.

- Bover-Bover, A. (2006). El impacto de cuidar en el bienestar percibido por mujeres y varones de mediana edad: una perspectiva de género. *Enfermería clínica*, 16 (2), 69-76.
- Cala, M^a Jesús y Trigo, Eva. (2004). En Barbera, Ester y Martínez, Isabel. (coordinadoras) (2004). *Psicología y Género* (pp.81-106). Madrid: Pearson.
- Crespo López, M. y López Martínez, J. (2008). Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. *IMSERSO* (35), 1-33.
- García-Calvente, M., Mateo-Rodríguez, I., y Maroto- Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta sanitaria*, 18 (2), 83-92.
- De los Reyes, MC. (2001). Construyendo el concepto cuidador de ancianos. Curitiba. Brazil. Recuperado en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/docsPDF/Regiones/Mercosur/Brasil/06CuidadoresdeAncianos.pdf>
- López, Begoña, Casado, Rosa, Brea, Mayte y Arias, Esperanza. (2012). Características de la provisión de cuidados a las personas dependientes. *Nure Investigación*. (56). Disponible en http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE56_original_provisdep20122011125056.pdf
- Marjorie L. Devault y Gross, Glenda. (2007). *Feminist Interviewing: Experience, Talk and Knowledge*. In Sharlene N. Hesse-Biber (Ed.). *Handbook of Feminist Research*. (pp. 173-192). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Martínez-Bellonch, Isabel y Bonilla, Amparo. (2000). *Sistema sexo/genero, identidades y construcción de la subjetividad*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Úbeda, Inmaculada. (2009). *Calidad de vida de los cuidadores familiares: evaluación mediante un doctorado (tesis doctoral)*. Escuela de enfermería de la Universidad de Barcelona. Barcelona. Recuperado en: http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2081/IUB_TESIS.pdf;jsessionid=8EB7300C3D7780DB4CC1575BE6095C1B.tdx2?sequence=1
- Velasco, Sara. (2006). *Evolución de los enfoques de género en salud. Intersección de teorías de la salud y teoría feministas*. Material docente del diploma de Especialización de Género y Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo e Instituto de la Mujer.

AUTORES/AUTHORS:

Montserrat Martí Cavallé, Mar Lleixá Fortuño, Carme Ferré Grau, Nuria Albacar Riobóo, Montserrat Boqué Cavallé, Virtudes Rodero Sánchez, Carme Vives Relats, José Ramón Martínez Riera, Dolores Saavedra Llobregat

TÍTULO/TITLE:

Perfil de la cuidadora de pacientes crónicos en Terres de l'Ebre

Introducción:

En el primer estudio exhaustivo realizado en nuestro país por el IMSERSO (1) sobre el cuidador informal de las personas mayores se hace relevante el malestar, especialmente en las áreas que hacen referencia a la limitación del tiempo libre, la reducción de las actividades sociales, el deterioro de la propia salud, los sentimientos de malestar, los problemas laborales y las alteraciones en la vida familiar.

El cuidar se convierte en una rutina diaria que ocupa gran parte de los recursos y las energías del cuidador. La prestación de cuidados no se reparte de forma equitativa entre los miembros de la familia, sino que uno toma la mayor responsabilidad, convirtiéndose en el cuidador principal (2).

Los resultados presentados forman parte de un estudio piloto de la primera fase del proyecto "Cuidadoras 2.0": efectividad de un programa de apoyo 2.0 para cuidadoras no profesionales de pacientes crónicos" nº expediente: PI 12/01224, financiado en la convocatoria 2012 por el Instituto de Salud Carlos III y cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional.

Objetivos:

- Identificar el perfil de las cuidadoras de pacientes crónicos
- Describir las variables socio demográficas

Métodos: estudio piloto, diseño descriptivo y transversal, metodología cuantitativa basado uso cuestionario de recogida de datos elaborado para este estudio. Se solicitó permiso al comité de ética del Hospital Juan XXIII y consentimiento informado a todas las participantes. Se efectuó la recogida de datos durante los meses de marzo a mayo del 2013, se detectaron a las cuidadoras de los pacientes dependientes ingresados en las unidades de hospitalización del Hospital de Tortosa Verge de la Cinta de Tarragona y se les informaba e invitaba a participar en el estudio.

Resultados:

El número de encuestas válidas fue de 50, el trabajo nos ha permitido identificar un cuidador informal en que:

La media de edad es de 54,4 años, los rangos oscilan entre 24 y 76 años.

El 78% (39) son mujeres y el resto hombres.

Un 66% están casados o viven en pareja.

La actividad laboral: el 38,3% (18) de los casos son amas de casa; un 19,1% (9) están actualmente en paro; un 36,1% (17) trabajan fuera de casa y un 6,4% (3) están jubilados.

El nivel de estudios: un 40,8 (20) estudios primarios; un 44,9% (21) estudios de nivel medio; el 10,2% (5) ha cursado estudios universitarios; un 4,1% (2) no sabe leer ni escribir.

El 38% (19) manifiestan tener problemas de salud. En el 18% de los casos son problemas osteomusculares, un 10% metabólicos y un 18% de tipo degenerativo. Del total de la muestra, un 14% (7) manifiestan problemas psicológicos.

Un 59,9% (29) toman medicación diariamente, el 26,55 (13) de manera ocasional. Un 86% (43) toma medicación para dormir.

En un 22,9% (11) de los casos la persona a la que cuidan es la pareja, un 60,5% (29) a los padres y un 16,7% (8) a otros que no son

hijos.

Un 46,8% (22) cuidan además a otras personas a parte del dependiente.

El 77,1%(37) manifiesta que la relación con la persona que cuida es agradable.

Un 46,5% (20) les hacen cuidados integrales.

Un 26,5% (13) llevan menos de un año como cuidadores principales informales.

Un 69,3% (27) dedica más de 12 horas a la función de cuidar.

Un 14,9% (7) ha tenido que dejar de trabajar fuera de casa para dedicarse a cuidar

Un 54,1% (20) ha tenido que adaptar sus ocupaciones habituales.

El 71,7% (33) tienen algún tipo de ayuda, de las cuales un 63,6% (21) son de familiares. En un 56,5% (26) piensan que reciben ayuda suficiente.

Un 93,6% (44) manifiestan el deseo de compartir sentimientos y emociones.

Un 66,6% (33) disponen de personas con quien poder hablar de sus problemas y un 33,16% (17) no

Un 93,7% (45) piensan que cada vez tienen menos tiempo para su dedicación personal.

Discusión:

Los resultados obtenidos describen el perfil típico de quienes cuidan en España puede sintetizarse en la fórmula: género femenino 78% y número singular, tal como manifiestan diversos estudios e informes entre ellos destacar los datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 1

Llama la atención que a pesar de que un 38% manifiesta tener algún problema de salud, un 85% toma medicación habitualmente, ello puede ser debido a poca consciencia de enfermedad e incluso al poco tiempo para dedicarse a uno mismo. En el estudio sobre Cuidados y Cuidadores en el Sistema Informal de Salud (3) se puede observar que son las cuidadoras mujeres las que mostraban una salud del cuidador principal percibida negativa en un 67,4%, superior a los datos obtenidos en nuestro estudio.

El hecho de que la cuidadora sea mujer conlleva a que además tienen otras personas a su cargo aumentando la sobrecarga que ello conlleva. La mayoría de las cuidadoras manifiestan tener una relación agradable con la persona cuidada aunque al hablar algo más si expresaban aspectos difíciles o desagradables, parece que es difícil aceptar y verbalizar el tener una relación difícil con la persona cuidada.

La mayoría de las cuidadoras 77% dedican más de 12 h al cuidado, el 72% recibe ayuda y más de la mitad están satisfechos con esta ayuda, a pesar de estos resultados es importante reclamar el mantener y/o aumentar las ayudas disponibles a estas personas ya que también sabemos que el hecho de tener una ayuda es un efecto modulador de la sobrecarga y también en el mantenimiento de la calidad de vida.

Casi todas manifiestan tener la necesidad de compartir sentimientos y emociones, por ello es importante ofrecer soporte y espacios a las cuidadoras para que puedan expresar sus vivencias relacionadas con el acto de cuidar.

Implicaciones para la práctica

El realizar esta primera fase diagnóstica del proyecto, en la que se identifica el perfil y se detectan necesidades de información de las cuidadoras principales; nos sirve de punto de partida para elaborar estrategias para ayudar a las cuidadoras. Un ejemplo de ello es el proyecto de diseñar una comunidad virtual, dirigida a ofrecer soporte y apoyo a las cuidadoras que permitirá el acceso desde sus propios domicilios al recurso, y donde podrán compartir sus experiencias.

Es vital visibilizar el trabajo, implicación y necesidad de ayudar a las cuidadoras, y que los gestores sanitarios coordinen y doten de recursos a la ley de dependencia. Es importante reconocer el esfuerzo y dedicación constante que realizan las cuidadoras, creemos que ello sin duda esto influirá en la mejorar su bienestar y calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

- (1) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles El entorno familiar. Col. Estudios. Serie Dependencia. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2005.
- (2) Ferré C, Cid MD, Rodero V, Vives C. El mundo del cuidador familiar: una visión teórica y un modelo práctico. Tarragona: Silva; 2008.
- (3) García M, Mateo, I y Gutiérrez, P. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública e Instituto Andaluz de la Mujer; 1999.

AUTORES/AUTHORS:

Inmaculada Lancharro Tavera, Eugenia Gil García, Almudena Arroyo Rodríguez, Rocío Romero Serrano, Isabel M^a Calvo Cabrera, M^a Socorro Morillo Martín

TÍTULO/TITLE:

OPINIONES Y DISCURSOS DE LAS MUJERES EN TORNO AL PLAN DE ATENCIÓN A CUIDADORAS FAMILIARES EN ANDALUCÍA.

Dentro del Estado Español, la Comunidad Autónoma de Andalucía, cumpliendo con el Decreto 137/2002 de Apoyo a las Familias Andaluzas, implantó medidas a favor de los mayores y las personas con discapacidad, entre las que se encuentran potenciar y mejorar los cuidados a domicilio. A partir de la entrada en vigor de dicho Decreto, se han ido ofreciendo una serie de medidas concretas para la mejora de la atención a las cuidadoras. En este marco, nacen determinados Planes de salud, como el Plan de Atención a Cuidadoras Familiares en Andalucía, aprobado en marzo de 2005, donde se recogen medidas implementadas para la mejora de la atención a las cuidadoras.

Objetivo

Analizar las opiniones y satisfacción de las mujeres beneficiarias del Plan de Atención a Cuidadoras Familiares en Andalucía, tras la implantación en 2005.

Método

Estudio de corte cualitativo con diseño fenomenológico según Salgado (2007), a través de entrevistas semi-estructuradas y de ámbito comunitario que centra el interés en analizar las experiencias subjetivas de las personas participantes sobre la experiencia cotidiana del cuidado relacionada con las prestaciones que contempla el Plan. Con ello, se aspira a describir el fenómeno del cuidado desde el punto de vista de las mujeres cuidadoras.

Para la selección de las ocho cuidadoras beneficiarias del Plan y ubicadas en la provincia de Sevilla, se ha seguido un muestreo en bola de nieve. La selección se basó en aspectos teóricos, siendo la identidad de las informantes mujeres y la identidad de la persona cuidada personas dependientes, unidas por lazos familiares. Las entrevistas tuvieron lugar en los domicilios familiares de las participantes, entre los meses de septiembre y noviembre de 2012. Las cuidadoras fueron informadas del procedimiento y firmaron el consentimiento informado, siendo relevante los aspectos éticos durante el transcurso de la investigación.

Nos hemos basado en un análisis cualitativo pragmático según Bolívar en Tójar (2006) y con el soporte del software informático Atlas-ti versión 5[®]. Implica un análisis previo donde aparecen los primeros temas, después la preparación del material, en unidades de significación clasificadas en categorías y subcategorías, y finalmente la transformación en tesis. Conlleva las siguientes fases: la aparición progresiva de temas analíticos; el desarrollo de categorías emergentes y contraste entre ellas; y la transformación de categorías emergentes en tesis (Shaw, 2003; Hsieh, 2010).

Las dimensiones definidas son: ayudas recibidas, evaluación de las mismas y contribución al mantenimiento o aumento de la calidad de vida. Para determinar la fiabilidad de los datos se triangularon los mismos.

Resultados**Ayudas recibidas y evaluación**

Las cuidadoras vierten su percepción sobre las ayudas recibidas y la evaluación de las medidas de apoyo que contempla el Plan. Manifiestan un acceso asequible a los profesionales de los Centros de Salud, acompañado de un trato comprensivo basado en una relación de empatía por parte de los mismos. En relación al acceso, al trato y a la adecuación horaria de los profesionales sanitarios de Atención Primaria, Isabel recoge:

“Hasta ahora sí, sin ningún problema, cuando nos atienden se muestran comprensivos con la situación que estamos viviendo, y si yo veo que necesito contactar porque tengo que hacerle alguna pregunta llamo y me pasan con la enfermera o el médico, según lo que

necesite" (Isabel)

Por otro lado, la atención y el trato recibido contemplan situaciones en las que el familiar cuidado fallece, por lo que también reciben prestaciones en la atención al duelo. El siguiente ejemplo lo recoge:

"La verdad es que sí, que el trato es muy comprensivo, sobre todo cuando más lo necesité, que es cuando mi madre estaba terminal, tenía un cáncer terminal, muchísima ayuda de la enfermera que estaba al cargo de mi madre, me llamaban por teléfono para preguntar cómo estaba ella y cómo estaba yo" (Carmen)

Todas las cuidadoras familiares que participan en nuestro estudio afirman conocer que se realizan talleres de apoyo. Coincide a grandes rasgos que las mujeres que no participan, tienen una peor valoración de sí mismas. Las cuidadoras familiares que asisten a los talleres de apoyo con asiduidad valoran y evalúan con un grado de satisfacción elevado su participación. Inciden en la importancia del fomento de relaciones sociales fuera del entorno diario, así como que reciben apoyo emocional por parte de los profesionales y de otras mujeres que se encuentran en la misma situación. Las relaciones sociales afirman las cuidadoras que se encuentran limitadas cuando se cuida de un familiar dependiente, por lo que recibir talleres de apoyo que fomenten la autoestima ofreciendo apoyo emocional está valorado de manera positiva. Así lo expresan Manuela y Rosa, informantes claves en nuestro estudio:

"Tenemos reuniones con el enfermero de enlace y desde entonces hicimos también un taller de autoestima y me vino muy bien porque yo he estado muy deprimida y agobiada, y la verdad me ha venido estupendamente, de hecho a otras personas que yo conozco y que son cuidadoras y se sienten un poco agobiadas, se lo he recomendado porque se conoce a otras personas que tienen el mismo problema que tú, entonces la verdad es que te ayuda" (Manuela)

"He estado en varias, y comunicarme con las cuidadoras, informarme, que casi todo es igual, pues la verdad es que sí que me aporta, siempre estar charlando con alguien que te entiende pues es bueno. En los talleres para que te enseñen a cómo cuidar no he estado, yo he estado en los que hemos hablado de la autoestima, en los otros no, mi enfermera, me ha ayudado mucho, cuando ha venido me ha explicado cómo moverla o darle de comer para que la comida le siente bien" (Rosa)

En relación al material de apoyo en el domicilio, afirman que la demanda de los mismos en líneas generales se ha mantenido cubierta por los Centros de Salud, aunque en ocasiones se ha visto reforzada por ayuntamientos y asociaciones religiosas, entre otros:

"Tengo el andador, no ha costado nada tenerlo, porque ha salido de hospital con él, la silla pertenece a las Madres Carmelitas de aquí del pueblo, porque vi, que necesitaba una silla, y se lo dije, la cama articulada es cedida, y el oxígeno, fue ágil, el colchón lo tengo porque viene con la cama" (Joaquina)

"En un principio el andador, después con la silla, ya después el cojín, que lo devolvimos cuando ya se quedó en la cama, y ahora ya después del cojín nos preparó la cama, que era de manivela, la antigua, eran unas camas que tenía el ayuntamiento y se lo dijimos al enfermero y hace 3 meses que tenemos la cama con mando" (M^a del Carmen)

Mantenimiento o aumento de la calidad de vida

El Plan de Atención a Cuidadoras Familiares en Andalucía se marca como objetivo general, mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de las mujeres cuidadoras. En este sentido, las cuidadoras familiares afirman recibir las prestaciones del Plan, existiendo un reconocimiento expreso en sus relatos al mantenimiento y/o mejora de la calidad de vida. Así lo refleja una de nuestras informantes claves:

"Por supuesto, te hace sentirte más relajada, más tranquila, sabes que en un momento determinado ante cualquier problema, están allí, si no pueden venir te ayudan por teléfono, la verdad que te solucionan, me refiero que si no sabes cómo actuar tú coges el teléfono te lo cogen de inmediato y le dices tengo este problema. Es una labor muy importante" (Rosario)

En este mismo sentido se expresa Victoria:

"Yo creo que aumenta mi calidad de vida, yo pienso que si ellos te ofrecen, aunque sea charlar, es bueno, de vez en cuando, hace falta que hables con alguien, que no sea tu entorno, porque tu entorno ya lo sabe y todo el mundo no lo sabe y tampoco lo entiende y

hay gente que dice, que tontería eso, una charla, todo lo que van a decir lo sé yo demás, bueno pero yo digo que está bien compartirlo" (Victoria)

Discusión

De manera reciente, España está incorporándose a la formulación de políticas que contribuyan al apoyo a cuidadoras, observándose un desigual desarrollo según las distintas autonomías. Estas políticas se encuentran centradas en el apoyo a la familia, principal proveedora de cuidados (García-Calvente, Mateo-Rodríguez y Eguiguren, 2004). Actualmente las mujeres siguen desarrollando esta labor, por lo que el análisis de género debe ofrecernos las claves y mostrarnos a su vez las deficiencias del abordaje clínico tradicional (Blanco, 2004).

Las aportaciones del presente estudio sobre la percepción que tienen las mujeres cuidadoras sobre las prestaciones recibidas a través del Plan no son comparables, ya que a nivel nacional no se han encontrado investigaciones similares. La evaluación de estas políticas, midiendo su impacto en la equidad de género, es uno de los retos pendientes. Nuestro estudio se centra en las recomendaciones que tratan de potenciar la evaluación de los servicios de apoyo a cuidadoras y, valorando sus consecuencias en términos de equidad de género. Así es como la implementación de políticas que incluyan la situación de las mujeres cubriendo las necesidades que demanda, el trabajo de cuidados, se hace necesaria para responsabilizar al conjunto de la sociedad (García-Calvente et ál.; 2004, (Carrasco, Mayordomo, Domínguez y Alabart, 2004). En ocasiones, los talleres de apoyo dirigidos a la población cuidadora ofrecen contenidos cuyos objetivos se centran en dar mayor información a las mujeres para que aumente la calidad de vida del enfermo. De esta manera se confina a la mujer a su rol de cuidadora (Blanco, 2004).

Se trata de estrategias de apoyo desde el sistema formal para cuidar a las personas que cuidan, en un intento por avanzar desde el modelo de cuidadora recurso (que optimiza la atención a la persona dependiente) al modelo de cuidadora cliente (secundaria de los servicios formales), integrando tres niveles de actuación, la articulación de políticas de salud que contemplen a las cuidadoras como ciudadanas, la práctica profesional que implique a la cuidadora como usuaria del sistema, pasando por la planificación y organización de servicios, donde resulta clave la evaluación de servicios y programas (García-Calvente et ál., 2004). Las cuidadoras principales se convierten así en usuarias de los servicios sociales, ya que generan la demanda de servicios, los utilizan y conforman la opinión acerca de la calidad de los servicios que reciben (Cruz-Escobosa, 2006).

Empero se hace necesario el examen para contemplar en términos de equidad, cómo las políticas y acciones de apoyo afectan a las mujeres (García-Calvente et ál., 2004). Es por ello, que se plantea que para el goce de la salud como derecho constitucional, una condición necesaria es la equidad de género (Félix et ál., 2012). Así es como, los profesionales de la salud, en especial los profesionales de la enfermería, requieren de una formación que sea acorde para que les permita atender con efectividad a la población cuidadora como sujeto de atención (Salas en Félix et ál., 2012). Un espacio para la puesta en práctica sería a través del trabajo grupal con las cuidadoras. En el grupo se debe centrar la atención en ofrecer la información a las mujeres para que entiendan que la asignación del cuidado es un mandato social, que aprendan a cuidarse escuchando las propias necesidades y que puedan expresarse y aceptar las emociones que se generan al cuidar de un familiar enfermo. Descubrir que sus problemas no son solo individuales, sino también sociales (Blanco, 2004).

Es necesario atender a la población con acciones afirmativas y actuar en consecuencia si queremos conseguir que los servicios no incrementen las desigualdades entre hombres y mujeres, para pasar de la igualdad a la equidad en el reparto de roles. En consecuencia, la formación de los profesionales de enfermería debe incorporar la perspectiva de género para brindar un cuidado de calidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

-Blanco, P. (2004). La atención de las mujeres que acuden con frecuencia a nuestras consultas. Necesidad de incorporar el análisis de género. *Salud 2000*, 95,23-27.

- Carrasco, C., Mayordomo, M., Domínguez, M. y Alabart, A. (2004). Trabajo con mirada de mujer. Propuesta de una encuesta de población activa no androcéntrica. Madrid: Consejo Económico y Social.
- Cruz-Escobosa, MI., Sorroche-Rodríguez, JF. y Prados-García, F. (2006). Percepción y expectativas de cuidadoras de niños con gran discapacidad: Sobre la atención sanitaria recibida. *Index Enferm.*, 15(54): 15-19.
- Félix, A., Aguilar, RM., Martínez, ML., Ávila, H., Vázquez, L. y Gutiérrez, G (2012). Bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional: una perspectiva de género. *Cultura de los Cuidado*, 16(33), 81-88.
- García-Calvente, MM., Mateo-Rodríguez, I. y Eguiguren, A. (2004). El sistema informal de los cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sanit.*, 18(1), 132-139.
- Hsieh, HF. y Shannon, SE. (2010). *Three Approaches to Qualitative Content Analysis*. Texas: Sage. doi: 10.1177/1049732305276687. "Recuperado de: <http://qhr.sagepub.com/cgi/content/abstract/15/9/127>"
- Plan de Atención a Cuidadoras Familiares en Andalucía (2005). Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. "Recuperado de: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/PlanAtencionCuidadoras/PlanACFamiliares.pdf>"
- Salgado, AC. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit.*, 13, 71-78.
- Shaw, IF. (2003). *La evaluación cualitativa. Introducción a los métodos cualitativos*. Barcelona: Paidós.
- Tójar, JC. (2006). *Investigación cualitativa. Comprender y actuar*. Madrid: La Muralla.

AUTORES/AUTHORS:

Maria de Fátima Santos Rosado Marques, Manuel José Lopes

TÍTULO/TITLE:

El cuidador familiar de la persona con depresión

La depresión es probablemente la más antigua y una de las enfermedades más comúnmente diagnosticadas de la mente. Sus síntomas se han descrito casi tanto tiempo como la evidencia de la documentación escrita (Townsend, 2002), hay casos reportados cerca de 3000 años.

Clasificada como un trastorno del humor (CIE 10), la depresión es considerada en la actualidad un grave problema de salud pública, pela forma como puede deteriorar la cualidad de vida de los pacientes y por las implicaciones familiares y sociales que envuelve. Por eso, la depresión es el centro de atención de los profesionales e investigadores que trabajan en el campo de la salud mental. Considerada como la principal causa de discapacidad en el mundo, tiene una fuerte expresión de la incidencia y prevalencia, alcanzando el cuarto lugar entre todas las enfermedades, y aún se espera una tendencia creciente de esta enfermedad en los próximos 20 años (OMS, 2001).

De acuerdo con la European Alliance Against Depression (EAAD, 2012), se estima que 18,4 millones de europeos sufren de depresión. Un estudio de salud mental realizado en Portugal (2010), a revelado que 7,9% de la población tenía perturbaciones depresivas, siendo este resultado superior a la media de los países europeos.

Fenómeno universal, la depresión puede afectar a personas de ambos sexos, de cualquier edad, de cualquier clase social, nivel de educación, nivel cultural, religión y ideología (Silva, 2012). No se limita a llegar sólo a la persona enferma, pero también a su familia, causando graves problemas en la dinámica personal, familiar y social.

De acuerdo con las actuales políticas de salud mental en Portugal y el Plan Nacional de Salud Mental 2007-2016, el internamiento en unidades de salud se considera un recurso de última línea y, como tal, es en el contexto familiar y social que la persona vive su depresión. Los familiares, a través de una actitud pro activa, deben adoptar un papel destacado y ser vistos como aliados importantes en la prestación de cuidados.

Este rol no es pasivo y tiene consecuencias importantes, sobre todo en los estilos de vida y las relaciones interpersonales (Ballester Ferrando et. Al., 2006).

Es esperado que los familiares se asuman como cuidadores informales de una persona, cuya situación clínica no conocen y para la cual no están preparados, por no saber lo que hacer. Se les pide que cuiden. ¿Pero como lo hacen?

Como las experiencias de los sujetos sólo se conocen si son reveladas por él, sentimos la necesidad de investigar con el fin de entender el modo de cuidar. El deseo de entender algo, surge como resultado de una inquietud para la qual no tenemos respuesta concreta y satisfactoria. Por lo tanto, hemos formulado una pregunta guía, que según Quivy y Campenhoudt (1992) no es más que un intento de expresar con la mayor fidelidad posible, lo que buscamos conocer y / o entender: <br

¿De qué manera el familiar cuida de la persona con la depresión?

Definimos los siguientes objetivos: caracterizar la depresión en la perspectiva del familiar; identificar los efectos de la conducta del paciente en el familiar; describir las estrategias utilizadas por el familiar para cuidar del paciente con depresión.

Método: El diseño de la investigación es de naturaleza cualitativa, donde el investigador tiene como preocupación la comprensión absoluta y amplia del fenómeno en cuestión, a través de la descripción e interpretación de lo mismo (Fortin, 1999).

La investigación cualitativa se refiere a los procesos que no son objeto de una medida experimental en términos de cantidad, intensidad o frecuencia, sino que se basa en la suposición de que la realidad se construye socialmente en las relaciones entre el investigador y el objeto de la investigación, y las limitaciones situacionales que influyen en el proceso (Quartilho, 2001). De acuerdo con el diseño de la investigación, hemos utilizado la teoría fundamentada como método de estructuración de la investigación, que es

sobre todo inductiva ya que busca generar teoría a partir de los datos recogidos en el campo, y no centra su análisis sobre la base de teorías preexistentes (Fortin, 1999).

La investigación tuvo lugar en dos polos de las consultas externas del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital de Évora, Portugal, en dos ciudades diferentes, durante el mes de Febrero y Julio, 2009. La selección de participantes se hizo mediante la muestra no probabilística intencional de acuerdo con los siguientes criterios: ser familiar de una persona con diagnóstico clínico de reacción depresiva breve o prolongada (CIE-9); vivir con el paciente que sufre de depresión; tener capacidad cognitiva que permite la recogida de información; participación voluntaria en el estudio.

Hemos seleccionado todos los individuos a que tuvimos acceso durante los meses mencionados anteriormente, de acuerdo con los criterios de selección definidos. Así en la consulta, y después de comprobar el diagnóstico médico (criterios de selección), fueron abordados 13 pacientes e invitados a participar en el estudio. Se le reveló el propósito y los objetivos del mismo y 8 accedieron a participar, representando cada uno una familia, lo que correspondió a un total de 20 participantes. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas narrativas semi-estructuradas, que fueron grabados en formato de audio con la grabadora y transcritas por mí. Todas las entrevistas se llevaron a cabo en los hogares de las personas, se respetaron todos los procedimientos éticos que la investigación requería y los participantes llenaron el consentimiento por escrito.

Fueron entrevistados 12 familiares, 9 hombres con una media de edad de 40 años y 3 mujeres con una media de edad de 33 años.

Resultados: la codificación axial nos permitió identificar 3 categorías: 1ª categoría - características de la depresión- Para el familiar la depresión es una enfermedad extraña que a veces no parece ser una enfermedad, sino más bien una falta de voluntad para hacer algo; el paciente tiene un comportamiento conflictivo e inconstante, deja de invertir en las relaciones familiares, se aísla y deja de hacer las tareas del hogar; el paciente no hace un esfuerzo por mejorar.

2ª categoría - cambios en los familiares -hay cambios en los roles, los niños asumen el papel de los padres y los hombres el papel de las mujeres. Los miembros de la familia están tristes, y algunos tienen manifestaciones somáticas y comportamientos depresivos. No comprenden lo que está sucediendo y no saben cómo manejar la situación. Los niños tienen fracaso escolar y los adultos tienen falta de concentración en el trabajo. Los miembros de la familia saben que su comportamiento ha cambiado, hay menos diálogo, tienen menos tolerancia e se irritan más fácilmente.

3ª categoría - estrategias de cuidado- hay dos estrategias para el cuidado: la comprensión y el conflicto. La comprensión es utilizada por los niños, a través de palabras de aliento, demostraciones de afecto, pequeños juegos y bromas. El conflicto es utilizado por los adultos obligando al paciente a realizar las actividades del hogar, a participar en actividades sociales y asumir su papel en la familia. El conflicto es una forma de estimular y ayudar al paciente a superar su depresión, porque el familiar cree que el paciente es demasiado pasivo.

Discusión: Cuando hay una persona con depresión en la familia todo cambia y los familiares tienen que cuidarla, porque el hospital es un recurso de última línea y es en el hogar que el paciente se queda. Pero la familia no sabe cómo hacerlo y de hecho las enfermeras no prestan mucha atención a los cuidadores. Los familiares hacen lo que les parece más adecuado, viven momentos de ansiedad porque no saben si están haciendo las cosas bien.

Es necesario que las enfermeras conozcan las dificultades que enfrentan las familias para que puedan ayudar a cuidar de su familiar con depresión, a través del ensino de lo que es la depresión, sus manifestaciones, tratamiento y su pronóstico. Junto con los miembros de la familia, las enfermeras pueden ayudar a definir los planes de acción para la adaptación al rol de cuidador. Ayudar al cuidador a cuidar en armonía es una función de enfermería que se traduce en beneficios en la salud y el bienestar de la familia

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BALLESTER, Ferrando D [et.al] - Cambios en los cuidadores informales en cuanto a estilos de vida, relaciones y alteraciones de salud mental. Revista Presencia vol 2, nº4, 2006

- FORTIN, Marie-Fabienne - El proceso de investigación: de la concepción a la realización. México:McGraw-Hill Interamericana,1999
- GONZÁLEZ, Luz Angélica Muñoz [et al] – Vivencia de los cuidadores familiares de adultos mayores que sufren depresión. Revista Escuela Enfermería USP vol 1, nº44, 2010, p.32-39
- HIGHET, Nicole J. [et.al.] - How much more can we lose?: carer and family perspectives on living with a person with depression. The Medical Journal of Australia.Sydney. 181,7,2004
- MELEIS, A. I. – Transitions Theory. Middle. Springer Publishing Company, 2010
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL da SAÚDE-Relatório Mundial da Saúde 2001. Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança. Lisboa: Climepsi Editores.2002
- PERA, Pilar Isla-El cuidador familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. Cultura de los Cuidados –Universidad de Alicante, año 4, nº7 y 8, 1º y 2º semestres,2000,(pp.187-194)
- PEREIRA, Isabel Carvalho Beato Ferraz; SILVA, Abel Avelino de Paiva- Ser cuidador familiar: a percepção do exercício do papel. Pensar Enfermagem Vol. 16 Nº1 1º semestre,2012 (pp.54-42)
- PORTUGAL, Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental.Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo. Lisboa,2008
- Disponível em http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm_planonacionalsaudemental2007-2016__resumoexecutivo.pdf
- QUARTILHO, Manuel João Rodrigues-Cultura, Medicina e Psiquiatria: do sintoma à experiência. Coimbra: Quarteto Editora,2001
- SILVA, Natália Chantal Magalhaes[et.al]-Respuestas de la persona adulta mayor frente a la depresión: revisión integrativa. Desarrollo Científico Enfermería. Vol.20 nº2 marzo,2012 (pp.46-50)
- TOWNSEND, M. C.-Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados. Rio de Janeiro: Guanabara,2002
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision,2011

AUTORES/AUTHORS:

Marta Farré Almacellas, Adela Abalegui Yárnoz, Ester Risco Vilarrasau, Carmen Alvira Balada

TÍTULO/TITLE:

COSTES DE LOS CUIDADOS DE LOS PACIENTES CON DEMENCIA

OBJETIVO.

Analizar los costes directos e indirectos de los cuidados de los pacientes con demencia que viven en su domicilio con un Cuidador Informal, en relación al grado cognitivo

MÉTODOLOGIA

Estudio descriptivo con seguimiento prospectivo de la cohorte obtenida. Emplazamiento: pacientes procedentes de tres centros de salud (CS) públicos y urbanos de atención primaria vinculados a un hospital de tercer nivel con una población asignada de 110.000 habitantes. Criterios de inclusión: (1) pacientes mayores de 65 años incluidos en un programa de Atención Domiciliaria (programa ATDOM), (2) diagnosticados de demencia, (3) con un Minimental (MMSE) de 24 puntos o menor y (4) sus Cuidadores Informales residentes en sus domicilios. Instrumentos: encuesta estructurada validada con escalas específicas para la población de estudio; se utilizó el cuestionario RUD sobre utilización de recursos directos e indirectos de la atención sociosanitaria en la demencia (Wimo A, et al, 2007) y el tiempo empleado en el cuidado del paciente según las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Los datos se recogieron de forma prospectiva al inicio y a los tres meses de seguimiento. El estudio forma parte del proyecto europeo "Right-Time-Place-Care" (RTPC) (SALUD –F3- 2010-242153), financiado por el 7º programa marco de la Unión Europea (2010- junio 2013) con participación de 8 países europeos.

RESULTADOS.

Se incluyeron 152 casos y sus respectivos Cuidadores Informales. Pacientes: 100(65,8%) eran mujeres; edad media de 82,3 años (DE 7,5) y 4,9 años (DE 3,5) de evolución de su demencia. Estado civil: 87 (57,2%) casados, 57 viudo/as (37,5%). Cuidadores Informales (CI): 107(70,4%) son mujeres, con una edad media de 66,1 años (DE 13,7). Relación del CI con el paciente: maridos 35(23%), esposas 40(26,3%), hijo/a 53(34,9%). Ciento uno (66,4%) de los CI no tiene un trabajo remunerado, y de los que trabajan, 13 de 39 (33%) tuvo que reducir su jornada laboral semanal en 8,2 horas (DE 6,5) por sus responsabilidades como cuidador. En 23/39 (58.9%) de los CI perdieron un día completo de trabajo semanal. El CI dedicó 179,7 horas/mes a las AVD del paciente, de las que 107(59,5%) eran actividades instrumentales. Los costes totales mensuales del cuidado informal ascienden a 1.057€ (DE 784,2), costes que llegan a los 1.261 € mensuales (DE 805,7€) cuando se trata de un deterioro cognitivo severo (MMSE <= 9 puntos). Ciento once CI (73%) reciben medicación crónica

DISCUSIÓN.

La mayoría de estudios de costes de esta enfermedad demuestran que el coste social representa entre un 70% y 90% del coste total, y que un 87% de estos costes son asumidos por la familia. El grado de deterioro cognitivo se asocia claramente con el tiempo de cuidado empleado, y por lo tanto con un aumento del coste de atención. El estudio nos muestra un cuidador cuyo perfil es mujer, de avanzada edad, y con una gran repercusión no solo económica sino psicosocial. El conocimiento de los costes de esta

enfermedad puede ayudar a la Administración a decidir como afrontarla, optimizando los recursos mediante una buena gestión de los recursos sociales. Existen diferencias culturales en las personas mayores, y en España como en otros países mediterráneos son los que más tiempo en casa. Los recursos del gobierno que tienen que ayudar a promover este mediante mas recursos sociales y fondo para los programas de atención primaria. Por último es necesario realizar más estudios de coste-efectividad, coste-benefició y eficiencia, para el conocimiento de alternativas, así como consensuar la metodología para la evaluación de costes indirectos, los cuales forman una gran parte del coste total de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bermejo-Pareja F, Benito-León J, Vega S, Medrano MJ, Román GC. Incidence and subtypes of dementia in three elderly populations of central Spain. *J Neurol Sci.* 2008;264(1-2):63-72.

-López-Pousa S, Garre-Olmo J. La demencia: concepto y epidemiología. In: Alberca R, López-Pousa S, editors. *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias.* Madrid: Editorial Panamericana; 2010. p. 29-38.

- Wimo, A., Nordberg, G. Validity of assessment of time-comparisons of direct observations and estimates of time by the use of the RUD (Resource Utilization in Dementia)- instrument. *Arch Gerontol Geriatr* 2007; 44(1) 71-81.

- Molloy, D.W.,Alemayehu, E. and Roberts, R. Reliability of Standardized Mini-mental State Examination compared with the traditional Mini-mental State Examination.. *American Journal of Psychiatry* 1991; 148, 102-105.

- Wimo A, Wetterholm AL, Mastey V, Winblad B. Evaluation of the resource utilization and caregiver time in Anti-dementia drug trials - a quantitative battery. in: Wimo A, Karlsson G, Jönsson B, Winblad B (eds) . *The Health Economics of dementia*, 1998. Wiley´s, London, UK.

- López-Bastida J, Perestelo L., Serrano P., Oliva J. Socioeconomic costs and quality of life of people with Alzheimer disease in Canary Island. *Neurology* 2006; 67: 2186-2191.

Mesa de comunicaciones 9: Cuidados a pacientes críticos / Urgencias**Concurrent Session 9: Critical / Acute Care****AUTORES/AUTHORS:**

Montserrat Amigó Tadín, Santiago Nogué Xarau

TÍTULO/TITLE:

PRÁCTICA SEXUAL DE RIESGO Y DEMANDA DE PROFILAXIS PARA INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL AL SERVICIO DE URGENCIAS.

Objetivos: Analizar las características y coste sanitario de las consultas a urgencias en demanda de profilaxis para las infecciones de transmisión sexual tras una práctica sexual de riesgo.

Método: Durante 6 meses se han revisado las demandas de profilaxis atendidas en el servicio de urgencias del Hospital Clínic de Barcelona, tras una práctica sexual de riesgo. Se utilizaron como variables datos epidemiológicos, tipo de práctica, motivo de consulta, tratamiento profiláctico y su coste económico. Se excluyeron los pacientes que acudieron por haber sido víctimas de una agresión sexual, los casos con solicitud exclusiva de una anticoncepción postcoital y las consultas derivadas de una exposición laboral con líquidos biológicos del personal sanitario, o por pinchazo accidental. Para su análisis se empleo el paquete estadístico SPSS, tomando como nivel de significación un valor de $p < 0,005$.

Resultados: Se han incluido 189 pacientes, con una edad media de 32,5 (8,3) años. De ellos, 162 eran hombres (85,7%). El 67,2 % eran españoles, el 16,4% de otros países europeos y el 15,4% de otros países. Ciento trece casos (59,8%) eran hombres que tuvieron sexo con otro hombre (HSH), con pareja VIH positiva (30,7%) o de estatus serológico desconocido (61,9%). Usaron preservativo el 49,7% de los pacientes, pero consultaron por su rotura o pérdida el 45,5%. La penetración anal, activa o pasiva, fue la práctica sexual más frecuente (53,4%). El 85,2% recibió tratamiento profiláctico para el VIH con antirretrovirales durante 28 días, el 77,2% recibió también profilaxis antibiótica para otras infecciones de transmisión sexual y un 22,8% iniciaron inmunización para virus hepatotropos. No hubo diferencias en cuanto al consumo de psicofármacos/drogas y el uso o no del preservativo entre los diferentes colectivos, pero se halló significación estadística ($p < 0,001$) en el temor al contagio cuando no usaron preservativo, siendo el grupo de HSH de mayor edad y con mayor riesgo de transmisión del VIH que el grupo de heterosexuales. El coste medio de la visita y de la profilaxis administrada o prescrita en urgencias fue de 858,26 (274,75) euros.

Discusión: Las prácticas sexuales de riesgo son habituales en nuestro medio, principalmente entre HSH. La mayoría acude por una rotura del preservativo, pero casi la mitad de los pacientes no lo usan a pesar de desconocer el estado serológico de la pareja o incluso sabiendo que es portadora del VIH. Es necesario proseguir con campañas a favor del uso del preservativo en las prácticas de riesgo, y que las características del mismo garanticen su resistencia sin mermar las sensaciones asociadas al acto sexual.

Implicaciones para la práctica clínica: El sistema sanitario ha de garantizar la asistencia tras una relación de riesgo, pero al mismo tiempo debe hacer mucho más hincapié en la prevención previa a la relación que no en la posterior, ya que esta última tiene asociado un elevado gasto económico y un riesgo de efectos secundarios.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Panel de expertos de la secretaría del Plan Nacional Sobre el SIDA (SPNS), Grupo de estudio de SIDA (GESIDA), Centro de estudios epidemiológicos sobre ITS y el SIDA en Cataluña (CEEISCAT), Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP) y Asociación Española de Pediatría (AEP). Recomendaciones sobre profilaxis postexposición frente al VIH, VHB y VHC en adultos y niños. *Emergencias* 2009; 21:45-52.

Vargas-Leguas H, Garcia de Olalla P, Arando M, Armengol P, Barberá MJ et al. Lymphogranuloma venereum: a hidden emerging problem, Barcelona, 2011. *Euro Surveill* 2012; 17 (2): pii=20057.

Crosby R, Bounse S. Condom effectiveness: where are we now? *Sex Health* 2012; 9: 10-7.

Chen YH, Raymond HF, Grasso M, Nguyen B, Robertson T, McFarland W. Prevalence and predictors of conscious risk behavior among San Franciscan men who have sex with men. *AIDS Behav* 2012; marzo 6. PMID 22392158.

Hughes K, Bellis MA, Whelan G, Calafat A, Juan M, Blay N. Alcohol, drogas, sexo y violencia: riesgos y consecuencias para la salud entre los jóvenes turistas británicos en las Islas Baleares. *Adicciones* 2009; 21 (4): 265-78.

Matsuoka GD, Vega JM, Mazzotti G, Chávez JM, Mendoza D, Miranda C et al. Conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual en pacientes varones con trastornos psicóticos. *Actas Esp. Psiquiatr.* 2003, 31 (2): 73-78.

Crosby RA, Yarber WL, Sanders SA, Graham CA, McBride K, Milhausen RR et al. Men with broken condoms: who and why?. *Sex Transm Infect* 2007; 83: 71-5.

Holtgrave DR, Maulsby C, Kharfen M, Jia Y, Wu C, Opoku J et al. Cost-utility analysis of a female condom promotion program in Washington, DC. *AIDS Behav* 2012; 16: 1115-20.

Poynten IM, Smith DE, Cooper DA, Kaldor JM, Grulich AE. The public health impact of widespread availability of nonoccupational postexposure prophylaxis against HIV. *HIV Med* 2007; 8: 374-81.

Guinot D, Ho MT, Poynten IM, McAllister J, Pierce A, Pell C et al. Cost-effectiveness of HIV nonoccupational post-exposure prophylaxis in Australia. *HIV Med* 2009; 10: 199-208.

Pathela P, Braunstein SL, Schillinger JA, Shepard C, Sweeney M, Blank S. Men who have sex with men have a 140-fold higher risk for newly diagnosed HIV and syphilis compared with heterosexual men in New York City. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2011; 58: 408-16.

AUTORES/AUTHORS:

Zuila Maria Figueiredo Carvalho, Maria Goretti Soares Monteiro, Samira Rocha Magalhães, Raely Ramos Campos, Joyce Miná Albuquerque Coelho, Priscila Alencar Mendes Reis, Anisia Maria De Brito

TÍTULO/TITLE:

CONOCIMIENTO DE LOS ENFERMEROS SOBRE ACOGIDA CON CLASIFICACIÓN DE RIESGO EN URGENCIA Y EMERGENCIA

Introducción: La unidad de emergencia es considerada un ambiente estresante, donde constantemente se admiten pacientes en situación crítica con riesgo de vida inminente, exigiendo de los profesionales que actúan en este servicio acciones rápidas, específicas y que tienen como finalidad la recuperación del mismo¹. El gobierno brasileño, preocupado con la atención deshumanizada en las unidades hospitalarias, en mayo de 2000 creó el Programa Nacional de Humanización de la Asistencia Hospitalaria² (PNHAH), visando reducir la problemática encontrada en la relación profesional-usuario a través de la mejoría de la calidad de la asistencia. Se comprende que ese proceso es posible a través de la valorización, estímulo, respeto del ser humano que es el trabajador³. En 2004, el Ministerio de la Salud, dentro de sus directrices establece la humanización en los servicios de salud, como siendo una de las principales herramientas para el alcance de la acogida y clasificación de riesgo de los pacientes en unidades de emergencia^{4,5}. Los servicios estén organizados para la atención con base en el Programa de Humanización es un paso fundamental, por eso, indagamos: ¿los enfermeros que atienden personas en situaciones de urgencia y emergencia poseen conocimiento técnico científico adecuado para la utilización de protocolos de acogida con clasificación de riesgo? Objetivo: Evaluar el conocimiento de los enfermeros de Unidades de Urgencia y Emergencia acerca del Protocolo de Acogida con Clasificación de Riesgo fundamentado en el Programa Nacional de Humanización de la Asistencia Hospitalaria HumanizaSUS Fortaleza. Método: Se trata de una investigación exploratoria descriptiva con abordaje cuantitativo. La muestra fueron 30 enfermeras de la Unidad de Emergencia de un hospital de emergencia en trauma de la red municipal de Fortaleza- Ceará-Brasil. La recogida de los datos aconteció de noviembre de 2010 a abril de 2011, por medio de la aplicación de un cuestionario con dos partes: la primera con datos sociodemográficos y profesional y la segunda con 20 cuestiones, tipo situación problema sobre Acogida con Clasificación de Riesgo fundamentado en el Programa Nacional de Humanización de la Asistencia Hospitalaria HumanizaSUS. Los datos fueron organizados por la estadística descriptiva, presentados en frecuencia simple y porcentual y analizados a la luz de la literatura pertinente. Los aspectos éticos fueron respetados conforme las exigencias de la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud- Brasil y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Federal do Ceará protocolo de número 009/11. Resultados y discusión: todas eran del sexo femenino, la franja etaria varió de 23 la 54 años, son, por lo tanto, enfermeras jóvenes con edad media 33,56 años. En relación al estado civil, un 60,0% casadas, 26,7% solteras y un 13,3% divorciadas. El nivel de formación, la mayoría un 60,0% posee título de especialización, 33 con máster y un 6,7% graduadas. Tiempo que trabajan en el sector de urgencia y emergencia: un 46,7% tienen que 5 la 10 años; un 36,7% tiene menos de cinco años; un 16,6% con más de 10 años. Sobre que hayan recibido algún capacitación para que trabajen en la emergencia: un 56,7% recibieron entrenamiento y un 43,3% no recibieron. Cuanto a número de empleos, un 50,0% poseen solamente un empleo; un 33,3% dos empleos y un 16,7% más de dos. En lo que concierne al conocimiento de las enfermeras sobre acogida, clasificación de riesgo en urgencia y emergencia se nota 75,8 % de ellas conocen y saben conceituar adecuadamente los términos acogida, clasificación de riesgo, urgencia y emergencia. Sobre el conocimiento de la Política Nacional de Humanización, del fluxograma de acogida con clasificación de riesgo, y del Protocolo de acogida con clasificación de riesgo se percibe que un 60,0% desconocen estos tópicos. El desconocimiento de los enfermeros es un hecho por demasiado preocupante, una vez que la institución donde estas enfermeras actúan está incluida en el Programa de Humanización por participar del Programa de los Centros Colaboradores y varios otros programas con iniciativas humanizadoras como el Proyecto

Educativo para Acompañantes y proyecto de Desarrollo y Capacitación de Recursos Humanos. Delante de tales constataciones urge la necesidad de un entrenamiento sobre la temática “Acogida con Clasificación de Riesgo” para estos enfermeros. Conclusiones: Este estudio realizado en una unidad de referencia en urgencia/emergencia, lo cual ya adopta la Política Nacional Humanización de Acogida con Clasificación de Riesgo para la padronização de la atención su clientela, evidencia en el fluxograma de atención que el primer contacto del enfermo es con el profesional enfermero, visto que él es responsable por la acogida. Fue observado que, a pesar de esta política formar parte de las actividades cotidianas de la institución, esa no es implementada de forma a responder todos los requisitos del modelo del Ministerio de la Salud, una vez que se evidenció poco conocimiento de estos enfermeros con relación la temática. Así entendiendo que la enfermería como arte del cuidar, tiene como esencia el cuidado al ser humano de modo integral y holístico, desarrollando de forma autónoma o en equipo actividades de promoción y protección de la salud y prevención y recuperación de enfermedades, debe búsqueda nuevas técnicas para mejorar la calidad de atención. Implicaciones para la práctica de la enfermería: el estudio sobre la acogida con clasificación de riesgo puede ser considerado como más una herramienta de mejoría de la calidad de la atención las personas con trauma.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- [1] Chiara O, Cimbanassi S, Pastore Neto M. Protocolo Para Atendimento Intra-Hospitalar. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2009.
- [2] Brasil Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20. Brasília: MS, 2001.
- [3] Abbês C, Massaro A. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético estético no fazer em saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília- DF. Série B. Textos básicos em Saúde. 1ª Edição. 2004.
- [4] Brasil Ministério da Saúde. Acolhimento com avaliação e classificação de risco. Brasília: Ed.MS, 2004.
- [5] Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Boas Práticas de Humanização na Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

AUTORES/AUTHORS:

ALBA CRESPO-GARCIA MENDIZABAL, MARIA ISABEL PEREZ CAMPOS, SARA JIMENO ARCE, JAUME GUITART HORMIGO, SUSANA CHAMIZO CUESTA, RUBEN RODRIGUEZ MOLINO

TÍTULO/TITLE:

ESTUDIO DE INCIDENCIA DE MORBI-MORTALIDAD EN PACIENTES AFECTADOS POR ACV HEMORRÁGICO, DURANTE LAS PRIMERAS 48 HS

La OMS define la ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR como “el rápido desarrollo de signos clínicos de disturbios de la función cerebral con síntomas que persisten 24 horas o más, o que llevan a la muerte con ninguna otra causa evidente que el origen vascular”

Es la 3 causa de mortalidad en el mundo, y la 1º de discapacidad física grave.

En una población de 100.000, unas 200 personas al año tendrán un primer ictus y esta cifra aumentará cuanto más envejecida esté la población (>45 años).

A pesar de que el ictus hemorrágico solo engloba el 20% del total de la enfermedad, es importante una adecuada actuación profesional, en vista de la creciente incidencia que se está desarrollando de esta vertiente de ACV.

OBJETIVOS

- Identificar el tipo de paciente más susceptible de desarrollar una complicación de riesgo vital.
- Conocer el tiempo medio de aparición de los primeros síntomas de ictus y de consulta sanitaria por parte de la familia o del propio paciente.
- Conocer el tiempo medio de aparición de las primeras complicaciones tras el ingreso por el código ictus.
- Identificar las complicaciones más frecuentes de los pacientes que ingresan por esta patología durante las primeras 48h.
- Conocer la morbi-mortalidad tras el ingreso.

MÉTODO

Se realizó un estudio de investigación primaria, con diseño observacional descriptivo longitudinal (durante el año 2012).

El criterio de selección, fue ser diagnosticado de ACV hemorrágico en el servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel.

Los criterios de exclusión fueron: sufrir AVC isquémico, derivación a otro centro sanitario durante el ingreso, éxitus, el no consentimiento para la inclusión en el estudio.

La muestra final fue de 617 pacientes, con un coeficiente de seguridad del 95%, una precisión del 3% y una proporción esperada o prevalencia del 50% para maximizar la muestra.

El muestreo fue no probabilístico accidental o consecutivo.

Variables principales:

- Modificación o disminución de puntuación en las escalas de valoración NRL (Glasgow, escala canadiense)
- Alteración hemodinámica (ECG, TA, FC, PIC, PVC, FR, y parámetros analíticos específicos)

Variables secundarias:

Edad, sexo, antecedentes familiares, ictus previos, hábitos tóxico, diabetes, alergias, HTA (<160/90 de media).

La recogida de datos fue mediante una entrevista estructurada, dirigida e individual a familiares y/o pacientes en el momento de

ingreso y posteriormente se produjo el seguimiento del paciente a lo largo de las 24-48 hs.
El registro fue c/15 min, la primera hora; c/30 min las siguientes 2 horas; c/1 hasta las 48hs.

Se realizó análisis bivalente, centrándose en los parámetros de Ji cuadrado, T. de Student medidas repetibles, T de Student de grupos independientes y Correlación Lineal de Pearson.

Se utilizó el programa de análisis estadístico IBM SPSS Statistics Versión 19.

RESULTADOS

Complicaciones hemodinámicas:

- Aumento de la PIC por vasoconstricción periférica para asegurar la perfusión (compensación en >60 mmHg y >160 mmHg) y por alteración de barrera hematoencefálica y meníngea.
- > el riesgo de recidiva: La hipotensión, la alteración de FC y del ECG, hipoxemia, hipertermia.
- Se detectaron como respuesta secundaria al ICTUS: vasoespasmos, sdme. inadecuado de ADH, hidrocefalia y resangrado, como principales-entre otros-.
- Desarrollo de signos de epilepsia: por irritabilidad de los factores sanguíneos en la reabsorción del hematoma o por presión y/o alteración de las estructuras afectadas.
- Sdmes lacunares: convulsiones, cuadros vegetativos (vómitos, cefalea...)

En relación con la morbi-mortalidad:

Cabe destacar que un 13% de la muestra falleció, con una tasa de mortalidad en las mujeres del doble (9% en mujeres y 4% en hombres) siendo más precoz en éstos (<12 hs el 90%)

Los ACV fueron más graves en mujeres, con 8% éxitos por resangrado y el resto por complicaciones hemodinámicas.

DISCUSION

Debido al periodo "ventana" tras un AVC hemorrágico, se puede evitar parte del daño irreversible del tejido encefálico disminuyendo el área de penumbra, reduciendo la mortalidad y las secuelas. Puesto que se trata de la 3ª causa de mortalidad en nuestro país, y su afectación a población cada vez más joven (a causa de malformaciones y uso de drogas), es imprescindible unos profesionales preparados para la detección de las alteraciones inmediatas tanto neurológicas como hemodinámicas, así como una correcta revisión de los factores de riesgo que evolucionen paralelamente a los cambios de estilo de vida.

Así pues, detectando a tiempo los síntomas y con una rápida y correcta actuación y tratamiento, se pueden reducir, sino la incidencia de la patología, al menos la mortalidad o sus secuelas.

De este modo, todo el personal que trabaje tanto en urgencias como en servicios específicos de NRL-NRC estará totalmente actualizado y cualificado.

Los resultados obtenidos no solo serán de uso útil en el ámbito hospitalario, sino en atención primaria como prevención de riesgos, y en el ámbito social al poner en conocimiento de la población programas de información acerca del ACV.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1-Martín Valladones Eloina. Caracterización de los pacientes con enfermedad cerebrovascular (Internet) cuidados intensivos y críticos, NRL. 2010 (27/12/10)

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2684/15/Caracterizacion-de-los-pacientes-con-Enfermedad-Cerebrovascular>

http://apuntesdemedicina.awardspace.com/ACV_Factores_de_riesgo.htm

- 2-Americanheart.org: <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4716>
Lynd Gwendolyn; Davis Esa. Stroke: Pregnancy Complications may increase stroke risk (Internet) 2008 (06/09/08)
<http://www.netwellness.org/healthtopics/brainattack/pregnancyandstroke.cfm>
- 3-Miyares Paz, Luanda. Alteraciones ECG en fase aguda de enfermedad cerebrovascular: intervención enfermera (Internet) 2009. Medwave (11) (Nov. 2009) año IX
<http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/4258>
- 4-Neurowikia.es. Ictus y epilepsia.
<http://www.neurowikia.es/content/ictus-y-epilepsia>
- 5-Gallego J; Delgado G. Ictus Lacunar. Pamplona: Hospital de Navarra (C.F. Navarra)
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol23/suple3/suple14.html>
- 6-Martinez Vila E. ACV II. Pamplona: universidad de Navarra (Servicio de NRL).2007.
<http://es.scribd.com/doc/33783475/ACV>
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_466_ictus_AP_Lain_Entr_compl.pdf
- 7-Wrongdiagnosis.com: Complications of stroke
<http://www.wrongdiagnosis.com/s/stroke/complic.htm>
- 8-Turrent J, Talledo L, González A, Gundían J, Remuñán C: Comportamiento y Manejo de la Enfermedad Cerebrovascular en una Unidad de cuidados Intensivos.2004: [http://bvs.sld.cu/revistas/med.\(4\).12-20](http://bvs.sld.cu/revistas/med.(4).12-20).
- 9-Godoy-Torres DA; Piñeiro. "Respuesta inflamatoria en la hemorragia intracerebral espontánea. Rev. Neurol. 2005 Apr 16-30; 40(8): 492-8.
- Telleria-Díaz A. "Tratamiento e indicadores pronósticos del paciente con hemorragia intracraneal espontánea. Rev. Neurol.2006 Mar 16-31; 42 (6): 341-9.
- 10- López González FJ, Aldrey JM, Cacabellos P, Castillo J. Mortalidad hospitalaria en Ictus. Influencia de los factores de riesgo vascular. Rev. Neurol 1998; (157):473-8.
- 11- Sotelo Suárez, O. Correlación clínico-patológica en pacientes fallecidos por Ictus. Publicación científica-técnica 2007; 620(1):26-29.

AUTORES/AUTHORS:

Jose Alberto Laredo Aguilera, Juan Manuel Carmona Carmona Torres, Gloria Mota Cátedra

TÍTULO/TITLE:

Nivel de satisfacción laboral de los enfermeros de los diversos servicios de urgencias de la provincia de Córdoba

Objetivo: El objetivo principal de este estudio es conocer el nivel de satisfacción laboral y su relación con variables sociodemográficas de los enfermeros de los diversos Servicios de Urgencias de la provincia de Córdoba. **Materiales y métodos:** se trata de un estudio descriptivo de corte transversal, cuyo tamaño muestral está compuesto de 80 casos. Para ello se realizó una encuesta durante los meses de Noviembre y Diciembre de 2012 a 80 enfermeros de los Servicios de Urgencias de Córdoba, mediante un muestreo aleatorio simple. Hemos usado como material el Cuestionario de Font Roja (1988) adaptado por Aranaz J. compuesto por 24 ítem que miden 9 dimensiones que determinan la satisfacción de los profesionales (satisfacción por el trabajo, tensión laboral, competencia profesional, presión laboral, promoción profesional, relación interpersonal con sus jefes, relación interpersonal con los compañeros, status profesional y monotonía laboral) al que le hemos añadido variables sociodemográficas. Para el análisis hemos utilizado el programa informático SPSS 19.0 para Windows. **Resultados:** un 48.6 % eran enfermeros y un 51.4 % eran enfermeras, con una edad media de 36.8 años (± 8.456). El 17.1% tenían una antigüedad en el servicio < 2 años y un 41.4 tenía $>$ de 5 años. Un 23.3% estaba soltero y un 76.7% estaban casados o vivían en pareja, y el 69.5% tenían al menos un hijo. Respecto a la satisfacción laboral global de los profesionales, un 63% han obtenido una satisfacción laboral baja, y sólo un 9% ha obtenido una satisfacción laboral alta. Destacar que las puntuaciones medias más elevadas se registran para el factor de satisfacción en la relación con los compañeros ($4,15 \pm 0,61$), mientras que las puntuaciones más bajas se registran para la dimensión laboral de características extrínsecas de status o reconocimiento profesional ($2,62 \pm 0,66$). Al analizar la antigüedad en el servicio con la puntuación de satisfacción global se han encontrado diferencias significativas ($p=0.019$), siendo los profesionales de menos experiencia en el servicio los que tienen puntuaciones medias más altas. También hay diferencias significativas entre la antigüedad en el servicio con la dimensión de promoción profesional ($p=0.022$), con el status profesional (0.002) y con la satisfacción con los compañeros de trabajo ($p= 0.039$). **Discusión:** los valores alcanzados para cada una de las dimensiones laborales que mide el cuestionario Font Roja se sitúan en niveles más bajos a los encontrados en otros estudios en la literatura previa estudiados que puede ser debido a la situación actual de crisis que trae consigo baja de sueldos, menos personal, más sobrecarga de trabajo, etc. Aunque los resultados muestran una clara insatisfacción laboral, consideramos muy útil realizar estudios futuros con mayor población y distribución geográfica para poder sacar conclusiones más sólidas. Se debería intentar que los profesionales de los servicios de Urgencias tuvieran gran satisfacción laboral para conseguir una óptima atención al paciente. En conclusión, las dimensiones laborales con las que los profesionales muestran más insatisfacción son el reconocimiento profesional, la tensión laboral por la responsabilidad percibida y las posibilidades de promoción profesional.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Picardi A, Chiaia E, Balbi A, Morosini P. BREVES: satisfacción profesional entre los profesionales de la salud mental en Roma, Italia. *Comunidad de Salud Ment J* 2003; 39 (4):349-55.
2. GOIRI F. El 89% de los profesionales confiesan estar desmotivados. *Diario Médico* 2012 Jan 31:6.
3. GRAU A, SUÑER R, GARCÍA M, en nombre del Grupo de Estudio del Síndrome de Desgaste Laboral en los Hospitales de Girona. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gac Sanit.* 2006; 19 (6): 463-70.
4. Lopez Franco M.; Rodríguez Núñez M.; Fernández Sanmartín S.; Marcos A.; Martinon Torres F.; Martinon Sánchez J. Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico. *An Pediatr (Barc)* 2005; 62 (3): 248-51

5. PERA G.; SERRA-PRAT M. Prevalencia del Síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gac Sanit* 2002; 16 (6): 480-486
6. ALBALADEJO R.; VILLANUEVA R.; ORTEGA Síndrome de bournout en el personal de enfermería en un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública* 2004; 78 (4): 505-516.
7. Fernández MI, Omínelo A, Villanueva A, Andrade C, Rivera M, Gómez JM, Parrilla O. Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del área 10 del Insalud de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*. 2000; 74: 139-147.
8. Varela-Centelles PI, Ferreiro A, Fontao LF, Martínez AM. Satisfacción laboral de los odontólogos y estomatólogos del servicio gallego de salud. *Rev Esp Salud Pública*. 2004; 78: 399-402.
9. Lomeña JA, Campaña FM, Nuevo Toro G, Rosas D, Berrocal A, García F. Burnout y satisfacción laboral en Atención Primaria. *Med Fam Andal*. 2004; 5: 147-155.

AUTORES/AUTHORS:

Zuila Maria Figueiredo Carvalho, Daisy Maria Silva, Marcela Bezerra Lima, Nayara Costa Lima, Antonio José Nuñez Hernández, Francisco Vicente Mulet Falco, Samia Jardelle Freitas Maniva¹, Anisia Maria Carvalho e Brito

TÍTULO/TITLE:

EVALUACIÓN FUNCIONAL EN PORTADORES DE ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO UTILIZANDO EL ÍNDICE DE TINETTI

Introducción: Actualmente, el Ataque Vascular Encefálico (AVE) es el mayor causante de incapacidad funcional, provocando, principalmente en ancianos, alteraciones en la capacidad de desempeñar de las Actividades de Vida Diaria. Esas alteraciones pueden ser pasajeras o no, de acuerdo con la región acometida, el nivel de la lesión y la capacidad individual de recuperación¹. Se resalta aunque lo AVE es una patología que trae grandes repercusiones para la salud pública, pues, actualmente, constituye la tercera causa de muerte en el mundo, ocurriendo con mayor incidencia en el sexo masculino, en individuos con descendencia afroamericana y edad superior a los 65 años². En Brasil es considerada la primera causa de mortalidad y de incapacidades en adultos, destacándose que el año de 2003, en el Nordeste, la tasa de mortalidad por esa patología llegó a 54,6/100 mil habitantes³. Delante del expuesto se despertó interés en la realización de un estudio que posibilitara aplicar a escala de Tinetti, como estrategia en la evaluación del equilibrio y de la marcha en personas con AVE, ingresadas, de manera a la identificación de los principales riesgos a los cuáles están expuestas, suministrando así subsidios para una práctica de enfermería más direccionada a las necesidades individuales de cada cliente. Objetivo: aplicar el Índice de Tinetti⁴ para evaluar la predisposición de caídas en los portadores de secuelas de Accidente Vascular Encefálico, atendidos en un servicio de referencia en neurología. Método: Se trata de un estudio descriptivo, observacional del tipo transversal con abordaje cuantitativo, realizado en un hospital público, terciario, situado en la ciudad de Fortaleza-Ceará-Brasil. La muestra fue constituida de 43 pacientes ingresados en la Unidad de Accidente Vascular Encefálico. La recogida de los datos fue realizada por medio de un formulario con datos socio-demográficos y clínicos y del instrumento Índice de Tinetti comprendido por dos escalas: de equilibrio y de marcha, estas permiten evaluar el equilibrio, la coordinación y la agilidad de la marcha. La puntuación total del índice es de 28 puntos. Puntuación menor que 19 indica riesgo cinco veces mayor de caídas. El Índice fue aplicado con el paciente sentado en una silla sin brazos para el examen de equilibrio sentado y para evaluación de la marcha fue solicitado caminar por un pasillo andando en velocidad normal, volviendo al punto de origen con pasos rápidos. Los datos fueron organizados en plantilla electrónica Excel versión Microsoft Windows XP y después importados para el sistema Statistical Package que sea the Social Sciences – SPSS, versión 13.0. y están presentados en gráficos y tablas. Los resultados fueron discutidos a la luz de la literatura pertinente. Los aspectos éticos en la investigación fueron respetados en todas las etapas de la investigación, en atención las exigencias de la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud-Brasil, recibió parecer 255.551/2013 del Comité de Ética de Universidad Federal de Ceará. Resultados y discusión: Características demográficas de los envueltos: un 53,5% son hombres y 46,5% mujeres; la edad media fue de 51,95 años, variando entre 16 a los 77 años; casados un 65,1%, la ocupación más evidente fue de agricultores un 23,3% y un 16,3% son jubilados. Sobre los antecedentes familiares: 76,7% hipertensión; un 48,8% cardiopatías; 53,5% diabetes. En la escala de evaluación del equilibrio: un 51,2% obtuvieron puntuación entre 19 a los 28 puntos, por lo tanto riesgo bajo y moderado de caídas, y un 48,8% con puntuación abajo de 19 puntos, es decir alto riesgo de caída. La media final fue (15,23), la mediana (16,50) y la desviación estándar ($\pm 11,034$). En el perfil sociodemográfico, la edad de los acometidos fue un aspecto muy sorprendente visado que la muestra posee edad entre 16 a los 45 años, personas en plena edad productiva. En la franja etaria de 46 a los 65 años, son hallazgos tampoco esperados, y solamente pocos poseen edad superior a los 65 años, sin diferencia significativa entre los sexos. Los hallazgos de este estudio coinciden con los de Falção (5) y de Lavor (6) al conocer las incapacidades y identificar se había diferencias de género, en supervivientes de primer episodio de AVC. La aplicación del Índice de Tinetti, objeto de este estudio presenta como puntos para discusión los siguientes aspectos: 48,8% obtuvieron score

total menor de 19 puntos, significando alto riesgo de caídas y los demás entre 19 la 28 puntos, que representa moderado y bajo riesgo de caídas. Este hallazgo de alto riesgo de caídas, de cierto modo ya era esperado considerando que las personas vitimadas por AVC, dependiendo de la localización de la isquemia pueden presentar déficit motor, visual, sensitivo y verbal. El alta incidencia, de pacientes presentando el Síndrome de la Circulación Anterior Total (TACS) eran portadores de hemiplegia, hemianopsia y disfunción cortical superior, justificando así la mayor incidencia de caídas en las personas de este estudio. Sin embargo, aquellos que presentaron escores entre 19 la 28 puntos, se cree está relacionado la media de edad de los envueltos de ese estudio, donde la media de edad fue un 51,95 años , derivación estándar ($\pm 16,009$), o sea, personas que aún no presentan las dificultades de locomoción propia de los ancianos. Los hallazgos de este estudio son corroborados por Mendes (7). Ya Nogueiro et al., (8) concluyen que cuánto mayor la fuerza muscular de los pacientes evaluados menor el riesgo de caída (-0,456) y aunque el riesgo de caída aumenta moderadamente con la edad (-0,383). Este estudio permitió detectar alteraciones en la locomoción, diagnosticar y cuantificar la gravedad y compromiso del equilibrio y de la marcha y aún predecir el riesgo de caídas en esta clientela. Evaluar la capacidad funcional de personas con secuelas de Accidente Vascular Encefálico es un proceso complejo y subjetivo, siendo influenciada por factores demográficos, culturales y socio-económicos. Con relación a la edad, se nota una modificación en la epidemiología considerando el elevado número de personas con menos de 40 años. La evaluación clínica de los riesgos de caídas por medio de utilización de escalas se constituye una herramienta importante para el pronóstico de las habilidades funcionales de pacientes post-AVC. La aplicación del índice de Tinetti no requiere equipamiento sofisticado para su utilización y se mostró confiable para detectar los cambios significativos del equilibrio durante la marcha. Implicaciones para la práctica de la enfermería: Creemos que este estudio es relevante una vez que aún son pocas las investigaciones en la práctica clínica de la enfermería, con el uso del Índice de Tinetti por los enfermeros, necesitado de estudios que comprueben la eficacia de su aplicabilidad por esos profesionales y aún la utilización de instrumentos de evaluación tienen importantes implicaciones en la calidad de vida de estas personas pues posibilita acciones preventivas, asistenciales y de rehabilitación que posiblemente contribuyen para la promoción de la salud con mayor expectativa de vida saludable y una perspectiva de mantenimiento de la capacidad funcional.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- [1] Pedreira LC, Lopes RLM. Cuidados domiciliarios ao idoso que sofreu Acidente Vascular Cerebral. Rev Bras Enferm., 2010; 63 (5): 837-40.
- [2] Lessmann JC, Conto F, Ramos G., Borenstein MS, Meirelles BHS. Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram Acidente Vascular Encefálico. Rev Bras Enferm, 2011; 64(1): 198-202.
- [3] Moreira RP, Araújo TL, Cavalcante TF, Guedes NG, Lopes MVO, et al. Acidente vascular encefálico: perfil de indicadores de risco. Rev. Rene, 2010; 11(2): 12-21.
- [4] Tinetti M A, Richman, D, Powell, L. Falls efficacy as A Measure of Fear of Falling. Journal of Gerontology. 1990; 45(6), 239-43.
- [5] Falcão IV, Carvalho EMF, Barreto KML, Lessa FJD, Leite VM. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Unico de Saúde. Rev bras saúde matern infant, 2004; 4(1):95-102.
- [6] Lavor IG, Agra, G, Nepomuceno CM. Perfil dos casos de Acidente Vascular Cerebral registrados em uma instituição pública de saúde em campina grande- PB. Revista Tema 2011; 12(17): 1-12.
- [7] Mendes E, Novo E, Preto L, Nogueiro A, Branco D. Declínio funcional e risco de quedas em idosos hospitalizados. 2011. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/5949>.
- [8] Nogueiro A, Novo A, Branco D, Mendes E, Preto L. Potencial funcional e risco de queda. In: Biblioteca Digital. URL: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/2899>. [30.07.2013].

Mesa de comunicaciones 10: Cuidadores / Crónicos**Concurrent session 10: Caregivers / Chronic patients****AUTORES/AUTHORS:**

JOANA M. RODRIGO GIL, ROSA SUÑER SOLER, PAULA RONDA SABATE, VERÓNICA CRUZ DIAZ, MERCEDES CEPEDA BAUTISTA, MARTHA KAZIMIERCZAK, MARTA BAGOT PRATS

TÍTULO/TITLE:

Monitorización de las alteraciones urinarias después del diagnóstico de ictus agudo

Objetivo: Determinar las alteraciones urinarias que presentan los pacientes ingresados en la unidad de ictus y estudiar los factores asociados.

Metodología: Estudio longitudinal prospectivo realizado en el Hospital Dr. Josep Trueta de Girona, con una muestra de 198 pacientes ingresados con diagnóstico de ictus agudo desde agosto a diciembre de 2012 en la unidad de Ictus (UI). Se estudiaron variables sociodemográficas, características de la enfermedad como tipo de ictus, lateralidad de la lesión neurológica y déficit neurológico al ingreso y alta evaluado mediante la escala NIH. Además, se registró la valoración de las necesidades de los pacientes a las 24h del ingreso en la UI y las alteraciones urinarias como la presencia de retención urinaria, control de la retención mediante ecógrafo portátil de vejiga, presencia de incontinencia urinaria y realización de sondajes vesicales durante todo el ingreso de los pacientes.

Estudio estadístico: Los datos fueron analizados mediante el programa SPSS 19.0 para IBM. Las variables continuas se compararon con el test de T-Student o U -Mann-Whitney en función de su distribución de probabilidad y las variables categóricas con el test de Ji-cuadrado. Valores de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos en todos los análisis.

Resultados: Se han estudiado 198 pacientes, la media de edad fue de 68,46 años (DS=14,65), el 64,5% (127) varones, la media de edad de los hombres fue de 66,42 años (DS= 14,59) y la de las mujeres de 72 años (DS= 14,23) observándose diferencias entre el sexo y la edad ($p=0,01$). El 79% de los pacientes presentaron un ictus isquémico y el 21% ictus hemorrágico. El 40,9% de los ictus eran de lateralidad izquierda, el 35,8% de lateralidad derecha, un 12,6% afectaban el tronco cerebral, un 1% afectaban los dos hemisferios cerebrales y el resto no clasificables. La media de la escala NIH fue al ingreso de 8,01 (DS=7,37) y de 5,01 (DS=6,27) al alta. Las mujeres presentaron mayor déficit al ingreso (NIH: 9,18 vs 7,39) y al alta (NIH: 5,14 vs 4,95) sin llegar a la significación estadística en ambos momentos ($p > 0,05$). En relación al nivel de dependencia de las necesidades básicas de los pacientes a las 24h del ingreso, destacar que un 26,4% presentaron alteración en la necesidad de respiración, un 41,1% en la necesidad de alimentación, un 75,3% en la movilización, un 80,5% en el baño/higiene, un 45,2% en la necesidad de comunicarse y el 73,7% alteración en seguridad, sin diferencias en función del sexo ($p > 0,05$).

La necesidad de eliminación a las 24h del ingreso estaba alterada en el 57,6% parcialmente y en el 39,8% totalmente, sin diferencias en función del sexo ($p > 0,05$). El 19% de los pacientes presentaron incontinencia urinaria durante las primeras 24h. Se ha observado un mayor porcentaje de pacientes afectados de ictus hemorrágico con incontinencia las primeras 24 horas de ingreso respecto a los pacientes con ictus isquémico (29,4% vs 13%) ($p > 0,05$).

Además, se monitorizó la retención de orina al ingreso en 67 pacientes, mediante un ecógrafo portátil de vejiga, siendo el volumen medio de 341,64 ml de orina (DS=266,79), con mayor volumen de retención en los más graves. Del mismo modo que en la incontinencia, se detectaron diferencias al evaluar la presencia de retención de orina en función del tipo de ictus en las primeras 24 horas de ingreso, con un mayor porcentaje en los ictus hemorrágicos frente a los ictus isquémicos (23,1% vs 21,6%) pero sin significancia estadística ($p > 0,05$).

Respecto a la lateralidad de la lesión y la presencia de alteraciones urinarias, se observó un mayor porcentaje de pacientes incontinentes con lesiones cerebrales de afectación del hemisferio derecho (55%) comparado con los pacientes con afectación del hemisferio izquierdo (40%), sin embargo estas diferencias no fueron significativas ($p > 0,05$). En relación a la presencia de retención urinaria igual o superior a 500 ml, en las primeras 24 horas de ingreso, también presentaron retención de orina un porcentaje superior de pacientes con afectación del hemisferio derecho (46,7%) respecto a los pacientes que tenían afectación en el hemisferio izquierdo (43,3%), sin llegar a la significación estadística ($p > 0,05$).

Entre los pacientes que presentaron retención urinaria, un 27,3% requirió sondaje vesical (volumen medio extraído de 551,67 ml de orina) (DS=299,90) y de éstos, el 58,3% presentaron volúmenes de 600 a 1000 ml. A las 24 horas, solo el 8,8% presentaron retenciones entre 600 i 750 ml.

Al analizar los factores asociados a las alteraciones urinarias, el mayor déficit neurológico se asoció a mayor retención durante las

primeras 24h ($p < 0,05$). No hallamos otros factores relacionados con la incontinencia o la retención.

Discusión: Respecto a las características generales de la muestra se observa que 6 de cada 10 pacientes, que ingresaron en la Unidad de Ictus, fueron hombres, con una media de edad inferior a la publicada en el "3er Audit Clínic de l'Ictus. Catalunya 2010/2011" [1], otros estudios muestran, también, edades entorno a los 72 y 75 años [2,3]. Las mujeres son de media mayores que los hombres, coincidiendo con otros trabajos publicados [4]. Respecto al diagnóstico, el porcentaje de ictus isquémico y hemorrágico fue similar al de otros estudios. Casi dos de cada diez pacientes presentaron incontinencia urinaria durante las primeras horas del ictus, porcentaje inferior al de la bibliografía revisada [5]. La incontinencia urinaria en el ictus es un predictor de morbilidad y mortalidad a la primera semana, a los 6 y a los 12 meses después del ictus [6]. Casi tres de cada diez precisaron sondaje vesical por retención monitorizada con ecógrafo portátil, disminuyendo a partir del segundo día del diagnóstico. Estos datos se correlacionan con un ensayo clínico que realizamos en el año 2010 en pacientes con ictus agudo [7]. Otros estudios también constatan que la disfunción urinaria, tras el diagnóstico de ictus agudo, se produce sobretodo en las primeras horas de ingreso, existiendo mayor riesgo de sufrir una retención de orina [8]. Kovidha y colaboradores [9] hace referencia en su estudio que la incontinencia urinaria en el ictus es transitoria, pudiéndose aplicar a la retención de orina, porque a partir de las 24 horas de ingreso los volúmenes de retención, detectados mediante el ecógrafo vesical, disminuyen considerablemente, hecho que puede relacionarse con la situación cerebral del paciente durante las primeras horas del ictus. Sin embargo, al medir la retención de orina, observamos mayores volúmenes en los pacientes más graves; en nuestra opinión los trastornos urinarios pueden agravarse por las propias alteraciones neurológicas que presentan muchos de los pacientes con ictus agudo (afasia, disartria, desorientación e inmovilidad), estas circunstancias complican la detección y la valoración de los trastornos urinarios.

Diversos autores también han relacionado la localización de la lesión cerebral con un mayor riesgo de presentar disfunciones urinarias [10]. El estudio de Burney [11] relacionó los ictus hemorrágicos y las lesiones a nivel cerebeloso como de más riesgo para presentar una retención de orina. En nuestro estudio, hemos relacionado el tipo de ictus y su localización con las disfunciones urinarias, no hemos hallado diferencias significativas, aunque los pacientes que presentan más incontinencia y más retención de orina son aquellos con lesiones a nivel de la arteria cerebral media derecha e izquierda, probablemente por tratarse de ictus más extensos con mayor afectación del paciente.

Implicaciones para la práctica: La monitorización de las alteraciones urinarias en los pacientes con ictus agudo permite detectar y tratar de forma segura y precoz a los pacientes con disfunción, observándose la necesidad de mayor vigilancia sobre todo las primeras 24 horas post-diagnóstico. El control estricto de la retención urinaria, en la fase aguda del ictus, mediante un ecógrafo vesical, evita la sobre distensión vesical y los cateterismos innecesarios. Además, en aquellos pacientes con problemas de comunicación o alteración de la conciencia, cuya exploración es difícil, facilita la detección de la retención urinaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Pla Director de la Malaltia Vasculat Cerebral. 3er. Audit Clínic de l'ictus. Catalunya 2010/2011. Acceso 11 septiembre 2013 Disponible en: <http://www.pssjd.org/ca-es/Cerca/Paginas/default.aspx?k=3er%20audit%20ictus>
2. Díaz-Guzmán J, Egido-Herrero JA, Fuentes B, Fernández-Pérez C, Gabriel-sánchez, Barberà G et al. Incidencia de ictus en España: estudio Iberictus. Datos del estudio piloto. Rev Neurol. 2009;48(2):61-65.
3. Fernández de Bobadilla J, Sicras-Mainar A, Navarro-Artieda R, Planas-Comes A, Soto-Álvarez J, Sánchez-Maestre C et al. Estimación de la prevalencia, incidencia, comorbilidades y costes directos asociados en pacientes que demandan atención por ictus en un ámbito poblacional español. Rev Neurol. 2008;46:593-598.

4. Fuentes B Díez-Tejedor, Lara M, Frank A, Barreiro P. Organización asistencial en el cuidado agudo del ictus. Las unidades de ictus marcan la diferencia. *Rev Neurol*. 2001;32(2):101-106.
5. Wilson D, Lowe D, Hoffman A, Rudd A, Wagg A. Urinary incontinence in stroke: results from the UK National Sentinel Audits of Stroke 1998–2004. *Age Ageing*. 2008; 37(5): 542–6.
6. Rotar M, Blagus R, Jeromel M, Skrbec M, Tršinar B, Vodusek DB. Stroke patients who regain urinary continence in the first week after acute first-ever stroke have better prognosis than patients with persistent lower urinary tract dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2011;30(7):1315-8.
7. Rodrigo-Gil J, Suñer-Soler R, Cruz-Díaz V, Bagot-Prats M, Algans-Coll L, Cepeda-Bautista M, Ribó-Regas M, Serena J. Eficacia del ecógrafo vesical portátil en los pacientes con ictus agudo. *Rev Neurol*. 2012;54(3):151-8.
8. Wilkinson K. A guide to assessing bladder function and urinary incontinence in older people. *Nurs Times* 2009; 105: 20-2.
9. Kovindha A, Wattanapan P, Dejpratham P, Permsirivanich W, Kuptniratsaikul V. Prevalence of incontinence in patients after stroke during rehabilitation: a multi-centre study. 2009;41:489-91.
10. Granier P, Audry P, Coste B, Fleys E, Trives M, Szczot A. Place d'un échographe vésical portable dans la prise en charge des troubles de la vidange vésicale après accident vasculaire cérébral. *Ann Readapt Med Phys*. 2002;45:166-72.
11. Burney TL, Senapati M, Desai S, Choudhary ST, Badlani GH. Acute cerebrovascular accident and lower urinary tract dysfunction: a prospective correlation of the site of brain injury with urodynamic findings. *J Urol*. 1996;156:1748-50.

AUTORES/AUTHORS:

Antonio Jesús Ramos-Morcillo, Serafín Fernández-Salazar, Juana M^a Granero-Moya, Ana Isabel Rodríguez-Vidal, Luisa Piña-Valdés, Silvia Mayol-Sánchez, Dolores Muñoz-García, Ana Sánchez-Floro, Jesús Bermúdez-Martos

TÍTULO/TITLE:

Análisis de un recurso Web con información y recursos para prescribir a pacientes: Cuidando.org

OBJETIVOS

Describir la difusión de los contenidos a través de la Web dirigida a pacientes "Cuidando.org"

MÉTODO

Ámbito: Web "Cuidando.org" (1) con presencia en Internet desde el 3 de septiembre de 2012. (Sitio Web: www.cuidando.org).

Diseño: Estudio descriptivo, observacional de los resultados analíticos de la Web "Cuidando.org" desde el 3 de septiembre de 2012 hasta el 27 de Mayo de 2013.

Variables: Las variables estudiadas se han agrupado en tres bloques: Contenidos (publicaciones realizadas la Web), Visitas (número de accesos realizados) y Tráfico (páginas de procedencia de los accesos).

Análisis: Descriptivo mediante frecuencias y porcentajes. Los datos han sido recogidos mediante la aplicación estadística incluida en el servidor de la propia Web (1&1 Estadísticas Web).

RESULTADOS

Contenidos: En el tiempo descrito, la Web ha publicado 54 publicaciones de los cuales el 50% (27) están relacionados recursos para pacientes (manuales, guías, etc), el 37% (20) referidos a Webs de Salud fiables, el 7.4% (4) con noticias de actualidad y el 5.5% (3) con vídeos de salud. La página más visitada ha sido la principal (23733 – 14.9%) lugar desde el que se da acceso al resto de recursos. En segundo lugar, la página que contiene el enlace para suscripción de contenidos a través de RSS (22183 – 13.9%).

Visitas: En el periodo evaluado se han registrado 107.111 visitas y 327380 páginas vistas (Media de páginas por visita de 2.94). La media de duración de las visitas es de 42 segundos.

Tráfico: Un 91% de los accesos a la Web (99150) se ha realizado de manera directa, el 7% (7961) desde páginas de referencia a través de enlaces y un 2% (2004) a través de motores de búsqueda (Google y otros).

Las palabras clave más utilizadas han sido: "cuidando.org" 348 veces (8.1%), "salud" 159 (3.7%) y "posturales" 131 (3.05%).

DISCUSIÓN

El análisis de las estadísticas del blog permite a los editores de la Web configurar y publicar contenidos que giren en torno a los intereses de los usuarios (2).

La media de duración de las visitas es baja. Consideramos, que puede ser debido a que se trata de una web, donde preferentemente se facilitan enlaces de acceso a otra web, y por otro lado, se trata de publicaciones breves para orientar a los usuarios sobre donde pueden continuar buscando información sobre salud.

El que la mayor parte de los usuarios acceden de manera directa a la Web y el escaso número de accesos a través de buscadores, nos indica que debemos mejorar la estrategia de difusión de contenidos.

Consideramos que la evaluación del impacto de los blogs sobre la formación y el conocimiento de las enfermeras debería ser tenida en cuenta en futuras investigaciones.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA.

Internet y las redes sociales deben ser aprovechadas por las enfermeras, de tal manera, que seamos capaces de recomendar a los pacientes Webs de Salud fiables y de Calidad, ya que una gran parte de los pacientes que utilizan Internet, lo hacen para buscar información sobre salud (3).

Por otro lado, el análisis de Webs de este tipo, nos permite conocer el impacto, la difusión y como ajustar este tipo de herramientas para que puedan llegar al máximo número de personas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Fernández-Salazar S, Ramos-Morcillo AJ. Cuidando.org [Internet] España 2012. [Consultado el 8 de Septiembre de 2013] Disponible en: <http://www.cuidando.es/>
2. Ramos Morcillo, Antonio Jesús; Fernández Salazar, Serafín. El blog: una herramienta para visibilizar y mejorar los Cuidados de Enfermería. Evidentia [Internet]. 2011 abr-jun [citado 8 Sep 2012]; [8(34). Disponible en: <http://www.indexf.com/evidentia/n34/ev3400.php>
3. Fernández-Salazar S; Ramos-Morcillo AJ. Prescripción de links y de aplicaciones móviles fiables y seguras, ¿estamos preparados para este nuevo reto? Evidentia [Internet]. 2013 [citado 9 Sep 2013]; 10 (42). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n42/sumario.php>

AUTORES/AUTHORS:

Maidor Sánchez Padilla, Olga Monserrat Pérez, Calos Llobregat Delgado, Aida Santaella Perea, Elena Bayo Tallón, Jordi Esquirol Causa, Jose Luis Monserrat Pérez, Irene Marfà Puig, Jordi Pujol Puig

TÍTULO/TITLE:**EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE EJERCICIOS PROPIOCEPTIVOS EN LA TERCERA EDAD**

Introducción: La propiocepción funciona como un sistema de retroalimentación y es la mayor fuente de información somatosensorial sobre el conocimiento neuromuscular de la postura, el movimiento, los cambios del equilibrio, la posición, el movimiento articular, el peso y la resistencia a objetos en relación al cuerpo.

Los estímulos somato-sensoriales son captados por los receptores propioceptivos que se encargan de convertirlos en impulsos nerviosos que transmiten la información a la médula espinal; desde aquí el impulso viaja por las vías aferentes hasta los centros de control del sistema nervioso central donde la información es procesada y modulada para ejecutar una respuesta postural automática corregida, transmitida mediante los sistemas de feedback (situaciones donde el cuerpo es perturbado por un evento externo) y de feedforward (respuesta postural en anticipación de una alteración del centro de gravedad) que funcionan en el contexto de respuestas aprendidas previamente.

A medida que avanza la edad disminuye la capacidad de coordinación muscular y suelen aparecer numerosas alteraciones en el funcionamiento del sistema nervioso motor, como la disminución de la fuerza y la masa muscular, y con ellas también la resistencia muscular (otras afectaciones se dan en las funciones visuales y vestibulares). Todo esto conlleva una reducción del número de receptores acompañada de la disminución de la activación refleja y de la kinestesia y, en consecuencia, pueden surgir problemas como la alteración del equilibrio, la inestabilidad articular, la predisposición lesional y la disminución de la estabilidad y el control postural, ocasionando a menudo lesiones o caídas cuya consecuencia final puede ser la discapacidad, el miedo a volver caer o incluso la muerte. De esta manera, se provoca la disminución de la aferencia de receptores, el deterioro de la vía somato sensorial y la dependencia funcional.

La reeducación propioceptiva puede ser muy beneficiosa para personas de edad avanzada ya que los ejercicios propioceptivos ayudan a la reeducación de las vías aferentes alteradas en el sistema nervioso, restablecen patrones motores funcionales y la conciencia del movimiento; también favorecen respuestas automáticas reflejas ante movimientos inesperados, mejoran la sensibilidad y la percepción y a la vez que la estabilidad funcional reclutando el mayor número de receptores posibles. En cuanto a las caídas, disminuyen su riesgo, las secuelas que éstas puedan ocasionar y disminuyen la posibilidad de caídas posteriores. Por otra parte, los ejercicios propioceptivos también colaboran en el aumento de la vitalidad (estimulando asimismo la autonomía) y, al disminuir el sedentarismo, disminuye la incapacidad funcional y los agravantes del envejecimiento. Con todo esto se puede mejorar el bienestar físico y emocional y la calidad de vida.

Objetivos: Se establece como objetivo principal conocer la influencia de un programa específico de ejercicios propioceptivos sobre la capacidad física y la marcha de los ancianos institucionalizados con baja dependencia.

Métodos: La revisión sistemática previa al estudio se centró en las áreas propiocepción y ancianidad, realizando búsquedas en las bases de datos Pubmed, PEDro, Biblioteca Cochrane Plus y Biblioteca Virtual de Salud. Se aceptaron únicamente estudios posteriores al año 2000, en castellano o inglés, con diseño de intervención o experimental, realizados en pacientes geriátricos institucionalizados, que analizaran variables sobre equilibrio y desplazamiento autónomo con alta fiabilidad interobservador, y con

análisis estadístico coherente con los objetivos planteados.

Se diseñó un estudio prospectivo e intervencional con un grupo intervención y ámbito multicéntrico (4 residencias geriátricas). Se utilizó una muestra de 26 individuos, seleccionados por el cumplimiento de los criterios de inclusión: institucionalización en centro residencial, baja dependencia (escala GDS-FAST 1-3), deambulación autónoma superior a 10 metros con o sin soporte, capacidad visual suficiente para realizar los ejercicios, capacidad auditiva suficiente para comprender ordenes y voluntariedad de participar; y como criterios de exclusión únicamente se definió el incumplimiento de alguno los criterios de inclusión. El tamaño de la muestra se puede considerar representativo para pacientes mayores de 65 años, institucionalizados y de baja dependencia.

La intervención consistió en un programa de ejercicios propioceptivos diseñado específicamente para personas de la tercera edad, en el que se incluyeron los siguientes ejercicios: ejercicios para el sistema vestibular con movimientos de cabeza arriba y abajo, derecha e izquierda, hacia delante y hacia atrás; ejercicios para extremidades inferiores en sedestación colocando una pelota en la planta del pie y haciéndola rodar hacia diferentes direcciones, realizando traspaso de pesos de una pierna a la otra y pisando fuerte contra el suelo alternando las extremidades. También se incluyeron ejercicios para las extremidades superiores con ayuda de una mesa y pelotas, consistían en realizar un traspaso de pesos de una extremidad a la otra con las palmas de las manos apoyadas encima de la mesa, en la misma posición se les pedía que flexionaran y extendieran de nuevo los codos, del mismo modo que se realizó en la extremidad inferior debían colocar una pelota bajo la palma de la mano y moverla hacia diferentes direcciones y por parejas, frente a frente, debían empujar ligeramente el hombro de su compañero a la vez que resistían la fuerza que se les estaba realizando a ellos. Los ejercicios de la extremidad inferior en bipedestación cumplían dos etapas, la primera partía de la posición de bipedestación, después se les pedía que realizaran traspaso de pesos de una extremidad a otra, también flexo-extensión de rodillas y que por parejas se pasasen una pelota; en la segunda parte de estos ejercicios la característica principal consistía en que debían quedarse en apoyo monopodal, primero con ayuda de la punta del otro pie y a continuación realizando abducción de caderas o elevando el pie contralateral. La última fase de la intervención consistía en diferentes tipos de marcha, mientras caminaban por la sala se les pedía distintas velocidades, que rodeasen obstáculos, mantener el pie elevado del suelo un tiempo más prolongado, dar zancadas o marcar con mucha atención todas las partes de una marcha normal ralentizándola. Se realizaron sesiones de 45 minutos a razón de 2 sesiones semanales durante un período de 10 semanas.

Se incluyeron como variables el test de Tinetti, Timed Up & Go y la escala Berg. Los datos fueron recogidos por fisioterapeutas expertos, previa formación, para asegurar un bajo grado de variabilidad interobservador. A continuación, fueron incluidos en una hoja de cálculo Excel 2010, filtrados y exportados al programa PSPP versión 0.7.9 para su análisis estadístico.

Resultados: La muestra final fue de 26 participantes, 18 mujeres (69,23%) y 8 hombres (30,74%). La edad media de los participantes fue de 82,69 años (dev. estándar 9,83) y el peso de 67,3kg (des. estándar 10,40; máx. 82,40, min. 51,90). El número de medicamentos prescritos cumplía una media de 6,69 medicamentos (des estándar 4,22, máx. 20 y min. 1). La capacidad física durante la marcha mostró una puntuación inicial media de 17,85 segundos (dev. estándar 7,7) en el test Timed Up and Go, y la puntuación final media fue de 15,54 segundos (dev. estándar 7,08), por lo que se redujo de media 2,31 segundos ($p=0,00$). En cuanto a la capacidad física general, la escala Berg tuvo una puntuación media inicial de 39,58 puntos (dev. estándar 10,60), y 42,62 puntos (dev. estándar 7,83) al final; mostrando una media de aumento de 3,04 puntos ($p=0,00$). El test Tinetti no otorgó cambios significativos ($p=0,28$) habiendo aumentado de media 0,73 puntos entre la valoración inicial de 21,50 puntos (des. estándar 5,22) y la final 22,23 puntos (des. estándar 4,34).

Discusión: De acuerdo con otros estudios similares realizados, los resultados del presente estudio muestran mejoras

estadísticamente significativas en los test Timed Up & Go y escala de Berg. Los resultados de la escala de Berg muestran mejoras significativas en la capacidad física general en pacientes institucionalizados por lo que los participantes se encontrarían en una mejor forma física para enfrentarse a las actividades físicas que se encuentran en su día a día, y principalmente a aquellas que les eran difíciles o que se sentían incapaces de realizar. El test Timed Up & Go redujo los segundos que necesitaban para realizar la prueba, mostrando una mejoría en la capacidad de marcha en los participantes, lo que puede revertir en la reducción de la necesidad de ayudas para la marcha. Todo esto podría retardar o prevenir el deterioro de la autonomía y dependencia por parte de estos pacientes. Es importante resaltar que a lo largo del programa de intervención estas mejoras han sido observadas de manera subjetiva, tanto por los propios participantes como por los profesionales que los acompañan diariamente: los participantes se mostraron en todo momento activos y colaboradores, afirmando los beneficios del programa sobre su calidad de vida, y los fisioterapeutas observaron de manera cualitativa la actitud positiva de los participantes. Como limitaciones del estudio se puede considerar básicamente el escaso número de pacientes incluidos. Ya que los datos obtenidos muestran significación estadística, se deberían realizar futuros estudios similares aumentando el número de participantes y utilizando un diseño experimental con grupo control aleatorizado.

Conclusión: Un programa de ejercicios propioceptivos diseñado para personas institucionalizadas de avanzada edad de baja dependencia se muestra efectivo para la mejora de la capacidad física y la marcha.

Implicaciones para la práctica clínica: Se deberían incluir ejercicios propioceptivos en el programa de práctica habitual de fisioterapia en instituciones geriátricas para pacientes con bajo grado de dependencia. Y resultaría beneficioso para la práctica clínica diaria el diseño de programas más específicos de ejercicios propioceptivos adaptados a las situaciones especiales de cada grupo de participantes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Coronado R, Pérez R, Díez MP, Renán S, et al. Estudio pronóstico de caídas en mujeres menores de 65 años con osteoporosis a través de la propiocepción. *Ortopédica Mexicana* 2006, Sep.-Oct; 20 (5): 196-200.
2. Montes ML, Pérez MLI, Díaz AS, Vázquez AJ. El balance y las caídas en la tercera edad: consecuencias, evaluación y tratamiento. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación* 2000; 12: 16-20.
3. Goble DJ, Coxon JP, Van Impe A, Geurts M, Doumas M, Wenderoth N, et al. Brain activity during ankle proprioceptive stimulation predicts balance performance in young and older adults. *J Neurosci* 2011 Nov 9; 31(45): 16344-16352.
4. Domínguez LG. Programa de ejercicios de coordinación en el anciano. *Cirugía y cirujanos* 2002 julio-agosto; 70(4): 151-156.
5. Sitjas E, Laportes SJ, Gil A, Tuduri XM, Vilardell. Factores predictores del deterioro funcional geriátrico. *Aten Primaria* 2003; 32(5): 282-287.
6. Castellón A. Calidad de vida en la atención al mayor. *Rev Mult Gerontol* 2003;13 (3): 188-192.
7. Rodríguez M. El ejercicio físico y la calidad de vida en los adultos mayores. *Revista Pensamiento Actual* 2006; 6(7). Universidad de Costa Rica
8. Hagedorn DK, Holm E. Effects of traditional physical training and visual computer feedback training in frail elderly patients. A randomized intervention study. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2010 Jun; 46(2): 159-68
9. Thompson K.R., Mikesky A.E., Bahamonde R.E., Burr D.B. Effects of physical training on proprioception in older women. *J Musculoskel Neuron Interact* 2003, 3(3): 223-231.
10. Salles A, Marcon F. Efectos de un programa de entrenamiento propioceptivo corto en el control postural en personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011; 46(5): 281-285
11. Shaffer SW, Harrison AL. Aging of the Somatosensory System: A Translational Perspective. *PHYS THER*. 2007; 87 (2): 193-207

12. Lázaro M, González-Ramírez A, Palomo-Illoro P. Evaluación del riesgo de caídas. Protocolos de valoración clínica. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005; 40(2): 54-63
13. Kuptniratsaikul V, Praditsuwan R, Assantachai P, Ployetch T, Udompunturak S, et al. Effectiveness of simple balancing training program in elderly patients with history of frequent falls. Clin Interv Aging. 2011; 6: 111-7.
14. Alcalde P. Miedo a caerse. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010; 45(1): 38-44.

Mesa de comunicaciones 12: Profesión / Gestión**Concurrent session 12: Nursing Profession / Management****AUTORES/AUTHORS:**

Alicia Negrón Fraga, Francisca Martín Llorente

TÍTULO/TITLE:

Registro de Resultados en Planes de Cuidados, análisis cuantitativo y cualitativo en un centro de salud

OBJETIVOS

Principal: Conocer la influencia de conocimientos, habilidades y aptitudes en el registro de Planes de Cuidados, PC

Secundario: Mejorar las tasas de registro de Resultados en PC tras intervenciones individuales y grupales

MÉTODOS

Investigación primaria en el ámbito de la Atención Primaria sobre el registro en programa informático de los PC mediante estudio descriptivo cuantitativo prospectivo y cualitativo de investigación-acción participante realizado el periodo de Junio 2012 a Mayo 2013 sobre una población de enfermeras de un centro de salud (N=13) con variables:

- Tanto por cien de historias activas con resultados en PC medidos trimestralmente a lo largo del 2012 de manera no acumulativa y objetiva.

- Conocimientos sobre: nomenclatura en PC, el porqué realizar PC, programa informático. Habilidades: manejo del programa informático y realización de PC sin apoyo del ordenador. Actitudes ante los PC y sobre las intervenciones realizadas: valoración de utilidad, importancia, obligatoriedad. Satisfacción con las sesiones individuales. Variables subjetivas todas ellas con valores de escala Likert 0-5.

Uso de programa informático AP-Madrid para el registro de PC y docencia. Obtención del porcentaje de registros mediante programa E-SOAP. Uso de Excel para análisis de datos. Cuestionario heteroadministrado tipo Likert para las variables subjetivas.

Observación participante, técnica conversacional: entrevista grupal, de discusión y focal al inicio del estudio y entrevistas individuales semiestructuradas al terminar para un análisis profundo de las causas y motivaciones de manera prospectiva.

Intervención: sesiones grupales e individuales sobre el manejo del registro de PC en programa informático.

Análisis en fase cuantitativa: porcentajes, medias, desviaciones típicas, c. correlación de Pearson. Se analizó una posible asociación mediante c. correlación de Pearson para todas las variables subjetivas de tipo Likert respecto de las tasas de registro extraídas en ESOAP. En fase cualitativa segmentación, categorización y codificación de la información.

RESULTADOS

La media que refiere el grupo de enfermeras sobre su percepción en conocimientos es de 3 mientras que la utilidad de los PC es valorada con 1,50; habilidad para registrar PC con programa informático 3,20 y sin él 1,90. Valoraron con 4,54 la necesidad de hacer sesiones grupales sobre PC, 4,8 su utilidad y 1,45 respecto al número (insuficientes). Entre el grupo que recibió sesiones individuales la calificación de las mismas fue unánime de 5 puntos respecto de utilidad, accesibilidad, amenas y comprensibles.

Destacaron relaciones positivas entre la evolución en los porcentajes de registro de PC y las puntuaciones subjetivas en conocimiento sobre las razones de registrar PC (0,691), percepción de obligatoriedad (0,653), importancia (0,517) y necesidad (0,654).

De quienes no solicitaron las sesiones individuales un 31% desconocían este soporte.

Tras intervenciones grupales e individuales el registro en PC se modificó con un incremento sobre el porcentaje inicial de 22,72%; entre quienes recibieron sesiones individuales un 48%; y un 17% entre el grupo que únicamente recibió sesiones grupales. Para este análisis concreto se excluyó a una enfermera recién llegada al centro de salud desde el hospital, que además sufrió un cambio de cupo en ese breve espacio de tiempo, debido a la posible confusión con el desconocimiento de sendos cupos y el programa informático.

Cualitativamente se repitió el sentirse sola en la consulta de Atención Primaria ante posibles dudas con el registro y el programa informático; sensación de inseguridad ante posibles errores de registro en las historias clínicas de usuarios que repercutieran negativamente en su atención futura o de manera legal sobre la profesional; sentimiento de ser excesivo el tiempo necesario para cumplimentar las distintas pantallas del registro de PC; y falta de reconocimiento del trabajo y tiempo invertidos por la enfermera en el registro. Relacionan esto a una escasa visibilidad de los detalles de los PC realizados en los episodios del tapiz principal en el programa informático.

En las entrevistas individuales se expuso no haber preguntado dudas en las intervenciones grupales por vergüenza o pudor ante el resto del equipo.

Pérdida de dos sujetos en el cuestionario tipo Likert.

DISCUSIÓN

Los porcentajes de registros de resultados de PC en historias activas en la Comunidad de Madrid se encontraban en 33,6% en el momento de iniciar las intervenciones, y se ha visto generalizado en otros estudios¹ mientras que el centro en el que se realizaron las intervenciones estaba en 13.7%.

Tras las intervenciones grupales e individuales sobre registro de PC mejoraron los resultados. Sin embargo, el resto de la comunidad autónoma también mejoró, aunque en menor cuantía(3,3%). No se ha podido valorar la influencia de otros factores comunes a la Comunidad de Madrid: incentivos económicos, difusión de formación continuada,... en las mejoras conseguidas.

Según nuestros resultados cualitativos y cuantitativos existe la percepción en nuestra población de que registrar PC no es útil, a diferencia de otros estudios en los que se aprecia una percepción entre el personal de enfermería de incremento de la calidad y continuidad de los cuidados mediante los PC^{2,3,4,5}. Resaltar que en nuestro estudio se encontraron mejores resultados registrados entre quienes reconocen la justificación y necesidad de los mismos.

En fase cualitativa se encontraron áreas de mejora para la aplicación informática en relación al número de pantallas sucesivas que aparecen hasta completar el registro. Por otro lado, valoran más fácil el registro informático que el manual, pudiendo esto ser debido a que el programa AP-Madrid oferta los diagnósticos, factores relacionados, condicionantes, NIC, actividades, NOC e indicadores más probables según una lógica basada en los datos del paciente. De perder todas estas sugerencias el registro requeriría un menor número de pantallas, sin embargo podría perder el aspecto facilitador.

Limitación: población homogénea de edad media en torno a 60 años y tamaño estudiado muy pequeño. Sin embargo, los resultados serían similares a los del estudio sueco cualitativo consultado en el que se concluye la necesidad en formación de pensamiento crítico y proceso de atención enfermero, así como la necesidad de que se priorice la implementación de un lenguaje estandarizado entre las enfermeras con experiencia⁶.

Como implicaciones para la práctica, el correcto registro sistemático es necesario y exigible legalmente⁷. Es importante conocer los aspectos que desmotivan esa buena práctica para corregirlos. La aplicación informática puede ser un instrumento de ayuda o dificultador en el registro de PC. A su vez, es la aplicación informática la que nos aporta datos objetivos sobre el registro de PC.

Es interesante evaluar las preferencias de los receptores de una intervención con objetivos de mejora. En este caso, las enfermeras prefirieron sesiones individuales en su consulta tras las sesiones grupales por la diferencia de ritmo en el manejo del ordenador entre distintos usuarios. Se debe considerar el hecho de que los menos duchos con las tecnologías pueden considerar vergonzante reconocerlo en sesiones grupales, siendo precisamente los que más necesitan de una adaptación del ritmo. Importante tener en cuenta también la influencia negativa de posibles tensiones entre los miembros de un equipo de trabajo que obstaculicen la realización de preguntas o expresión de dudas delante del resto de participantes.

En los casos de heterogeneidad de los discentes, en este caso sobre el manejo de programas informáticos, o de posibles autolimitaciones en la expresión de dudas, puede ser conveniente plantearse directamente sesiones individuales.

Aunque las sesiones individuales en enfermería puedan generar un mayor coste resultarían eficientes, por sí mismas o asociadas a intervenciones grupales, si los resultados obtenidos son significativamente mejores que los obtenidos únicamente mediante sesiones grupales, lo que nos proponemos investigar en futuros estudios.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Huitzi-Egilegor JX, Elorza-Puyadena MI, Urkia-Etxabe JM, Zubero-Linaza J, Zupiria-Gorostidi X. Use of the nursing process at public and private centers in a health area. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012 Sep-Oct;20(5):903-8.
2. Jakobsson J, Wann-Hansson C. Nurses' perceptions of working according to standardized care plans: a questionnaire study. *Scand J Caring Sci*. 2012 Nov 21.
3. Granero-Molina J, Fernández-Sola C, Aguilera-Manrique G, Peredo-de Gonzales MH, Mollinedo-Mallea J, Hernández-Padilla JM. [Analysis of conditions for introducing nursing procedures in Santa Cruz (Bolivia)]. *Enferm Clin*. 2010 Sep-Oct;20(5):280-5
4. Salvatierra Guerrero, Isidro; Acosta Romero, María. La planificación del alta como pieza clave en la continuidad de cuidados en pacientes con fractura de cadera. *Evidentia*. 2011 ene-mar; 8(33).
5. Svensson S, Ohlsson K, Wann-Hansson C. Development and implementation of a standardized care plan for carotid endarterectomy. *J Vasc Nurs*. 2012 Jun;30(2):44-53.
6. Jansson I, Pilhammar E, Forsberg A. Obtaining a foundation for nursing care at the time of patient admission: a grounded theory study. *Open Nurs J*. 2009 Aug 31;3:56-64.
7. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. <http://www.boe.es/boe/dias/2010/09/16/pdfs/BOE-A-2010-14199.pdf>
8. Arribas Cachá AA, Aréjula Torres JL, Borrego de la Osa R, Domingo Blázquez M, Morente Parra M et al. Valoración enfermera estandarizada. Clasificación de los criterios de valoración de enfermería. FUDEN. Observatorio de metodología enfermera. Madrid, España 2006.

9. Carpenito LJ. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. McGraw-Hill Interamericana, 5ªEd. Madrid, España 2006.
10. Schön, DA. La formación de profesionales reflexivos. Paidós. 1992.
11. Villar Angulo, LM. Alegre de la Rosa, OM. Manual para la excelencia en la enseñanza superior. McGraw Hill. 2004.
12. Pineaul, R. Daveluy, C. La Planificación Sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. Masson. 2002.

AUTORES/AUTHORS:

caroline guilherme, gabriela roberta ribeiro, vanessa dos santos ribeiro, cristina mara zamarioli, maria antonieta spinoso prado, ana maria de almeida, emilia campos de carvalho

TÍTULO/TITLE:

Effect of spiritual support in clinical parameters in women with breast cancer: A pilot study.

Aim: To evaluate the effect of nursing intervention on clinical Spiritual Support for women with breast cancer.

Method: The study is a randomized controlled clinical trial (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001), the experimental group has a spiritual support intervention (relaxation + image guided + meditation), focusing on the spiritual being chosen by the patient, the control group had the intervention relaxation. Randomization was established by the statistical program SPSS, the sequence has been ordered in sealed envelopes. Inclusion criteria: women diagnosed with breast cancer, with mastectomy in the past five years or be in treatment, age over 18, do not show decreased energy, decreased cognition, not participate in another complementary therapy and not have psychiatric disorders involving hallucinations. Variables oxygen saturation, heart rate and blood pressure were assessed before and after intervention in three consecutive days and analyzed by T test and ANOVA. The parameters could be measured by cardiac monitor BM5. The study was conducted in the outpatient Center for Teaching, Research and Rehabilitation Assistance in Mastectomized (REMA) in School of Nursing of Ribeirão Preto-USP. The project was approved by the Ethics in Human Research EERP-USP, CAE: 00896312.0.0000.5393, clinicaltrials.gov NCT01866670.

Results: The pilot study included 15 patients. For the variable oxygen saturation did not differ between the groups in the three-day trial. For heart rate, the first day there was a decrease in both groups ($p = 0.015$, CI = 1.338, 10.495) and the second day there was a decrease in heart rate in the experimental group ($p = 0.015$). For systolic blood pressure increased in the control group and decreased in the experimental group, all changes within the physiological normal range ($p = 0.030$). For diastolic blood pressure (DBP) was higher in the control group and decreased in the experimental group ($p = 0.035$), on the third day there was an increase in DBP in the control group and the experimental group in the normal conditions ($p = 0.048$, CI = -2.434, -0.011).

Discussion: analysis of physiological parameters to identify the effect of the intervention spiritual support is essential to the achievement of quality and comprehensive care for this population. The decrease in heart rate and blood pressure, mostly in the experimental group, shows the affinity of the proposed intervention with the information handled by the literature, specifically meditation.

Implications for clinical practice: nursing spiritual care is hardly observed in clinical practice and randomized controlled trials are rare. This study sought to collaborate with nursing in search of evidence to justify the implementation of the intervention spiritual support facilitating their insertion, use in practice and adherence to extend care to this dimension.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

Mesa de comunicaciones 13: Cáncer infantil / Cuidados paliativos**Concurrent session 13: Children's Cancer / Palliative Care****AUTORES/AUTHORS:**

Juan Manuel Gavala Arjona, Rosa M^a Fullana Tuduri, Apolonia Victoria Pascual Reus, Esperanza Pascual Reus, Enriqueta Casas Vera, M^a Angels Perez Artigues, Angela Tavera Tolmo, Ana M^a Daviu Puchades, Cristina Gavala Arjona

TÍTULO/TITLE:

EFFECTIVIDAD DE LA EDUCACIÓN EN EL CUIDADOR PRINCIPAL DE UN NIÑO CON UNA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA

Introducción

El diagnóstico de cáncer en un niño es un acontecimiento inesperado y devastador, para las personas que viven próximas al menor de edad. Vivir esta situación representa un largo recorrido, con diversos obstáculos y un resultado impredecible. El niño enfermo es la prioridad y la nueva centralidad de la vida.

Hoy en día el cáncer es un proceso largo y en muchas ocasiones crónico. Para el buen manejo de esta enfermedad existe la necesidad de realizar educación/formación al cuidador principal, y esto se consigue con el equipo multidisciplinar de salud.

El cáncer es un término que se usa para definir un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos.

En España, en el informe del registro nacional de tumores infantiles (RNTI), se estima que la incidencia global es de 140 casos de cáncer por cada millón de niños en edades comprendidas entre los 0-15 años. En la edad pediátrica la neoplasia más frecuente es la leucemia, seguida de los tumores del SNC.

En el caso de una enfermedad oncológica, los padres de estos niños deben hacer frente al estrés producido por la noticia y por otro lado la desbordante información, sobre pruebas, tratamientos..., y por tanto debe tratarse como una enfermedad familiar y el apoyo del equipo multiprofesional en estos momentos es de vital importancia. Las necesidades del niño y la familia son tan amplias que un solo grupo profesional nunca podría abarcarlo.

La participación de los padres en el tratamiento permite la reducción de los tiempos de hospitalización del niño, favorece la hospitalización domiciliaria y, en última instancia, la mejora de la calidad de vida del niño. Esto implica procesos educativos protocolizados, adecuados a la enfermedad y a la capacidad de cada familia. En esta tarea es fundamental la ayuda del personal de enfermería.

Objetivos

Principal: Valorar si la implantación de un calendario de sesiones formativas mejoraba la información que reciben los padres, aumentando su seguridad y reduciendo el estrés tras el alta.

Secundario: Reducir el número de llamadas y consultas a urgencias, así como los ingresos hospitalarios.

Métodos

Escenario de estudio: unidad de hospitalización oncológica pediátrica, hospital de día pediátrico y urgencias de pediatría.

Se establecieron 3 criterios de inclusión, ser cuidador principal de un niño con cáncer, estar el niño en fase activa del tratamiento y menos de 6 meses de evolución desde el diagnóstico. En el estudio participaron 36 padres/familiares de niños oncológicos diagnosticados de cáncer

Se realizó un estudio prospectivo de 6 meses de duración en el que en una primera fase se recogieron datos de los motivos de llamadas a la unidad de oncología, hospital de día y consultas en urgencias. También se elaboró un cuestionario anónimo para los padres de niños diagnosticados de cáncer, para valorar el grado de conocimiento de la enfermedad.

Tras el cuestionario los padres recibían 3 sesiones formativas (3 martes consecutivos en horario de 10 a 11:30-12). El número de padres por sesión son variables, pero como máximo 6. No tienen fecha fija, si no que se programan dependiendo de los nuevos casos. En estas sesiones, en primer lugar el profesional sanitario (facultativo, enfermera, psicólogo...) hace una exposición del tema a tratar de 45-60 minutos, y luego los padres/familiares hacen preguntas.

Los temas que se tratan en las sesiones son: en la primera se habla de generalidades del cáncer y está dirigido por un oncólogo infantil y una enfermera de la unidad de hospitalización, en la segunda sesión las enfermeras de hospital de día pediátrico informan de las complicaciones del tratamiento, aspectos nutricionales, de higiene y de cuidados, y finalmente la tercera sesión está dirigida por un psicólogo clínico y una asistente social donde ofrecen pautas y ayudas sobre aspectos psicosociales.

Un mes después de las sesiones se entregaba una encuesta de satisfacción

Resultados

En el año 2011 se registraron en nuestra unidad 25 nuevos casos de procesos oncológicos, y durante este año permanecieron 32 niños en tratamiento. Durante el año 2012, también se registraron 25 nuevos casos, pero estuvieron en tratamiento 40 niños. Durante la recogida de datos, el 55% de las llamadas son recogidas en HDDP y un 45% en la unidad de hospitalización. De estas llamadas, el 45% se referían a complicaciones de la enfermedad, un 25% por problemas con la medicación y un 30% por otros factores.

Durante el año 2011, se atienden 28.757 consultas en urgencias de pediatría de las que 203 (0,7%) son de niños oncológicos, mientras que en 2012 de 27.357 consultas, 305 (1,1%) son debidas a niños oncológicos.

Los ingresos procedentes de urgencias a la unidad de hospitalización de oncología fue durante 2011 de 244 (2,71%) ingresos oncológicos de 8.998 ingresos totales, mientras que durante 2012 hubo 486 (6,8%) ingresos de 7.159 ingresos totales.

El 61% (22) de los padres acuden a todas las sesiones, un 22,2% (8) acude a alguna sesión, mientras que un 16,8% (6) no acuden a ninguna sesión. El principal motivo por el que no acuden es por barrera idiomática, padres de otras nacionalidades (marroquíes, alemanes y ucranianos).

En la encuesta previa: 29 padres (80,5%) referían recibir la información del personal sanitario principalmente, pero la solían complementar consultando en Internet. 34 padres (94,5%) confían en la información que se le transmite, y se sienten bien atendidos en la unidad. 13 padres (36%) refieren que la información que tienen es suficiente, mientras que 23 (64%) necesitaría más información. Si se presentan dudas, 6 padres (16,7%) no preguntan o preguntan poco, frente a 30 padres (83,3%) que preguntan las dudas que se le presentan. Cuando se van al domicilio, ante una complicación, 15 padres (41,7%) sabe actuar correctamente, mientras que 21 padres (58,3%) presentan dudas. 29 padres (80,5%) no había realizado nunca una técnica de relajación, y solo 7 padres (19,5%), las había utilizado en alguna ocasión. Se deja una pregunta abierta para realizar sugerencias, donde los padres nos proponen realizar sesiones a niños adolescentes, más apoyo psicológico, y traducción de las sesiones, por barrera idiomática.

En las encuestas de satisfacción tras las sesiones, 34 padres (94,4%) nos indican que están satisfechos con la información recibida. Los 36 padres (100%) opina que se le ha dado más información de la que ya disponían, 35 padres (97,2%) está más tranquilo desde su participación en las sesiones. Los padres nos proponen que se realicen más sesiones, participación de padres que han pasado por el mismo proceso, elaboración de una guía de recomendaciones, y realizar sesiones en otros horarios.

Discusión e implicaciones para la práctica clínica

Las sesiones formativas permiten que los padres asimilen mejor la información acerca de la enfermedad y su cuidado, dándoles más seguridad en el momento del alta y disminuyendo el grado de estrés en el domicilio lo que implica una disminución en el número de consultas telefónicas y acudir antes al servicio de urgencias, ante una complicación.

El número de visitas a urgencias así como los ingresos han aumentado debido a que se detectan antes las complicaciones y no esperan a acudir a la consulta con el oncólogo.

Se ha instaurado un calendario de sesiones formativas para padres una vez que ha disminuido el impacto inicial del diagnóstico de la enfermedad.

En un futuro se confeccionará una guía, para ampliar las sesiones, y traducirlas a otros idiomas, se creará una sesión para pacientes adolescentes, se creará una página Web para profesionales y pacientes, así como un teléfono único de llamadas.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA: Tras recibir las sesiones, el cuidador principal sabe distinguir los casos de urgencias oncológicas en el niño, disminuyendo sus complicaciones. También le dan seguridad para tomar decisiones y les disminuye el estrés.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Alvarez Sampons. A. et al. Educación sanitaria en oncología pediátrica como herramienta para la seguridad del paciente.

Enfermería oncológica. 2013; 15 (3): 12-16.

- Cerqueira, C. and Barbieri, M.C. La teoría de las transiciones de Meleis en el análisis de la experiencia de cuidar a un niño con cancer. Book of abstracts of 16th International nursing research conference. Murcia, november 2012. p 7.
- Grau, C. et al. Relaciones padres-médicos en oncología: un enfoque cualitativo. An. Sist. Sanit. Navar. 2010; 33 (3): 277-285.
- Serradas Fonseca, M. Colaboración interdisciplinaria en la atención del niño con cancer y su familia. Rev Venez Oncol 2010; 22 (3):174-186.
- García Hernandez. B. Sospecha de cancer en pediatría. Pediatr Integral 2008; XII (6): 537-544.
- Batoca, E. et al. Percepción de los padres de los niños hospitalizados acerca de la potenciación de la familia. Book of abstracts of 16th International nursing research conference. Murcia, november 2012. p 372.
- Ubiergo-Ubiergo, M.C. et al. El soporte de enfermería y la claudicación del cuidador informal. Enferm clin. 2005; 15 (4): 199-205.
- Silva, C.M. and Barbieri, M.C. Ser cuidador de un niño con cancer. Un enfoque sobre la persona. Book of abstracts of 12th International nursing research conference. November 2008. p 492.
- <http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%207/oncol7.htm> (consultado 17-01-12)

AUTORES/AUTHORS:

Carla Cerqueira, Maria do Céu Barbieri, Filipe Pereira

TÍTULO/TITLE:

Mantener la familia en equilibrio cuando se cuida de un niño con cáncer - una perspectiva desde la persona que cuida.

Objetivo: Estudios anteriores (Silva 2009, Cerqueira and Barbieri 2012), con padres que estaban cuidando un niño con cáncer, reveló que estas personas experimentan una transición al reflexionar su experiencia desde la Teoría de las Transiciones de Meleis (Meleis, Sawyer et al. 2000). Esta teoría propone que la misión de la enfermera es ayudar a las personas que están pasando por una transición facilitando el proceso (Meleis and Trangenstein 1994). Los patrones de respuesta de una transición son el conjunto de respuestas (comportamientos) que se espera que ocurra en el curso de una transición saludable (Meleis, Sawyer et al. 2000). Para que sea posible seguir y asistir a estos cuidadores, a vivir su proceso de transición, es necesario conocer los comportamientos o patrones de respuesta que están asociados a esta transición. El presente estudio tuvo como objetivo conocer los patrones de respuesta presentes en la transición experimentada por la persona que cuida de un niño con cáncer.

Métodos: Conocer los comportamientos o patrones de respuesta que están asociados a esta transición, fue el punto de partida para el desarrollo de un estudio de caso envolviendo 22 cuidadores de niños con cáncer en fase activa de tratamiento. Los datos se obtuvieron a partir de entrevistas semiestructuradas y analizados mediante procedimientos analíticos de la Teoría Fundamentada (Strauss and Corbin 2008). En esta presentación, se da a conocer parte de los resultados relativos a dos dimensiones: "Mantener la familia en equilibrio" y " Proveer cuidado al niño con cáncer".

Resultados: El cáncer en la infancia afecta el bienestar de lo niño, lo conduce a una situación de mayor fragilidad física y emocional y a una pérdida de autonomía. Es algo que resulta tanto de la progresión de la enfermedad así como de su tratamiento. Para satisfacer todas las necesidades de cuidado de lo niño, uno de los adultos, de su sistema familiar, asume la responsabilidad de cuidarlo. En la mayoría de los casos, esta función es asumida por la mujer/madre. Los datos revelaron que el cuidar de un crío con cáncer es una experiencia compleja que envuelve varias dimensiones. "Proveer cuidado al niño con cáncer" incluyó comportamientos relacionados con actividades parentales destinadas a promover el crecimiento y desarrollo saludable de los niños. Través de estas actividades, los padres buscan promover el máximo desarrollo del niño lo más cerca posible de sus compañeros. En este contexto, los padres asumen la responsabilidad de garantizar las necesidades básicas de autocuidado (substituyendo o ayudando el niño) y promover la integración de la nueva condición de salud del niño (promueve la aceptación de la enfermedad y el desarrollo del niño de acuerdo a su condición). No obstante, "Proveer cuidado al niño con cáncer" también implica cuidar del niño y de sus necesidades que resultan directamente de la enfermedad y tratamiento. El cuidador presenta comportamientos relativos a providenciar cuidados diferenciados (identifica los cambios en la condición del niño y proporciona atención apropiada); promover un ambiente seguro (conoce medidas de control de la infección e implementa medidas de protección de acuerdo con la condición del niño), debido a la inmunosupresión; velar por los intereses del niño con los profesionales de salud (hace de mediador entre el niño y el equipo de salud y fomenta una relación de confianza entre los dos) y garantizar la continuidad asistencial (entre los servicios de salud y su casa). Los datos revelaron que cuidar de un niño con cáncer sigue siendo una función eminentemente femenina, a pesar de que ha habido un cambio en el papel del hombre. La mujer no solo se ve a sí misma como responsable del niño enfermo como busca mantener su papel central en la dinámica familiar y seguir cuidando de los otros críos. "Mantener la familia en equilibrio" es una dimensión envolviendo comportamientos para "Garantizar las necesidades" de los otros miembros de la familia como por ejemplo: asegurar el mantenimiento de las tareas diarias; coordinar las rutinas de los diferentes miembros de la familia; promover la aceptación de los cambios en las rutinas familiares; transmitir y gestionar la información a los diferentes miembros de la familia; dar apoyo emocional. "Mantener la familia en equilibrio" también incluyó cuidar de los niños sanos. Con respecto al "Cuidar de los niños sanos", el cuidador intenta seguir los acontecimientos vividos por los otros hijos; identifica sus necesidades; desarrolla estrategias para los acompañar;

comunica la noticia de la enfermedad del hermano y gestiona las reacciones al diagnóstico; los prepara para los cambios que se producirán y los protege de situaciones que causan sufrimiento.

Discusión: El papel de cuidador, en la mayoría de los casos, es asumido por la madre. Sin embargo, cuidar del niño ultrapasa las competencias parentales necesarias para un desarrollo armonioso del menor. Según Hoghughi (2004) las habilidades parentales comprenden un conjunto de actividades con el fin de asegurar la supervivencia y el desarrollo de un niño. Mas el cuidador tiene que conocer la enfermedad, su tratamiento y las complicaciones asociadas; necesita conocer las posibles respuestas del organismo al tratamiento y las necesidades de atención de salud; ser capaz de acompañar al niño durante todo el proceso de asistencia y colaborar activamente con los profesionales de la salud. En este contexto, también han contribuido los cambios en los sistemas de salud, con estancias cada vez más cortas en los hospitales y con el aumento de la atención que se realiza en su casa. Esto resultó en un aumento responsabilidad asumida por los padres o cuidadores, que además de la administración de los medicamentos han sido necesarios para vigilar los efectos secundarios de los tratamientos y observar las complicaciones que se derivan de su toxicidad (Wells, James et al. 2002). El estudio presente pone de manifiesto la magnitud de cuidados que el cuidador se enfrenta, exigiendo conocimientos, habilidades, aprendizaje, preparación, actitud crítica y auto-confianza. Los resultados revelaron que la mujer/madre, asume no solo todas las necesidades de cuidado del niño enfermo, como prosigue con algunas de las funciones relacionadas con el funcionamiento cotidiano de la familia y con el cuidado de los otros niños. Las circunstancias no facilitan su desempeño y con frecuencia enfrenta dificultades que tiene que superar. Para que esto suceda, el cuidador tiene que movilizar recursos, adoptar nuevas estrategias, desarrollar nuevas habilidades y movilizar otras que ya tenía, con el propósito de encontrar las mejores respuestas a los problemas del día a día. Mendes (2010) realizó un estudio en el cual se pretende explorar la perspectiva de los padres en el cuidado de un niño enfermo en colaboración con profesionales de la salud y durante la hospitalización del niño. En este estudio participaron 30 mujeres que fueron hospitalizadas junto con su hijo, y los datos revelaron cómo los acompañantes consideran importante permanecer 24 horas con el niño. No obstante, para algunas mujeres, esta situación importa problemas relacionados con la separación de la familia, generando sentimientos de abandono en relación con otros hijos e cónyuge. Es decir, «Mantener la familia en equilibrio» y " Proveer cuidado al niño con cáncer" requiere el desarrollo de comportamientos algo complejos. Cuando lo cumplimiento de sus tareas excede la capacidad de respuesta, el cuidador puede tener la percepción de una autoeficacia baja, perjudicando su desempeño. El profesional de enfermería debe fomentar la participación de otros miembros de la familia en el proceso, aliviando la carga del cuidador y produciendo un entorno favorable al desarrollo de los comportamientos que necesita para vivir su transición con suceso. Es importante conocer cuáles son los comportamientos / patrones de respuesta asociados a la transición experimentada por la persona que cuida de un niño con cáncer. Así es posible identificar los cuidadores en riesgo o vulnerables y prontamente llevarlos a una transición saludable. Con el trabajo realizado fue posible identificar comportamientos desenvueltos por los cuidadores cuando cuidan de su hijo con cáncer. Algunos de estos comportamientos pueden desarrollarse como patrones de respuesta en la transición experimentada por ellos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Cerqueira, C. y M. C. Barbieri (2012). La Teoría de las Transiciones de Meleis en el análisis de la "experiencia de cuidar un niño con cáncer". Libro de ponencias - XVI Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados,. Instituto de Salud Carlos III. Unidad de Investigación en Cuidados de Salud. Cartagena: 7-9.

Hoghughi, M. (2004). Parenting - An Introduction. Handbook of Parenting: theory and research for practice. M. Hoghughi and N. Long, SAGE Publications: 1-18.

Meleis, A. I., L. Sawyer, E. O. Im, D. H. Messias y K. Schumacher (2000). "Experiencing transitions: An emerging middle range

theory." *Advances in Nursing Science* 23(1): 12-28.

Meleis, A. I. y P. A. Trangenstein (1994). "Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission." *Nursing Outlook* 42: 255-259.

Mendes, M. G. (2010). *Enfermeiros e Pais em Parceria na Construção do Bem-Estar da Família. Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família*. Escola Superior de enfermagem do Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto,.

Silva, C. M. C. (2009). *A pessoa que cuida da criança com cancro*. Mestrado, Universidade do Porto.

Strauss, A. L. y J. Corbin (2008). *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*, Artmed.

Wells, D. K., K. James, J. L. Stewart, I. M. Moore, K. P. Kelly, B. Moore, D. Bond, J. Diamond, B. Hall, R. Mahan, L. Roll y B. Speckhart (2002). "The care of my child with cancer: A new instrument to measure caregiving demand in parents of children with cancer." *Journal of Pediatric Nursing* 17(3): 201-210.

AUTORES/AUTHORS:

Imelda Orozco Mares

TÍTULO/TITLE:

Explicaciones simbólicas sobre la muerte como recurso de bienestar para el enfermo y su familia

Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Tonalá
Proyecto CONACyT 229276254 y F-PROMEP-01/Rev-04

Los universos simbólicos son cuerpos de tradición teórica que integran zonas de significado, y abarcan el orden institucional en una totalidad simbólica. Ponen las cosas en su lugar y permiten volver a la realidad; ordenan y legitiman los roles cotidianos, prioridades y procedimientos operativos, colocándolos en el contexto del marco de referencia más general que puede concebirse. Permiten enfrentar la propia muerte y la vida después de presenciar la muerte ajena.

Este sistema de creencia brinda una explicación al por qué de la muerte y un consuelo a lo que pasa alrededor de ella. Creer que la muerte puede ser el paso a una mejor vida como simbolización religiosa, o que el alma formará parte del cosmos, como simbolización metafísica permiten al menos en teoría aceptar la idea del morir y abandonar el mundo con actitud natural (Berger & Luckmann, 1977).

De hecho, algunos pensadores insisten en afirmar que todas las religiones surgieron como mecanismo social para explicar la muerte, eso que está más allá de nuestra comprensión y que infunde miedo al ser humano (Bowker, 1996).

Por ello es que el que está muriendo requiere de espacios que le permitan reflexionar sobre su vida y encontrar sentido a la muerte, para ello, es necesario que participe la familia y el equipo de salud con la finalidad de evitar que la persona muera sin sentido y en absoluta incompreensión y soledad (Álvarez, 1995).

Objetivo en este trabajo se planteó analizar los universos simbólicos sobre la muerte construidos culturalmente y que se convierten en recursos para el sentimiento de bienestar del enfermo terminal y su familia.

Método

Estudio etnográfico. Participantes: 15 enfermos en fase terminal y familiares atendidos en una unidad de cuidados paliativos de Guadalajara, México, 9 hombres y 5 mujeres, edades entre 29 y 64 años. Todos habían tenido al menos una relación de pareja estable y 13 de ellos tenían hijos. Todos profesaban la religión católica. Técnicas: se realizaron entrevistas en profundidad (audiograbadas) a enfermos, familiares e informantes clave (personal de salud y amigos) y registro etnográfico de los escenarios naturales del enfermo (hogares y unidad de cuidados paliativos). Las transcripciones fieles de las entrevistas y confrontadas con el registro de observación fueron segmentadas y codificadas en matrices de datos para análisis de contenido. Las categorías utilizadas fueron: la explicaciones simbólicas y creencias de la enfermedad y la muerte.

Cada uno(a) de los participantes fue informado sobre la naturaleza del estudio, se explicó que los datos serían utilizados en foros académicos e informes institucionales, pero que sus personas y relatos serían confidenciales, sobre todo en el caso de los enfermos, pues durante las pláticas se habló de la calidad de atención que recibían y se debía garantizar su tranquilidad y seguridad de que la conversación no afectaría la atención futura.

Resultados

La explicación de la enfermedad sugiere diferencias por género, las mujeres se explican el cáncer como resultado de su estilo de vida, las preocupaciones, odios reprimidos y una serie de condiciones adversas que atraviesan a lo largo de su vida y se convierten en enfermedad. Estela decía que había enfermado por:

¿Quién sabe por qué? Sólo Dios. Será por la vida, los desvelos, el trabajo, siempre las preocupaciones, los hijos, el dinero, uno siempre aquí pegado a los problemas sin solución, por eso, por eso llegan las enfermedades.

Los hombres conciben a la enfermedad como el pago de los pecados en vida. Javier lo expresó con claridad cuando dijo:

Yo creo que me enfermé de esto por haber sido tan mujeriego y tomador, fui malo con mi familia, por eso tengo cáncer y de hígado imagínese, si fue por eso ¿por qué más?

Por su parte Fidel, considera su enfermedad como un mal por haber sobrevivido a su único hijo:

Mi mamá murió de cáncer y a mí el mal me entró cuando se murió mi hijo, no dije nada, pero desde entonces poco a poco fue creciendo como un dolor, algo... hasta que ya mi estómago no aguantó y resultó esto, pero a la enfermedad yo la veo como mi amiga, como la trate me va a tratar, igual, igual que a un amigo.

Las explicaciones que proporcionan sentido de tranquilidad y con ello de bienestar ante la muerte al enfermo(a) y sus familias son las creencias religiosas. Los discursos de todos estaba permeado por frases como: Dios quiere que sufra aquí y no en el otro mundo o Está pagando en vida. En especial, explica y da sentido a la muerte la fe en la vida eterna. Esto se materializa en los rituales y prácticas religiosas y en la necesidad de ser visitados en sus hogares por un sacerdote o ministro de la comunión. Edith sabía que el padre iría a verla una vez por semana y además de recibir la comunión, podría platicar con el sacerdote sus sueños, ya que después de su última cirugía, ella sintió como:

Diosito le dijo, "bájate tú no debes estar aquí". Reconoce que ya casi no me confieso, nomás platicamos y él me dice que tengo que aceptar que estoy en manos de Dios, hasta que Dios se acuerde de mí, y adelante con la vida...

Para estos enfermos y sus familias sólo se hace la voluntad de Dios y la confianza en que se han puesto a mano con Él a través de la confesión y la absolución. Cuando no se cuenta con este recursos, la calidad de vida se trastoca: Estela sufre porque: todos [sus hijos] nomás me dicen que lo van a traer [al sacerdote] y nada, yo ya siento que no me va a dar tiempo de arreglar todo, me desespero y fíjese así y desesperada, pero qué le voy a hacer si tengo meses que no me levanto, yo no sabía que iba a ser así, que así iba a acabar, en la cama sin poder ni siquiera...

Documenté la creencia popular de que Todo aquel que está muriendo puede reconocer el momento de la muerte, esa creencia se entiende como el permiso que da Dios de mejorar antes poco de morir para despedirse y pedir perdón. Algunos médicos comparten la creencia o "paradoja de la muerte". Un oncólogo del Instituto Jalisciense de Cancerología explica en una las pláticas que sostuvimos después de visitar a algún(a) paciente:

pudo observar el brillo en los ojos de Sandy, ese es un brillo que ayer no tenía ¿se fijó verdad? Ese brillo es el que aparece como la paradoja de la muerte, ese es el momento en que debemos hablar con la familia y decirles que se preparen, que se despidan y que ya la dejen ir, tenemos que aceptar...

Fidel por su parte aprovecha para despedirse y darse unos últimos gustos:

Siempre con el permiso de mi doctora, me tomo mi cervecita y convivo con mi familia, hice una fiesta y una misa, haga de cuenta como una despedida de soltero, hay que aprovechar el permiso que Dios nos da para ponernos a mano, nomás me queda mi compadre que ya todo está perdonado, pero todavía no me siento a gusto, ya me dijo mi hermano que me lo va a traer para arreglar, y bueno Cuca [su esposa] pero qué hago con ese pendiente, nomás le digo que se fije bien con quien se va a arrimar cuando yo falte, que sea alguien que la respete.

Otra creencia común es esperar que alguien venga y los conduzca a otra vida. Rosa a la vez que posa su mano en mi pierna dice con tranquilidad

Mis hijos creen que estoy tonta, si tengo cáncer, yo sé que me voy a morir. Mire, desde hace tiempesito cada noche siento que alguien me pone la mano en el hombro o la cabeza ¿será la muerte?

No siempre es placentero "ver" a otros que vienen para acompañar en el tránsito a otra vida. Edith también deseaba la visita del sacerdote porque

Él está bendito y va a venir a quitarme toda esa gente que yo veo, él me ayuda a que se me vaya el miedo, me habla y me explica porque veo gente y esa fuente con tanta agua y me dice que si tengo sed y tengo fe puedo tomar agua de ahí y con eso voy a aguantar el camino que estoy recorriendo.

Con relación a la atención otorgada por el equipo de salud y en especial a la relación médico-paciente, las mujeres mostraban molestia porque los médicos obviarán en sus discursos las palabras “Primero Dios o Si Dios Quiere”. María dijo con claridad: Así como estoy ya, Dios es el único que puede hacer algo, Él va a decidir y yo creo que el doctor nomás puede darme pa’ no sufrir tanto, ellos tienen que tener también confianza en Dios, nunca, nunca dicen eso, yo digo “si Dios quiere llego a la otra cita”, primero Dios ¿verdad?

Del equipo de enfermería valoraban que mostraran confiar en Dios para buscar su calidad de vida. Todos los(as) participantes sabían que estaban muriendo, y que estaban “en manos de Dios” y ya nadie podía hacer nada por ellas, sólo orar. La misma María dice:

Que distinto Vania, la enfermera jovencita que viene, otra cosa con ella siempre es “mire hija, primero Dios y la medicina verá que no se va a sentir tan mal, o usted récele para que vengan sus hijos a verla. Qué diferencia...

Los arreglos domiciliarios (Robles, 2007) implican una reorganización del espacio para cubrir las necesidades de los enfermos y entre esto está la decoración. El lugar donde pasan sus días los enfermos (generalmente la sala de la casa), se decora para fortalecer las creencias religiosas. Las improvisadas camas se rodean de imágenes de Cristo, Vírgenes, Santos, veladoras, rosarios, pequeños altares, etc., todo para que el enfermo y la familia y en no pocas ocasiones acompañados de los amigos que los visitan, puedan practicar su religiosidad. La práctica más común es rezar el Rosario en familia, esto brinda consuelo a todos, fortalece la confianza en la vida eterna.

Discusión

Los universos simbólicos son explicaciones o significados compartidos por los miembros de una cultura (la mexicana) y abren un mundo en el que participamos y permiten la comunicación (Osorio, 1998). Cuando comparten códigos y símbolos equipo de salud y enfermos y familia, aumentará la calidad de vida en los últimos días de vida de un enfermo terminal.

Los hallazgos de este estudio son coincidentes con los de Luxardo (2006) quien identificó como fuente del mal o enfermedad explicaciones similares: el estilo de vida, la herencia familiar y emociones fuertes.

Es claro que para este grupo, la esperanza religiosa en otra vida ofrece la posibilidad de negar la muerte, ya que niega la extinción o aniquilación, es tan sólo el tránsito a otro plano vital (González, 2009) y se fortalece aun más, cuando en el imaginario se materializa la creencia de que “otros” vienen a buscarlos para llevarlos o acompañarlos en ese tránsito.

En el caso de la población mexicana y urbana, los universos simbólicos y/o creencias que explican todo aquello que escapa de la vida cotidiana son importantes para lograr tranquilidad y paz antes, durante y después de la muerte. El equipo de salud deberá reconocer las creencias simbólicas al momento de dar malas noticias y así lograr calidad de vida en los últimos días.

Si bien hay un choque entre las explicaciones cotidianas y de sentido común de la enfermedad y las científicas, ambas, en la experiencia de los enfermos son válidas (Salcedo, 2008) y ambas deberán ser comprendidas, es decir, el equipo de salud necesita hacer una introspección a su propia cotidianidad y recuperar las explicaciones de sentido común en el momento de tratar a sus pacientes, y el enfermo debe comprender la explicación científica para enfrentar con mayores herramientas su enfermedad. Incorporar al discurso médico las explicaciones de sentido común como: los moribundos perciben a otros y los acompañarán en el proceso de muerte; hay una mejoría previa que debe ser capitalizada para lograr bienestar en la familia y favorezca las despedidas y preparación a la muerte, y la esperanza en Dios (Benjamins, 2006) y en la vida eterna derivarán en una relación equipo de salud-paciente-familia más integral.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Álvarez, Asunción. “El enfermo ante la muerte”. Revista ciencias. Abril-junio. 1995. pp. 11-17.

Berger, Peter y Luckmann, Thomas. La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu. 1977.

Benjamins Maureen R. “Does religión influence patient satisfaction”. American Journal of Health Behavior, 2006 30(1), 85-91.

- Bowker, John. Los significados de la muerte. Gran Bretaña: Cambridge University Press, 1996.
- González Campos, Guillermo. (2009). Los sistemas ideológicos de la muerte. Reflexiones, 89-100.
- Luxardo, Natalia. (2006). Tejiendo tramas para explicar la aparición del cáncer (Argentina). Mitológicas, Sin mes, 55-67.
- Osorio, Francisco. (1998). La Explicación en Antropología. Cinta de Moebio, Sin mes,
- Robles Silva, Leticia. (2007). La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos. Un estudio en el barrio de Oblatos. Universidad de Guadalajara/Editorial Universitaria.
- Salcedo Fidalgo, Hernando. (2008). Representaciones sociales y metáforas del cáncer en los siglos XVII y XVIII: una antología de lugares comunes. Antípoda (6) Enero-junio, 200-215.

AUTORES/AUTHORS:

Basant Karn, Anu Aryal, Dharnidhar Baral

TÍTULO/TITLE:

Stress among parents of intellectually disabled individuals of Sustha Manasthiti Baal Kalyan Bidhyalaya, Dharan, Nepal

Authors: Karn BK, Aryal A, Baral DD

Objectives:

To assess perceived stress and perceived stressors in parents of intellectually disabled individuals.

Methods: Descriptive cross sectional study was used in Sustha Manasthiti Baal Kalyan Bidhyalaya which is the only special-education school in Dharan municipality which provides special education to intellectually disabled individuals of Dharan and its surrounding areas. It is supported by special education unit under Ministry of education, Government of Nepal. Fifty parents whose intellectually disabled children were included in study by Population enumeration sampling technique was used. Data was collected by using a semi-Structured interview schedule based on Perceived Stress Scale (PSS-14) was used to measure level of stress in parents. The scale consists of 14 questions, each with minimum 0 to maximum 4 score. Written consent was obtained from each research participant.

It was found that, more than half (i.e. 57.5%) of parents of intellectually disabled individuals of Sustha Manasthiti Baalkalyan Bidhyalaya were females, while 42.5% of them were males. Maximum number of (27.5%) parents were in the age group of 25-30 years, followed by age group < 16 years (20%). Individuals in age group 16-20 years, 20-25 years and >30 years were equal in numbers i.e.17.5%. The median age was 25 years.

Out of 40 children, majority i.e. 13 (32.5%), had been studying there for more than 15 years, while 10 (25%) were studying for 10-15 years, 8 (20%) were studying for 5-10 years and 9 (22.5%) for less than 5 years.

The study showed that majority (68%) of children followed by severe intellectual disability (20%) and mild intellectual disability (12%). The study suggested that most of the respondents i.e. 72.5% were mothers, while 27.5% were fathers.

Seventeen and half percentage of parents were illiterate, 45% received non-formal education, 17.5% were educated up-to secondary level and 20% had education of higher than or equal to intermediate level.

Thirty (75%) were married and with living spouse while 10 (i.e. 25%) were widowed.

Occupation wise, out of 29 mothers 17 were housewife, 9 were doing business and 3 were retired. While in case of fathers, out of 11, 3 were doing business, 3 were retired and 5 were doing had other occupation like service, labour and mechanic.

The study revealed that, out of 40 parents, 21 (i.e. 52.5%) lived in nuclear families while 19 (i.e. 47.5%) parents lived in joint families.

Study indicated that, 67.5% of families had per-capita income of less than 1.25\$ per day (i.e. below extreme poverty line), and remaining 32.5% had per-capita income of more than or equal to 1.25\$ per day (i.e. above extreme poverty line).

The study found that out of total score of 56, the mean Perceived stress in parents was 27.6, with standard deviation 8.55, and score ranged from 11 to 49. The median score was 26.5.

On converting the score in percentage score, the mean percentage score was 49.28%, ranging from 19.64% to 87.5% with a standard deviation of 15.28%. The median percentage score was 47.32%.

It was found that there was no significant variation in parents' perceived stress with their intellectually disabled child's characteristics like gender, age and level of intellectual disability.

It was found that, perceived stress in parents significantly differed in different age group, the maximum stress been observed in age group more than 60 years with mean stress of 60.51%.

There were no significant difference in perceived stress of parents with their other characteristics like gender, relation with child,

marital status, educational status, occupation, per-capita income and type of family.

. The least of them shared of having problem with neighbors due to the child and many denied of community's negative attitude towards their child.

It was found that parents who perceived having difficulty in meeting physical health needs of intellectually disabled children have positive co-relation with perceived stress (P value 0.014). Similarly parents finding difficulty in meeting own personal need and dealing with financial issues have positive co-relation with perceived stress (P value 0.005 and 0.026 respectively).

It was found that parents also shared other stressors like death in family, illness and debt, but none of those stressors had association with perceived stress. Meanwhile, parents who shared having to care for elderly family member at home as stressful, their mean perceived stress (percentage score) was 66.96 while who didn't complaint of those had mean value of 47.32. Thus caring for elderly family member was positively correlated with perceived stress (P value 0.025)

DISCUSSION

This study was aimed at assessing the perceived stress in parents of intellectually disabled individuals of Sustha Manasthiti Baal Kalyan Bidhyalaya, Dharan. Research design of this study was cross sectional descriptive design. Data was collected by home visiting and by interview method. Forty parents were included using population enumeration sampling technique.

Nearly half of the intellectually disabled individuals in that school were male and females each. The mean age was 24.3, median age 25 years. Most them i.e. 68% were moderately intellectually disabled followed by severe intellectual disability in 20% and mild intellectual disability 12%. This may be because mildly intellectually disabled are educable so they remain unrecognized most of the time, while moderately intellectually disabled are trainable so parents admit them in special school for training.

Most of the respondents i.e. 72.5% were mothers, while 27.5% were fathers. It may be because data was collected by home visiting method and majority of housewife mothers were met during data collection. More than half of the parents (i.e. 52.5%) were in the age group 45-60 years, followed by 25% in age group 30-45 years and 22.5% were above 60 years. In regard to educational status, 17.5% of parents were illiterate, 45% received informal education, 17.5% were educated up-to class 10 and 20% had education of SLC and above. Out of 40 parents, majority i.e.75% were married and with spouse, while 25% were widowed.

Out of 40 parents, 21 (i.e. 52.5%) lived in nuclear families while 19 (i.e. 47.5%) parents lived in joint families. In regard to financial status about two- third i.e. 67.5% of families had per-capita income of less than 1.25\$ per day (i.e. below extreme poverty line), and remaining one-third (i.e. 32.5%) had per-capita income of more than 1.25\$ per day (i.e. above extreme poverty line).

Out of total score of 56, the mean Perceived stress in parents was 27.6 (49.28%), with standard deviation 8.55(15.28%), and score ranged from 11(19.64%) to 49(87.5%). The standard error of mean was 1.35(2.41%). This average value was higher than stress perceived by people living with HIV (which was 25.5 out of 56) in the study by Deo BK, Shyangwa MP, Shrestha SN, Singh J and Amaya MN.

There was no significant variation in parents' perceived stress with their intellectually disabled children's characteristics like gender, age and level of intellectual disability. Green also found that most parents of children with disabilities associated the burden of care with socio-cultural constraints and not with child-specific problems. Similarly J. Aaron Resch, Michael R. Benz, and Timothy R. Elliott in Texas A&M University in a multi method analysis concluded that access to resources and environmental/social supports have a greater direct effect on parent wellbeing (physical and emotional wellbeing, life satisfaction and family satisfaction) than child demographic variables and disability severity.²⁴

There was not significant difference in perceived stress of parents with their other characteristics like gender, relation with child, marital status, educational status, occupation, per-capita income and type of family. Though, the result was contrary to the study by Upadhyay, G.R. and Havalappanavar, N.B. in Karnataka Institute of Mental Health, Dharwad Karnataka University, India, in which the findings showed that single parent families of mentally retarded children experienced higher levels of stress (total and in all areas) compared to such families where both parents are alive.

Perceived stress in parents significantly differed in different age group, the maximum stress been observed in age group more than

60 years with mean stress of 60.51%. According to Cuskelly and Einam, parents of adults with an intellectual disability are ageing, along with their sons and daughters. Their own ageing, plus additional responsibilities that often attend getting older, such as providing care for one's own parents or spouse, may decrease their capacities to provide care for their adult child with a disability. These extra demands are almost certain to deplete their resources to cope with any unexpected events or crises in the life of their adult child.²¹

It was found that parents find it most problematic in creating and/or finding opportunities for his/her to make friends and participate in activities followed by helping them in activities of daily living and in meeting own personal needs due to the child and others. The least of them shared of having problem with neighbours due to the child. Similarly, majority denied of negative attitude of community towards them and their intellectually disabled children, which shows the changing attitude of society towards intellectually disabled and their family.

It was found that the parents who perceived having difficulty in meeting physical health need of intellectually disabled children have positive co-relation with perceived stress (P value 0.014). Similarly parents finding difficulty in meeting own personal need and dealing with financial issues have positive co-relation with perceived stress (P value 0.005 and 0.026 respectively). Though very few parents (4 parents) shared having to care for elderly family member at home as stressful, their mean perceived stress (percentage score) was 66.96 while who didn't complaint of those had mean value of 47.32. Thus caring for elderly family member was positively correlated with perceived stress (P value 0.025).

An interesting finding of this study is that, though calculated per capita income of the family had no association with perceived stress, but those parents who self appraised having financial problem had higher perceived stress. According to WHO12 annual health care costs for children with disabilities are higher compared with children without disabilities, the extra costs may result from costs associated with medical care or assistive devices, or the need for personal support and assistance. Because of higher costs, people with disabilities and their house-holds are likely to be poorer than non-dis-abled people with similar incomes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Venkatesh KG. Psychological coping and strategies of the parents of mentally challenged children. Journal of Indian Academy of Applied Psychology [serial online] 2008 July [cited on 21 Nov 2011]; 34(2):227-231. Available from:
URL:<http://medind.nic.in/jak/t08/i2/jakt08i2p227.pdf>
2. Park.K. Park's textbook of preventive and social medicine. 20th ed. Jabalpur. M/s Banarsidas Bhanot Publishers. 2009:501
3. American association of intellectual and developmental disability. Definition of intellectual disability (online). Washington DC.2011. Available from:
URL:http://www.aaid.org/content_100.cfm?navID=21
4. Sreevani R. A guide to mental health and psychiatric nursing. 2nd ed. New Delhi. Jaypee Brothers Medical Publishers Pvt. Ltd. 2007:151-153
5. World Health Organization. Word report on disability.pdf 20011(online). Available from:
URL:http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf
6. The United Nations Children's Fund. Examples of inclusive education Nepal. Regional office for South Asia. 2003

7. Disability Survey 2063, Morang, A Study Report. Community Based Rehabilitation. Biratnagar.2064
8. HW Krohne. Stress and coping theories. a Johannes Gutenberg -Universität Mainz Germany. (cited on 27 Nov 2011) Available from:
URL:http://userpage.fu-berlin.de/~schuez/foalien/Krohne_Stress.pdf
9. Olshansky S. Chronic sorrow: a response to having a mentally defective child. Social Casework 1962;43: 190-3.
10. Jacques R. Family issues; Understanding intellectual disability and health.2011. (online) Available from:
URL:<http://www.intellectualdisability.info/families/family-issues/?searchterm=family%20issues>

Mesa de comunicaciones 14: Promoción de la salud

Concurrent session 14: Health promotion

AUTORES/AUTHORS:

Antonia Gelabert Binimelis, Juan Antonio López Alabarce, Mercedes Montalban Romero, Antonio González Trujillo, Eva Carnicero Viñals, Marta Vilardell Balasch, Margarita Simonet Bennassar, Francisco Clar Aragón, Por el grupo GIBED

TÍTULO/TITLE:

Evaluación de actitudes y conocimientos de los enfermeros ante el alcohol y la atención al drogodependiente

En las últimas décadas, el uso y abuso de sustancias tóxicas, especialmente el del alcohol, se está convirtiendo en un problema de salud pública de primer nivel, por el consumo excesivo y la dependencia que genera (1,2).

Según la organización mundial para la salud (OMS), el alcohol es el responsable de importantes problemas de tipo socioeconómico y sanitario, favorece la desestructuración del entorno familiar y social. En términos absolutos el alcohol determina anualmente la pérdida de 58 millones de años por invalidez y muertes evitables (2).

OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

El objetivo general del estudio es describir las percepciones, conocimientos y actitudes de los enfermeros que atienden pacientes consumidores de alcohol, en las unidades de Urgencias, Corta Estancia y Salud Mental de los hospitales de las Islas Baleares.

Objetivos específicos:

1. Conocer la opinión y percepción de los enfermeros sobre el drogodependiente de los servicios de Urgencias, Corta Estancia y Psiquiatría de los Hospitales de las Islas Baleares.
2. Valorar la actitud y percepción de los enfermeros con respecto al consumo de alcohol en los centros implicados.
3. Describir los estereotipos más frecuentes adoptados por los profesionales sanitarios frente al drogodependiente y el alcohólico.
4. Comparar los datos obtenidos de la Escala Seaman e Mannello por unidades y en su conjunto.

METODOLOGIA:

Ambito de Estudio: Atención sanitaria especializada en las unidades de Urgencias, Corta Estancia y Salud Mental de algunos Hospitales de las Islas Baleares; Mallorca (Hospital de Manacor, Hospital de Inca, Hospital de Son Llàtzer), Menorca (Hospital Mateu Orfila) y Ibiza (Hospital de Can Misses).

Diseño: Estudio observacional descriptivo multicentrico transversal que se llevó a cabo desde el mes de Marzo (30/03/2012) a Octubre (30/10/12).

Sujetos: El trabajo se dirigió a todas las enfermeras de dichas unidades. Se incluyeron todas las enfermeras, con indiferencia de la función que desempeñaban, nivel de carrera profesional, formación en drogodependencias, tipo de contrato o vínculo laboral, que contaron con más de seis meses de antigüedad profesional en el servicio donde desarrollan su actividad.

Variables:

Variable principal: Descripción de las percepciones y actitudes de las enfermeras que atienden a consumidores de alcohol.

Variables secundarias descriptoras de las características sociodemográficas: Edad, sexo, nacionalidad, lugar de trabajo, servicio.

Variables secundarias descriptoras de los conocimientos: Formación universitaria, formación de pregrado en drogodependencias, formación de postgrado en drogodependencias, formación no reglada en drogodependencias.

Variables secundarias descriptoras de actitudes: Experiencia profesional, en el servicio, contacto con drogodependientes, habilidades comunicativas, vivencias personales respecto al consumo, satisfacción con pacientes dependientes.

Para que fuera operativa, las variables cualitativas de tipo ordinal se transformaron en una variable cuantitativa discreta. Para la medición de esta variable se usó una escala cuantitativa discreta categorizada. Así se obtuvieron frecuencias de respuestas y se transformaron en frecuencias y porcentajes.

Instrumento: Se entregó a cada profesional un cuestionario para la recogida de datos sociodemográficos y la escala validada de la Seaman en Mannello sobre conocimientos y actitudes de las enfermeras ante pacientes drogodependientes alcohólicos.

Se decide utilizar la escala Seaman e Mannello (6), dado que hasta el momento sólo se han publicado versiones acortadas de las escalas originales y ésta es la única completa y validada al castellano (1). Además, es una herramienta que mide específicamente las actitudes de los profesionales de enfermería con relación al alcoholismo y al consumo del alcohol (1).

La escala Seaman e Mannello (3,6,5,6,7,8) es un instrumento de psicometría utilizado por las ciencias del comportamiento que se aplica en proyectos de investigación. Esta escala es un constructo multidimensional de una percepción subjetiva de la realidad que

permite describir cuáles son las percepciones y actitudes de las enfermeras que atienden a pacientes consumidores de alcohol (3). Está compuesta por 30 ítems y el encuestado debe posicionarse según su grado de acuerdo o desacuerdo con financiación propuesta mediante una escala likert de 5 puntos; y aunque el cuestionario no ha sido diseñado para generar un índice global, permite el cálculo de diferentes dimensiones.

Todos los ítems están agrupados en 5 subescalas de 6 ítems cada una, que permiten evaluar 5 dimensiones que relacionan conocimientos y actitudes, como son la:

- Inclinación con relación al caso: Terapia vs castigo.
- Satisfacción personal/profesional en su trabajo con alcohólicos.
- Inclinación a identificarse: Habilidad para ayudar a pacientes alcohólicos.
- Percepciones de características personales de personas alcohólicas.
- Actitudes personales hacia la bebida.

Del cuestionario Seaman e Mannello utilizado en este estudio se suprimió el título de cada una de las subescalas y se reenumeraron las preguntas del número 1 al 30, para facilitar la comprensión y el trabajo de los participantes, de modo que el resultado fue una modificación y adaptación del orden que aparece en el artículo de Navarrete (4).

Análisis de datos: Univariante y bivariante.

El análisis se dividió en dos etapas. Inicialmente, los datos fueron volcados en el programa SPSS versión 21.0. Esto permitió realizar un análisis descriptivo de la información sociodemográfica de la población estudiada. Posteriormente, se analizaron las preguntas de las 5 subescalas que componen la Escala Seaman e Mannello, atribuyendo 1 y 2 puntos para categorías de respuesta desfavorables. De la suma de puntuaciones obtenida, se calculó una media siendo ese resultado interpretado de acuerdo a los autores del instrumento.

RESULTADOS

De las 264 personas que formaban el universo poblacional, se extrajo la muestra de 166 enfermeras que participaron en el estudio, lo que supuso un pérdida del 37,12%.

En cuanto a la formación en drogodependencias y estudios (licenciaturas, masters, postgrado y especialidades del ministerio), encontramos que al menos el 51,8% posee estudios complementarios a sus estudios de enfermería, un 59,8% afirma haber recibido formación específica en drogodependencias durante sus estudios académicos y que al preguntar a los encuestados sobre si han recibido formación reglada en drogodependencias tras su titulación, casi la mitad posee esta formación, ya que un 41,1% ha recibido algún tipo de formación continuada en drogodependencias después de su graduación. Por el contrario, es de destacar que un 66,4% contestaron que no se han reciclado sobre el tipo de cuidados a prestar a los drogodependientes pero creen que tendrían que hacerlo.

En relación a los conocimientos en drogodependencias, debemos señalar que al preguntarles cómo valoran su nivel de conocimientos en esta materia, las mayores puntuaciones se obtienen en conocimientos medios 56,4%, bajos 33,6% y un 77,6% insuficiente.

La mayoría de los encuestados definieron al drogodependiente y al alcohólico como personas enfermas (74.7% y 74.1% respectivamente). Los consideraron personas corrientes en porcentajes similares, el drogodependiente con un 20,6% y el alcohólico con un 19,4% y como personas asociales un 12,9% el drogodependiente y un 8,8% el alcohólico. Al igual que fueron definidos como amoraes, un 1,8% el drogodependiente y un 1,2% el alcohólico.

El 99,1% de los encuestados ha tenido contacto con drogodependientes durante su experiencia laboral. La mayor parte de los sujetos mostraron gran experiencia con los alcohólicos, aunque un 38,8% no les gusta trabajar con ellos.

Respecto a las actitudes encontradas según la Escala Seaman e Mannello, los alcohólicos son considerados enfermos 76%, a los que se les debe prestar atención y tratamiento médico, pues también necesitan ayuda psiquiátrica. El alcoholismo es una enfermedad y consideran necesario tratarla tanto a nivel físico como mental, si bien no se encuentran muy satisfechos cuando

trabajan con estos pacientes.

Los encuestados opinan, en términos globales y teniendo en cuenta que es una pregunta de múltiples respuestas, que lo que más influía negativamente en la atención prestada al drogodependiente, en mayor o menor grado, era por este orden: 1º la falta de conocimientos 78,7%, en 2º lugar tanto la actitud profesional como la percepción social 77,1%, en 3er lugar las habilidades de comunicación 76,5%, 4º la experiencia previa 69,5%, mientras que lo que menos aprietos les generaba eran en 5º lugar el tipo de servicio donde trabajan y su organización 68,3% y en 6º sus opiniones personales 67,1%.

DISCUSIÓN

Este estudio incide en uno de los problemas de salud menos visibles, pero que genera un alto coste debido a los tratamientos y días de hospitalización. También potencia los efectos no deseables sobre los pacientes, su entorno socio-familiar y población en general.(9)

Según la información que el plan nacional sobre drogas de España (PNSD) proporcionada (10), actualmente el consumo de alcohol en adolescentes es un grave problema, por la cada vez más temprana edad de iniciación en el mismo y su consumo compulsivo de forma recreativa y en contextos de ocio, así como el de drogas en general. Otro problema que se sigue dando es la banalización y la minimización del riesgo del consumo y del inicio al mismo de ciertas drogas, como puede ser el cannabis.

Tal y como la literatura justifica estos pueden ser factores que condicionen la calidad de la atención del drogodependiente en nuestro medio. A día de hoy podemos decir que mediante la investigación que hemos realizado en nuestro ámbito geográfico disponemos de datos sobre la necesidad de formación y preparación de los profesionales de enfermería que atienden a las personas con problemas de consumo de sustancias, sobre todo en lo que se refiere a las habilidades de comunicación y conocimientos.

La información obtenida nos brinda la oportunidad de mejorar y hace que nos planteemos si es posible inducir un cambio mediante la actuación sobre las actitudes que presentan los profesionales, previo aumento de los conocimientos mediante una actuación formativa que tenga un programa adecuado. Creemos que una modificación de este tipo puede repercutir en la seguridad clínica de los pacientes y en la relación costo-eficacia-eficiencia y efectividad de las intervenciones que se realicen, al suponer todo ello un cambio de los protocolos de actuación que no son eficaces actualmente.

Posteriormente se podría plantear el desarrollo de la investigación cuasi experimental sobre un estudio de intervención y comparación pre-post a la intervención, con un seguimiento prospectivo de los profesionales y pacientes que fuera útil para valorar los resultados que en materia de salud se han obtenido sobre las personas que estos sanitarios atendieron. Todo esto ha dado lugar a la elaboración de una propuesta que está siendo diseñada (para elevar a las comisiones de investigación de nuestro país) que incluye dos fases: La primera es de corte cuantitativo y en ella se incluye un estudio de fiabilidad y validez interna de la escala Seaman e Mannello con una mayor muestra y un estudio de prevalencia para la validación de un cuestionario español sobre las actitudes y conocimientos de los profesionales acerca de los drogodependientes. Después de la validación del cuestionario se realizará un estudio analítico de cohorte para establecer una asociación entre ciertas actitudes profesionales y la calidad de la atención al drogodependiente. Al mismo tiempo, habrá un estudio cualitativo etnográfico desde una perspectiva postestructuralista a nuevas actitudes profesionales y el impacto en la atención al paciente toxicómano. La segunda fase a desarrollar será de corte cualitativo, en el que habría que entrevistar a los profesionales de la salud y grupo focales con drogodependientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. López Alabarce JA, Montalbán Romero M, Castaño Fernández A, Carnicero Viñals E, González Trujillo A, Grupo de Investigación Balear de Enfermería en Drogodependencias. ¿ Existen instrumentos válidos para medir actitudes profesionales frente al dro-godependiente? Evidentia 2012;9 (39): 16/10/2013.
2. World Health Organization. The World Health Report 2002.2002:1-248
3. Pillon S. Atitudes dos enfermeiros com relação ao alcoolismo – alaiiação de escalas. São Paulo: Universidade Federal de São

Paulo; 1998.

4. Navarrete PR, Villar Luis MA. Actitud de la enfermera de un complejo hospitalario en relación al paciente alcohólico. Rev. Latino-Am. Enfermafem 2004;12(Especial):420-426.
5. Castaño A, Gelabert A, Sanz E, Vilardell M, González A, Hernández D. Atención al drogodependiente: ¿ qué factores condicionan a los profesionales? VI congreso de la Sociedad Catalano-Balear de Psicología 2011.
6. Marcus A. The alcoholismo questionnaire: administration, scoring and interpretation. Toronto; 1980.
7. Tolor A, Tamerin J. El instrumento actitudes: Una medida de las actitudes hacia los alcohólicos y de la naturaleza y causas del alcoholismo. BJ 1975;70:223-231.
8. Mota A, et a. Capacitación de los profesinales de enfermería en gerontogeriatría. Hy-gia de Enfermería 2005;17 (60):5-11.
9. www.cis.es/cis/opencms/ES/11_barometros/indicadores.html
10. <http://www.pnsd.msc.es/Cateoria2/observa/pdf/oed2011.pdf>

AUTORES/AUTHORS:

Núria Martín Vergara, Silvia Fernandez Barres, Victoria Arijá Val, Teresa Canela Armengol, Teresa Martínez Blesa, Montserrat García Barco, Roser Pedret Llaberia, Olga Vazquez Martinez, Carme Anguer Perpiña

TÍTULO/TITLE:

ADECUACIÓN NUTRICIONAL Y PROBABILIDAD DE INGESTA INADECUADA EN SUJETOS CON RIESGO NUTRICIONAL

OBJETIVO

Describir el contenido nutricional de la dieta de sujetos mayores de 64 años en riesgo nutricional y evaluar su adecuación a las recomendaciones.

MÉTODOS**Diseño**

Se trata de un estudio de campo observacional, descriptivo y transversal sobre un grupo de población formado por sujetos mayores de 64 años con riesgo de desnutrición, según valoración del Mini Nutritional Assessment (MNA), incluidos en programa de Atención Domiciliaria (ATDOM), de 10 Áreas de Salud de Atención Primaria del Ámbito Reus-Tarragona.

Muestra

La muestra la constituyen 192 pacientes de ambos sexos incluidos en el programa de Atención Domiciliaria (ATDOM) de Atención Primaria

Los criterios de inclusión son:

- . Mayores de 64 años.
- . Pacientes con cuidador principal.
- . Puntuación en el test MNA de entre 17 a 23,5 puntos (en riesgo de desnutrición).
- . Ausencia de patología que impida la correcta alimentación por vía oral.
- . Ausencia de enfermedad grave que evolucione hacia la desnutrición.
- . Firmar el consentimiento informado.

Los criterios de exclusión son:

- . Puntuación en el test MNA fuera del rango de 17 a 23,5 puntos.
- . Necesidad de nutrición enteral.
- . Disfagia severa.
- . Consumo de suplementos de vitaminas y/o minerales.

Reclutamiento

Se seleccionaron de manera estratificada 10 Áreas Básicas de Salud (ABS) del Instituto Catalán de la Salud (ICS) de la zona Tarragona; Reus: 5 ABS urbanas con una población > 100.000 habitantes, 2 ABS de barrios periféricos de estas ciudades, 1 ABS urbana en una población de 30.000 habitantes y 2 ABS de ámbito rural.

Los pacientes fueron reclutados por los médicos y enfermeras del programa ATDOM. Se hizo una identificación inicial a través de la historia electrónica (e-cap) para comprobar que cumplían los criterios de participación, y se les realizó el test MNA inicial para comprobar que estaban en un rango de riesgo de desnutrición (17 a 23,5 puntos).

Posteriormente se les solicitó que firmaran el consentimiento informado.

Recogida de datos

Para la correcta recogida de los datos se entrenó a las enfermeras y se elaboró un cuaderno con los cuestionarios que contenía además instrucciones escritas para su correcta cumplimentación. Estos datos fueron recogidos mediante entrevista individual en el domicilio del sujeto.

Variables

Valoración estado nutricional a través del Mini Nutritional Assessment (MNA) (Guigoz y cols., 1996):

Cuestionario diseñado para valorar el estado nutricional y para detectar el riesgo nutricional de las personas mayores por baja ingesta. El cuestionario consta de 4 partes, divididas en antropometría, dieta, estado de salud y percepción del estado de salud, en total hay 18 preguntas con una puntuación máxima de 30 puntos. Los valores se distribuyen de la siguiente manera: >24 puntos: estado nutricional óptimo, 17-23,5 puntos: riesgo de desnutrición y <17 puntos: desnutrición.

Consumo alimentario a través del Cuestionario de frecuencia de consumo alimentario (CFCA) (Trinidad, 2008):

Estimación del consumo alimentario a través de un método de recordatorio, retrospectivo y cualitativo. El cuestionario utilizado está validado en la población de Reus.

Con los datos obtenidos se cuantificó el contenido nutricional de la dieta en cuanto a macronutrientes y el porcentaje de energía (%E) de cada uno de ellos: hidratos de carbono, proteínas y lípidos, y dentro de los lípidos se diferenció entre ácidos grasos monoinsaturados (AGMI), ácidos grasos saturados (AGS), ácidos grasos poliinsaturados (AGPI) y colesterol.

Adecuación a las recomendaciones

Se calculó el porcentaje de adecuación de los datos recogidos a las ingestas recomendadas, para ello se utilizaron como referencia las tablas de Ingestas recomendadas de la Universidad Complutense de Madrid (UCM, 1994).

Probabilidad de ingesta inadecuada

Se calculó asimismo, la probabilidad de estar por debajo de la necesidad real de un nutriente en función de la ingesta realizada utilizando también para ello las tablas de Ingestas recomendadas de la Universidad Complutense de Madrid (UCM, 1994).

Variables socio demográficas del paciente:

- . Sexo
- . Edad

Análisis de los datos

Se realizó análisis de los datos mediante el programa estadístico SPSS/PC.

Resultados

La muestra del estudio está formada por un total de 192 personas incluidas en el programa de atención domiciliaria de 10 ABS del área Reus

De esta muestra un 32,3% son hombres y el 67,7 % restante son mujeres.

La edad media y desviación estándar de los participantes fue de $85,1 \pm 7,2$ años, siendo las mujeres el grupo de más edad ($85,9 \pm 6,2$ años; $p < 0,05$).

Dentro del consumo alimentario de los sujetos por grupo de alimentos los más consumidos eran los lácteos ($362,3 \pm 185$ g/día) y las frutas ($218 \pm 138,9$ g/día). Destacan también el consumo de alimentos ricos en proteínas como la carne ($80,2 \pm 35,7$ g/día) y el pescado ($52,9 \pm 33,1$ g/día).

El consumo energético promedio fue de $1767,75 \pm 393,55$ kcal/día, lo que representaba un 80,63 % de adecuación a las ingestas recomendadas de energía y nutrientes.

Por nutrientes se calculó que el consumo de hidratos de carbono promedio era de $180,47 \pm 69,43$ g/día, el porcentaje de energía que aportaban a dieta era de $39,49 \pm 7,72$.

El consumo de proteínas era de $58,74 \pm 15,60$ g/día y su aporte a la ingesta energética del $13,20 \pm 2,43\%$. Un 21,1% de los individuos presenta una ingesta inferior a los 0,8 g/kg de peso recomendados, un 24,2 % de las mujeres y un 14,5% de los hombres.

En cuanto a los lípidos en su totalidad el consumo era de $88,27 \pm 11,12$ g/día con un aporte de energía de $46,36 \pm 7,92\%$. Si repartimos por tipo de lípidos tenemos que de Ácidos Grasos Monoinsaturados se consumen $49,06 \pm 3,93$ g/día con un $26,08 \pm 6,06$ en cuanto a porcentaje de energía; Ácidos Grasos Saturados $23,48 \pm 5,38$ g/día y $12,07 \pm 1,70$ en porcentaje de energía y Ácidos Grasos Poliinsaturados $9,47 \pm 1,26$ g/día y $4,97 \pm 0,85$ en porcentaje de energía.

El consumo de colesterol era de $213,75 \pm 67,05$ mg/día.

El consumo proteico representó el 87,25% de las ingestas recomendadas, con una probabilidad de ingesta inadecuada del 6,47%.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas de consumo en cuanto a cantidad de nutrientes entre sexos.

Discusión

Si observamos el consumo nutricional éste no se adecua a las ingestas recomendadas (UCM, 1994) y son inferiores al consumo de la población anciana general. En nuestra muestra la ingesta energética diaria era de $1767,75 \pm 393,55$ kcal lo que representa un 80,6% de las recomendaciones, ésta era más bajo que en población anciana general, en el estudio Seneca la muestra española tenía un consumo energético superior (2571 ± 794 kcal/d) (del Pozo y cols., 2003). El consumo proteico también fue inferior a la población general, $58,74 \pm 15,60$ g/d frente a 92 ± 24 g/d en hombres y 72 ± 17 g/d en mujeres que se referencio en el estudio de Arijá V, 1996.

La distribución de los nutrientes en relación a la energía total refiere a una dieta alta en lípidos y baja en hidratos de carbono. En el caso de los lípidos y los hidratos de carbono, se aconseja que se ingiera un 30-35% de la energía total diaria en forma de grasas, y el 50-55% en forma de carbohidratos, en el grupo estudiado la proporción es de un 46,36 % en forma de grasa y solo un 39,49% en forma de carbohidratos. Estos datos coinciden con otros estudios recientes sobre la dieta en ancianos sin dependencia (Fabian E, 2008).

El tipo de grasa más consumido en porcentaje de aporte energético diario es la grasa monoinsaturada con un 26,08%. El porcentaje de grasas saturadas no debería superar el 10% de la energía diaria, y en este grupo supone hasta el 12,07%. Las grasas poliinsaturadas solo aportan el 4,97% siendo la recomendación entre 6 y 11%.

Implicaciones para la práctica

El tener conocimiento específico de las ingestas inadecuadas que realizan este grupo de población nos permite realizar intervenciones dirigidas a la problemática en concreto.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bauer JM, Kaiser MJ, Anthony P, Guigoz Y, Sieber CC. The Mini Nutritional Assessment‐‐its history, today's practice, and future perspectives. *Nutr Clin Pract.* 2008;23(4):388‐396.

Brownie S. Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? *Int J NursPract.* 2006;12(2):110‐118.

Calderón ME, Ibarra F, García J, Gómez C, Rodríguez AR. Evaluación nutricional comparada del adulto mayor en consultas de medicina familiar. *Nutr Hosp.* 2010;25(4):669‐75.

Cuervo M, Ansorena D, García A, Astiasarán I, Martínez JA. Food consumption analysis in Spanish elderly based upon the Mini Nutritional Assessment Test. *Ann Nutr Metab.* 2008;52(4):299‐307.

Del Pozo, S, Cuadrado C, Moreiras O. Cambios con la edad en la ingesta dietética de personas de edad avanzada. Estudio Eurnout‐SENECA. *Nutr Hosp.* 2003;(6):348‐352.

Fabian E, Elmadfa I. Nutritional Situation of the Elderly in the European Union: Data of the European Nutrition and Health Report (2004). *Ann Nutr Metab.* 2008;52(suppl 1):57-61.

Guigoz Y, Vellas BJ, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly. The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev.* 1996;54:59‐65.

Jimenez M, Sola JM, Perez C, et al. Study of the nutritional status of elders in Cantabria. *Nutr Hosp.* 2011;26(2):345‐354

Kaiser MJ, Bauer JM, R msch C, et al. Mini Nutritional Frequency of Malnutrition in Older Adults: A Multinational Perspective Using the Mini Nutritional Assessment. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58(9):1734‐8.

Phillips MB, Foley AL, Barnard R, Isenring EA, Miller MD. Nutritional screening in community‐dwelling older adults: a systematic literature review. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2010;19(3):440‐449.

Planas M, Escudero E. Evaluación clínica del estado nutricional. En: Salas‐Salvadó J, et al. *Nutrición y dietética clínica.* Barcelona: Elsevier Masson 2008;96‐111.

Trinidad I, Fernández J, Cucó G, Biarnés E, Arija V. Validación de un cuestionario de frecuencia de consumo alimentario corto: reproducibilidad y validez. *Nutr Hosp.* 2008;23:242-252.

Universidad Complutense de Madrid. Ingestas recomendadas para la población española (IR). Madrid: Departamento de Nutrición de la UCM; 2006.

AUTORES/AUTHORS:

Maria Mercedes Cepeda Bautista, Veronica Cruz Diaz, Joana Rodrigo Gil, Paula Ronda Sabate, Marta Bagot Prats

TÍTULO/TITLE:

Valoración del riesgo de desnutrición en pacientes con Ictus Agudo

1. Objetivos

- a. Analizar las características sociodemográficas de los pacientes que ingresan en el servicio de neurología con diagnóstico de Ictus.
- b. Identificar a los pacientes con Ictus que ingresen desnutridos o con riesgo de alteración del estado nutricional.
- c. Valorar el riesgo de desnutrición de los pacientes con Ictus durante las primeras 48 horas de ingreso.
- d. Determinar los factores que influyen en la desnutrición de los pacientes con Ictus en fase aguda.

2. Métodos

Diseño del estudio: estudio descriptivo, transversal y prospectivo realizado entre los meses de mayo y julio de 2012.

El estudio fue realizado en el Hospital Dr. Josep Trueta de Girona, el cual es centro de referencia de la provincia de Girona, el servicio de neurología consta de 4 camas en la Unidad de Ictus y 13 camas en la unidad convencional.

Fueron incluidos todos los pacientes ingresados consecutivamente en la unidad de neurología de dicho hospital con diagnóstico de Ictus Agudo, que cumplían los criterios de inclusión y firmaron el consentimiento informado.

Las variables estudiadas fueron: las sociodemográficas como la edad, el sexo, el nivel de estudios y con quien vive el paciente. Las clínicas como el diagnóstico, los antecedentes patológicos, los días de estancia hospitalaria y destino al alta. Las relacionadas con el estado nutricional como el peso, la talla, el IMC y la escala NCR2002. De funcionalidad y dependencia como la escala canadiense, el índice de Barthel y Rankin.

Para la valoración del riesgo de desnutrición se ha utilizado la encuesta Nutrition Risk Screening 2002 (NRS 2002). Esta encuesta fue creada para la detección precoz de la desnutrición en el paciente hospitalizado y está acreditada por la Sociedad Europea de Nutrición Parenteral y Enteral (ESPEN).

Se analizaron los datos mediante el paquete estadístico SPSS 15.

3. Resultados

Se estudiaron 30 pacientes, con una media de edad de 68,57 años (DS=12,84), de los cuales el 70% eran hombres.

La estancia media fue de 5,8 días (DS=3). El 70% fueron dados de alta a domicilio, el 23% se trasladaron a un centro de

convalecencia y el 6% fallecieron.

Respecto al nivel neurológico el 50% presentaba asimetría facial y el 16,7% alteración en la deglución (disfagia).

En relación a la valoración funcional previo al ingreso el 93% eran independientes para las actividades de la vida diaria. Al alta, un 46,6% de los pacientes presentaba un grado de dependencia entre moderado y severo según el índice de Barthel.

Al ingreso la media de IMC fue de 27,2 (DS=4,3) y al alta de 26 (DS=4,4). En el momento del ingreso el 38,4% presentaban sobrepeso y el 28,8% obesidad. Al alta un 33,6% seguía presentando obesidad y el 14,4% sobrepeso.

El 46,7% presentaban riesgo de desnutrición, valorado mediante la escala NRC2002. El 100% de los pacientes con disfagia presentaban riesgo de desnutrición ($p<0,005$).

Al analizar la relación entre las escalas de valoración funcional (Rankin y Barthel) al alta se observó una relación estadísticamente significativa entre el riesgo de desnutrición y el aumento de dependencia de los pacientes.

Al asociar el Rankin previo del paciente con el riesgo de desnutrición no observamos ninguna asociación ($p>0,05$), en cambio, al relacionar el Rankin al alta con el riesgo de desnutrición observamos una mayor proporción de pacientes con riesgo de desnutrición entre los pacientes más dependientes ($p=0,006$).

4. Discusión

Son muchos los estudios realizados sobre desnutrición hospitalaria, pero la mayoría engloban pacientes de diversas especialidades(4).

Existen pocos estudios que traten la desnutrición en pacientes con Ictus y los que existen han utilizado metodologías muy diversas, por esta razón resulta complicada la comparación de resultados. Aun así en la mayoría de los estudios se trata la disfagia como principal causa de desnutrición, según describe la bibliografía esta aparece entre un 27-50% de los casos(12). En el presente estudio solo el 16,7% de los pacientes presentaron disfagia.

Se ha demostrado que la desnutrición en pacientes con Ictus está estrechamente relacionada con una peor evolución y mayor grado de dependencia, de la misma manera que los pacientes con mayor alteración neurológica presentan mayor riesgo de desnutrición (2,3,12). Por este motivo es importante controlar el estado nutricional de los pacientes que presentan esta patología para mejorar la recuperación.

Hemos observado que al ingreso más del 60% de los pacientes presentaban obesidad o sobrepeso, por lo que la pérdida de peso durante el ingreso puede estar relacionada al cambio de dieta respecto a su dieta habitual.

El presente estudio se ha visto limitado por la falta de tiempo para su realización, por lo cual, la muestra ha sido pequeña y no se ha podido hacer un análisis nutricional completo del paciente (analítica, pliegues cutáneos,...), además la estancia media tan baja que han presentado los pacientes ha dificultado el seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Castellanos Rodrigo M, Dávalos Errando A, Serena Leal J. Prevención y tratamiento en fase aguda del ictus. En: Suñer Soler R,

- director. Tratado de Enfermería Neurológica. 2ª ed. Barcelona: Sociedad Española de Enfermería Neurológica; 2008. p.57-64.
2. Dávalos A, et al. Effect of Malnutrition After Acute Stroke on Clinical Outcome. *Stroke*. 1996;27:1028-1032.
 3. Poor Nutritional Status on Admission Predicts Poor Outcomes After Stroke Observational Data From the FOOD Trial. *Stroke*. 2003. Nº 34 pág. 1450 – 1456.
 4. Foley N C, Salter K L, Robertson J, Teasell R W, Woodbury M G. Which reported estimate of the prevalence of malnutrition after stroke is valid?. *Stroke*. published online January 2009.
 5. Rebollo Pérez M I. Diagnostico de la malnutrición a pie de cama. *Nutrición Clínica en Medicina*. Julio 2007 Vol. I - Número 2, pp. 87-108.
 6. Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE). Consenso multidisciplinar sobre el abordaje de la desnutrición hospitalaria en España. Edición: Editorial Glosa SL.
 7. Kondrup J, Allison SP, Elia, M, Vellas B, Plauth M. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening. 2002. *Clin Nutr* 2003 22(4): 415-421.
 8. Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O et al. Nutritional Risk screening (NRS-2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clinical Nutrition*. 2003; 22: 321-336.
 9. Sorensen J, et al. EuroOOPS: An international, multicentre study to implement nutritional risk screening and evaluate clinical outcome. *Clinical Nutrition*. Volume 27, Issue 3, page 340-349. June 2008.
 10. Planas Vila M, et al. The burden of hospital malnutrition in Spain: methods and development of the PREDyCES® study. *Nutrición Hospitalaria*. 2010;25(6):1020-1024.
 11. Sala R, Muntó Mª J, Preciado I, Miralles T, Cortés A. Alteraciones de la deglución en el accidente cerebrovascular: incidencia, historia natural y repercusiones sobre el estado nutricional, la morbilidad y la mortalidad. *Revista neurología* 1998. 27. Pag 759-766.
 12. Ballesteros M. D., Arés A. Nutrición basada en la evidencia en las enfermedades neurológicas. *Endocrinología y Nutrición*. 2005. 52(Supl 2):97-101.
 13. Gariballa SE, Sinclair A. Assessment and treatment of nutritional status in: stroke patients. *Postgrad Med*.1998. 74:395-399.
 14. Ulibarri JI, et al. Recommendations for assessing the hyponutrition risk in hospitalized patients. *Nutr Hosp*. 2009;24(4):467-72

AUTORES/AUTHORS:

Cecilia Tapia Casellas, Pamela Rodríguez Latorre, Jose Romo Villa, Angel Del Rey Mejias, Mara Parellada

TÍTULO/TITLE:

La alimentación de nuestros adolescentes Asperger: estado nutricional a partir de datos de la consulta de Enfermería

Introducción

El Síndrome de Asperger (SA) es un trastorno severo del desarrollo que se encuentra encuadrado en los TEA o Trastornos del Espectro Autista.

En esta población comer supone un reto ya que es un proceso interactivo en el que influyen factores sociales, motores y sensoriales que pueden estar alterados. Tienen dificultad para mantenerse sentados por mucho tiempo, entender reglas sociales, tardan mucho en comer y pueden retener comida en la boca, rechazan alimentos por la textura y son sensibles a la temperatura de los alimentos. Además muchos de ellos presentan trastornos gastrointestinales que influyen en su dieta.

Conservar el estado nutricional en esta población es esencial para una mejor calidad de vida.

Objetivos

Describir el estado nutricional de una muestra de pacientes con SA.

Analizar parámetros analíticos y perfiles bioquímicos y hematológicos.

Medir datos antropométricos (índice de masa corporal y percentiles).

Método

El estudio descriptivo se llevó a cabo con 37 niños y adolescentes diagnosticados de SA con edades comprendidas entre los 7 y 18 años, raza caucásica y varones en su mayoría.

Las muestras de sangre se tomaron tras 10-12h de ayuno y las mediciones antropométricas se realizaron en consultas externas de enfermería de la Unidad de Adolescentes del Hospital Gregorio Marañón de Madrid.

Se realizó un seguimiento con visitas basal, 8 semanas y 1 año.

El análisis de los perfiles analíticos de las muestras fue realizado según procedimiento rutinario en el mismo hospital.

La realización de los análisis estadísticos descriptivos se hizo con el programa SPSS.

Resultado

Durante el seguimiento se observa que los parámetros analíticos están dentro de la normalidad con algunas excepciones.

El 50% de la muestra presentaba deficiencia de Vitamina A que se mantenía a lo largo del año. En la Vitamina E se observa una tendencia a disminuir.

La media de los Percentiles del IMC (Índice de Masa Corporal) se sitúa en 67 y 69 basal y al año respectivamente, encontrándose el 16% de los sujetos por encima del percentil 95 y el 22% a un año, manteniendo una tendencia ascendente.

Discusión

La intervención nutricional temprana puede marcar diferencias en la mejoría de los pacientes y aminorar los riesgos nutricionales y antropométricos que pudieran presentar.

Estos chicos debido a la textura, color, o forma de alimentos pueden rechazar o al contrario aceptar alimentos de comida rápida o comida basura. Presentan una ingesta inadecuada de alimentos que no llegan a cubrir sus necesidades diarias, por déficit de consumo de frutas y hortalizas y exceso de golosinas y snacks. Una intervención de enfermería podría ser enseñar a los padres como hacer más atractiva la comida rica en vitamina A para sus hijos y a éstos proporcionarles información higienicodietética y de hábitos saludables..

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Food preferences and factors influencing food selectivity for children with autism spectrum disorders. Schreck, KA; Williams, K. Research in Developmental Disabilities.2006,27(4), 353–363.
- Feeding Problems and Nutrient Intake in Children with Autism Spectrum Disorders: A Meta-analysis and Comprehensive Review of the Literature. Sharp et al. Journal of Autism and Developmental Disorders.2013, 43(9), 2159-2173.

AUTORES/AUTHORS:

Núria Martín Vergara, Silvia Fernandez Barres, Victoria Arijá Val, Ana Isabel Castelao Alvarez, Ana Isabel Gonzalez Bravo, Antoni Garcia Campo, Walesca Badia Rafecas, Silvia Rovira Mañe, Rosa Gonzalez Perez

TÍTULO/TITLE:

INTERVENCIÓN DE EDUCACIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES A RIESGO NUTRICIONAL DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

OBJETIVO

Evaluar el efecto de una intervención educativa nutricional realizada a los cuidadores, en el estado nutricional de pacientes mayores de 64 años con riesgo de desnutrición e incluidos en programa de atención domiciliaria.

MÉTODOS**Diseño del estudio**

Estudio de intervención educativa nutricional sobre los cuidadores de pacientes incluidos en un programa de Atención Domiciliaria (ATDOM), con grupo control y formación de los grupos al azar. El estudio se realizó en varias Áreas Básicas de Salud (ABS) de la zona de Reus‐Tarragona. El estudio se llevó a cabo entre 2009 y 2012.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto de Investigación en Atención Primaria (IDIAP) Jordi Gol el 27 de Abril de 2009.

Muestra

La muestra la constituyen 192 pacientes de ambos sexos incluidos en el programa de Atención Domiciliaria (ATDOM) de Atención Primaria del Área Reus‐Tarragona.

Los criterios de inclusión son:

- . Mayores de 65 años.
- . Pacientes con cuidador principal.
- . Puntuación en el test MNA de entre 17 a 23,5 puntos (en riesgo de desnutrición).
- . Ausencia de patología que impida la correcta alimentación por vía oral.
- . Ausencia de enfermedad grave que evolucione hacia la desnutrición.
- . Firmar el consentimiento informado.

Los criterios de exclusión son:

- . Puntuación en el test MNA fuera del rango de 17 a 23,5 puntos.
- . Necesidad de nutrición enteral.
- . Disfagia severa.
- . Consumo de suplementos de vitaminas y/o minerales.

Reclutamiento

Se seleccionaron de manera estratificada 10 Áreas Básicas de Salud (ABS) del Instituto Catalán de la Salud (ICS) de la zona Tarragona‐Reus: 5 ABS urbanas con una población > 100.000 habitantes, 2 ABS de barrios periféricos de estas ciudades, 1 ABS urbana en una población de 30.000 habitantes y 2 ABS de ámbito rural.

Los pacientes fueron reclutados por los médicos y enfermeras del programa ATDOM. Se hizo una identificación inicial a través de la historia electrónica (e‐cap) para comprobar que cumplían los criterios de participación, y se les realizó el test MNA inicial para

comprobar que estaban en un rango de riesgo de desnutrición (17 a 23,5 puntos). Posteriormente se les solicitó que firmaran el consentimiento informado.

Aleatorización

Una vez firmado el consentimiento informado, los pacientes fueron aleatorizados a grupo control o grupo intervención.

Intervención

La intervención consistió en 1 sesión grupal de educación nutricional dirigida a los cuidadores, estandarizada, de una hora impartida por enfermeras del programa ATDOM en pequeños grupos de 15 cuidadores, con el contenido siguiente:

- . Valor nutricional de los alimentos.
- . El diseño de una dieta saludable.
- . Técnicas culinarias saludables y adaptación de texturas.
- . Información sobre los problemas nutricionales más comunes en esta población: déficit energético, proteínico, vitamínico, mineral e hídrico.
- . Recomendaciones nutricionales dirigidas a población mayor de 64 años.

Posteriormente se realizaron 4 sesiones individualizadas en el domicilio, una mensual hasta el 5º mes, en estas visitas se proponían objetivos nutricionales individualizados, se valoraban el seguimiento de las recomendaciones y se reforzaban los conceptos educativos y se detectaban posibles problemas nutricionales. Después se realizó una visita de control en el domicilio a los 6 y 12 meses para la recogida de los datos.

Los cuidadores de los sujetos del grupo de no intervención no recibieron la educación nutricional estandarizada. Las enfermeras del programa visitaron a los sujetos inicialmente para recoger los datos basales y realizaron las visitas de control y seguimiento habituales en el programa ATDOM.

Recogida de datos

Los datos se recogieron inicialmente, a los 6 y a los 12 meses, con la excepción de los datos demográficos y de la historia médica que únicamente se recogieron al inicio.

Para la correcta recogida de los datos se entrenó a las enfermeras y se elaboró un cuaderno con los cuestionarios que contenía además instrucciones escritas para su correcta recogida.

Variables

Valoración estado nutricional a través del Mini Nutritional Assesment (MNA) (Guigoz y cols., 1996):

Cuestionario diseñado para valorar el estado nutricional y para detectar el riesgo nutricional de las personas mayores por baja ingesta. El cuestionario consta de 4 partes, divididas en antropometría, dieta, estado de salud y percepción del estado de salud, en total hay 18 preguntas con una puntuación máxima de 30 puntos. Los valores se distribuyen de la siguiente manera: >24 puntos: estado nutricional óptimo, 17-23,5 puntos: riesgo de desnutrición y <17 puntos: desnutrición.

Variables socio demográficas del paciente:

- .Sexo
- . Edad

Riesgo social:

Se utiliza la escala de valoración social‐familiar del anciano que valora cinco áreas: situación familiar, económica, vivienda, relaciones sociales y soporte de la red social (Cabera y cols., 1999). Los resultados se clasifican de la siguiente manera: < 10 puntos: no riesgo social, 10‐14 puntos: riesgo social, 15 puntos: problemática social.

Actividades básicas de la vida diaria:

Valoradas a través del Índice de Barthel (Mahoney y Barthel, 1965) que evalúa las actividades básicas diarias o elementales: comer, autocuidado, caminar, continencia urinaria y fecal.

Se completa el cuestionario por observación directa o preguntando al paciente. La puntuación total oscila de 0 a 100 (hasta 90 si es usuario de silla de ruedas) según la siguiente clasificación: <20: dependencia total, 20‐35: grave, 40‐55: moderada, >=60: leve, 100: independiente.

Estado cognitivo:

Valoración del estado cognitivo a través del cuestionario del estado mental Test de Pfeiffer (Martínez y cols., 2001). Este cuestionario está validado para el cribaje del deterioro cognitivo y es de fácil y rápida aplicación. La puntuación oscila entre 0 y 10 y se clasifica según lo siguiente (la puntuación varía si la persona es analfabeta o tiene estudios superiores): 0‐2 errores: estado cognitivo normal, 3‐4 errores: deterioro cognitivo leve, 5‐7 errores: deterioro cognitivo moderado, 8‐10 errores: deterioro cognitivo severo.

Estado de ánimo:

Valoración del estado de ánimo mediante la Escala de depresión de Yesavage (De Dios y cols., 2001) que permite identificar el riesgo de depresión. Se clasifica en: 0‐1: no depresión, 2‐5: posible depresión.

Variables socio demográficas del cuidador:

- . Sexo
- . Edad
- . Nivel educativo
- . Vínculo con el paciente (familiar, voluntario, contratado)

Análisis estadístico

Se utilizaron los test estadísticos bivariantes y multivariantes habituales. Se utilizó el programa estadístico SPSS/PC.

RESULTADOS

La muestra del estudio está formada por un total de 192 sujetos 107 en el grupo intervención y 85 en el grupo control. La distribución por sexo es, un 32,3% son hombres y el 67,7 % son mujeres.

Completaron el seguimiento a 12 meses 127 sujetos, 68,23% del grupo control (58 sujetos) y 64,48% (69 sujetos) del grupo intervención.

Características socio demográficas de los cuidadores: la media de edad fue de 59,7±15,5 años, principalmente mujeres familiares de primer grado de los participantes. No se muestran diferencias significativas entre los dos grupos.

Características socio demográficas de los sujetos incluidos en el estudio: edad media y desviación estándar de los participantes fue

de $85,1 \pm 7,2$ años, siendo las mujeres el grupo de más edad ($85,9 \pm 6,2$ años; $p < 0,05$).

Según la escala de valoración de Gijón un 55,2 % de la muestra presentaba un riesgo social moderado y la media del Índice Barthel se situaba en el rango de dependencia leve (≥ 60 puntos). La escala de Yesavage presentaba una puntuación de $1,8 \pm 1,1$ y el test de Pfeiffer de $3,6 \pm 3,1$. La puntuación en este test era diferente significativamente ($p < 0,01$) entre hombres ($4 \pm 3,1$) y mujeres ($2,7 \pm 2,9$).

No se observan diferencias significativas en las características socio demográficas y sanitarias entre grupo intervención y no intervención, excepto en la puntuación del test MNA, que al inicio en el grupo intervención tenía un valor de $20,7 \pm 1,9$ puntos y en el de no intervención $19,2 \pm 3,1$ puntos con una diferencia significativa de $p < 0,001$.

Al final del estudio, transcurridos 12 meses, se observan diferencias significativas en el MNA. La puntuación del grupo intervención al final del estudio es mayor que al inicio pero sin diferencia estadísticamente significativa y en el de no intervención se reduce de $19,25 \pm 3,15$ a $18,12 \pm 4,06$ con una $p = 0,040$.

Factores de riesgo de malnutrición en los sujetos.

Se analizan los factores de riesgo de malnutrición a través de una regresión lineal múltiple (modelo $Rc100 = 23.3F123 = 5.153$, $p = < 0,001$). En ella

observamos el efecto que tienen los factores, considerados de riesgo nutricional como el grado de dependencia, el riesgo de depreseión y el deterioro mental al inicio del estudio, sobre la puntuación del cuestionario MNA al final del estudio (variable dependiente). Ajustado por edad, sexo, riesgo social y grupo de intervención.

Los factores que mejoran la puntuación del MNA son una mayor capacidad de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (menor dependencia según el test de Barthel) al inicio con una $p < 0,01$ y pertenecer al grupo de intervención con una $p < 0,001$. Este grupo mejora la puntuación del MNA final en 2,62 puntos ($p < 0,001$) respecto al grupo de no intervención.

DISCUSIÓN

El riesgo de malnutrición en personas de edad avanzada es elevado, este riesgo aumenta cuando la persona presenta una dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

El estado nutricional de las personas con autonomía reducida o dependientes ha sido poco estudiado. La prevalencia de malnutrición en pacientes de estas características (atendidos a domicilio) es de entre 3,3% a 20% (Jimenez y cols., 2011) (Ricart, 2004). Dada esta elevada cifra, en este estudio se ha pretendido describir el estado de salud y nutricional de personas que son atendidas en Atención Domiciliaria, para ello se ha diseñado una intervención de educación nutricional para los cuidadores con el objetivo de reducir el riesgo y evitar que aparezca la desnutrición.

El diseño del estudio permite que se pueda evaluar el efecto de la educación de los cuidadores sobre el estado nutricional de los sujetos entre dos grupos, el de intervención y el de no intervención.

A pesar de la asignación aleatoria a los grupos, la variable principal (MNA) presentaba diferencias significativas, esta es una de las limitaciones del estudio. A pesar de ello si valoramos el cambio intragrupo observamos diferencia en el grupo intervención, lo que nos hace suponer que la intervención tuvo efecto en el grupo intervención y que el grupo control sufrió el deterioro nutricional previsible.

Existen escasas intervenciones de educación nutricional en pacientes dependientes, y éstas no han mostrado efecto sobre los sujetos cuando la educación va dirigida a sus cuidadores (Riviere y cols., 2001; A'Campo y cols., 2010). Podría ser debido a que el grado de dependencia es el factor que más influye sobre el estado nutricional, por encima del tipo de dieta y otros factores de riesgo,

como la edad, el sexo, la depresión, entre otras. Por tanto sería necesario hacer intervenciones de carácter preventivo para evitar o retrasar la dependencia. Una vez aparecida diseñar estrategias de educación nutricional antes de que aparezca el riesgo nutricional.

Implicaciones para la práctica

El estudio nos muestra que implementar una intervención estandarizada en la práctica habitual sobre hábitos nutricionales puede detener o enlentecer el deterioro nutricional en población geriátrica que ya presenta un riesgo nutricional. Pensamos que se facilita el cambio de hábitos si la intervención se realiza sobre el cuidador más que sobre el sujeto en riesgo. Porque estos sujetos presentan un nivel moderado de dependencia y requieren de la atención de sus cuidadores para su alimentación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

A'Campo LE, Spliethoff‐Kamminga NG, Macht M, EduPark Consortium, Roos RA. Caregiver education in Parkinson's disease: formative evaluation of a standardized program in seven European countries. Qual Life Res 2010 Feb;19(1):55‐64.

Cabrera D, Menéndez A, Fernández A, et al. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Aten Primaria. 1999;23:434‐ 40.

De Dios R, Hernández AM, Rexach LI, Cruz AJ. Validación de una versión de cinco ítems de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en población española. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2001;36(5):276‐280.

Guigoz Y, Vellas BJ, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly. The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. Nutr Rev. 1996;54:59‐65.

Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature‐What does it tell us? J Nutr Health Aging. 2006;10(6):466‐85.

Jimenez M, Sola JM, Perez C, et al. Study of the nutritional status of elders in Cantabria. Nutr Hosp. 2011;26(2):345‐354

Kaiser MJ, Bauer JM, Rámsch C, et al. Mini Nutritional Frequency of Malnutrition in Older Adults: A Multinational Perspective Using the Mini Nutritional Assessment. J Am Geriatr Soc. 2010;58(9):1734‐8.

Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med J. 1965;14:56‐61.

Martínez JM, Dueñas R, Onís MC, Aguado C, Albert C, Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 Años. Med Clin (Barc). 2001;117:129‐134.

Ricart J. Desnutrición en pacientes en atención domiciliaria. Aten Primaria. 2004;34:238‐243.

Riviere S. A nutritional education program could prevent weight loss and slow cognitive decline in Alzheimer's disease. The Journal of nutrition, health and aging. 2001;5(4):295‐299.

Suominen MH, Kivisto SM, Pitkala KH. The effects of nutrition education on professionals' practice and on the nutrition of aged residents in dementia wards. *Eur J Clin Nutr.* 2007;61:1226‐1232.

Trinidad I, Fernández J, Cucó G, Biarnés E, Arija V. Validación de un cuestionario de frecuencia de consumo alimentario corto: reproducibilidad y validez. *Nutr Hosp.* 2008;23:242‐252.

Unanque S, Badía H, Rodríguez S, Sánchez I, Coderch J. Factores asociados al estado nutricional de pacientes geriátricos institucionalizados y atendidos en su domicilio. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44:38‐41.

AUTORES/AUTHORS:

Darío Fajardo Galván , Raquel Ruiz Íñiguez, Karima Abuolfuonon ElAzzouzi , Paloma Laíz Gutierrez , Ana Carralero Montero , Rocío Aguado Pacheco

TÍTULO/TITLE:

Educación para la Salud como estrategia para mejorar la adhesión al tratamiento. Revisión Sistemática.

Educación para la Salud como estrategia para mejorar la adhesión al tratamiento. Revisión Sistemática.

OBJETIVO

Identificar la mejor evidencia disponible sobre la efectividad de la Educación para la Salud (EpS) como intervención enfermera para mejorar la adhesión al tratamiento de pacientes que sufren Trastorno Mental Grave (TMG).

MÉTODO

Se incluyeron ensayos controlados, aleatorios y no aleatorios, y revisiones sistemáticas, publicados en los últimos cinco años. No hubo restricción en el idioma de publicación.

Los criterios de inclusión fueron: población adulta, intervenciones de EpS realizadas por enfermeras en exclusiva o en colaboración con otros profesionales y dirigidas a pacientes con TMG. Los criterios de exclusión fueron: existencia de comorbilidad con consumo de drogas o con trastornos del eje II según el DSM-IV.

Se atendió a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de EpS como "cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en la que la gente desee estar sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener la salud y busque ayuda cuando la necesite"¹.

Se realizaron búsquedas en: Cochrane, PsycInfo, JBI, Cuiden, CINAHL y Pubmed. Se utilizaron los términos de búsqueda: "mental disorder", "nurs*", "compliance", "adherence", "cooperation".

Dos revisores seleccionaron los trabajos de forma independiente. Tras la primera selección, se realizó una lectura crítica siguiendo el Critical Appraisal Skills Programme en español (CASPe). Se seleccionaron los trabajos que respondieron afirmativamente al 60% o más de los ítems. Los desacuerdos fueron evaluados por un tercer revisor ajeno a la primera evaluación y resueltos por consenso.

RESULTADOS

Resultados de la búsqueda:

La búsqueda preliminar devolvió 156 artículos. Tras analizar el título y resumen, 37 artículos fueron considerados relevantes y se obtuvo el texto completo. Tras evaluarlos con CASPe se seleccionaron finalmente los 7 artículos que se esquematizan a continuación:

Ensayos clínicos:

-Crowe M et al²: ensayo controlado aleatorio. Lugar: Nueva Zelanda. N=78. Diagnóstico: trastorno bipolar. Intervención: programa específico de EPS. Resultados: no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en autoeficacia, funcionamiento general y síntomas.

-De Jonge P et al³: ensayo controlado aleatorio. Lugar: Suiza. N=100. Diagnóstico: diabetes mellitus y enfermedad reumatológica. Intervención: EPS de salud mental en interconsulta. Resultados: menor incidencia de depresión mayor, descenso del riesgo de depresión mayor, descenso de los síntomas depresivos, aumento de la calidad de vida.

-Chang SW et al⁴: ensayo controlado aleatorio. Lugar: Hong Kong. N=73. Diagnóstico: esquizofrenia. Intervención: programa específico de EpS. Resultados: mejora en las razones subjetivas para tomar medicación, conciencia de enfermedad, actitud al tratamiento y condición mental de los pacientes. Mejora en la autoeficacia, sobrecarga de cuidado y satisfacción en familiares.

-Anderson et al⁵: ensayo controlado aleatorio. Lugar: EE.UU. N=26. Diagnóstico: esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo. Intervención: terapia de adhesión. Resultados: no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología,

evaluación subjetiva del paciente al tratamiento. Hubo una significación clínica sobre la disminución de un 22% de los síntomas positivos. El grado de satisfacción con la terapia fue alto.

Revisiones sistemáticas

-Duncan E et al⁶. Intervención: toma de decisiones compartida en pacientes con enfermedad mental. Resultados: no se encontró efecto sobre los resultados clínicos, aunque sí en la satisfacción, participación y conocimiento del paciente.

-Stringer B et al⁷. Intervención: participación del usuario. Resultados: mejora en la satisfacción del paciente, la calidad del cuidado, la salud, el cumplimiento del tratamiento y el ambiente terapéutico.

-Van Dusseldorp L et al⁸. Intervención: contribución enfermera en el cuidado de pacientes con primer episodio psicótico. Resultados: existen cinco dominios en los que las enfermeras contribuyen potencialmente, sin embargo el nivel de evidencia es bajo.

DISCUSIÓN

En la presente revisión encontramos las siguientes intervenciones realizadas y/o dirigidas por enfermeras de salud mental con el objetivo de mejorar la adhesión a la medicación:

Programas específicos de EpS

Con frecuencia en la práctica clínica de salud mental se utilizan indistintamente los términos EpS y psicoeducación. En el presente trabajo hablaremos de programas específicos de EpS para referirnos a aquellas intervenciones estructuradas que las enfermeras realizan con el objetivo de aumentar el conocimiento del paciente sobre su enfermedad, tratamiento y hábitos de vida saludable, y que en el caso concreto de las enfermedades de salud mental, podemos encontrar bajo el término psicoeducación en la bibliografía. El mayor conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad y tratamiento puede mejorar la conciencia de enfermedad, la adhesión al tratamiento y la actitud hacia él. Los programas específicos de EpS pueden tener un impacto positivo en la conciencia de enfermedad, la adhesión a la medicación y la condición de salud mental. Sin embargo, los efectos de estos programas podrían no mantenerse en el tiempo, por lo que serían necesarios otros abordajes que proporcionasen cambios más duraderos⁴.

Plan de prevención de recaídas

La utilización de contratos o de planes de recaídas, redactados por las enfermeras junto con los pacientes y miembros de su red social, son útiles para identificar crisis en un estadio temprano e intervenir proactivamente para prevenir el desarrollo de situaciones graves. Estos planes permiten a los pacientes establecer sus preferencias de tratamiento, logrando un mejor funcionamiento, menos síntomas y menos problemas de conducta⁷, así como una mejor relación terapéutica, aceptación de la enfermedad, motivación y adhesión al tratamiento⁸.

Enfermería de enlace

Las enfermeras de salud mental pueden trabajar en colaboración con otros servicios para detectar a los pacientes con una enfermedad somática con alto riesgo de comorbilidad psiquiátrica e intervenir activamente en la prevención. Las intervenciones realizadas para ayudar a los pacientes a afrontar la enfermedad y mejorar el cumplimiento farmacológico, pueden disminuir la duración de la estancia hospitalaria, incrementar la calidad de vida de los pacientes y prevenir o reducir los síntomas².

Educación y apoyo a las familias

El mayor conocimiento de las familias sobre la enfermedad puede mejorar la capacidad de los cuidadores para monitorizar los síntomas del paciente y colaborar con los profesionales en el tratamiento⁴. La educación a las familias promueve el entendimiento de la enfermedad, puede reducir las recaídas y facilitar la recuperación, adaptación y cambios más duraderos⁸. La interacción entre los familiares en las sesiones podría aumentar la satisfacción con el apoyo social percibido, disminuir la sobrecarga y aumentar la autoeficacia familiar⁴.

Terapia de adhesión

Es una intervención potencialmente importante para mejorar los síntomas y la adhesión en personas con esquizofrenia. La satisfacción con la terapia es un resultado importante desde el punto de vista de la relación terapéutica, que es clave en unos cuidados de salud mental de calidad y hace que los se comprometan y estén satisfechos con el tratamiento⁵, y ayuda a prevenir las

recaídas⁸.

La participación activa del paciente en su tratamiento

La implicación activa del paciente en su tratamiento está de una u otra manera presente en la mayoría de los artículos revisados ^{2,5,6,7,8}. La toma de decisiones compartida podría aumentar la satisfacción de los pacientes, su participación y su conocimiento sobre la enfermedad, y mejorar la satisfacción de los profesionales sin aumentar el tiempo de consulta⁶. La participación del usuario, en la que el paciente trabaja en definir problemas y establecer los objetivos del plan de cuidado, puede mejorar la adhesión al tratamiento farmacológico, así como producir efectos positivos en la satisfacción del paciente, su autoestima, la calidad del cuidado, el nivel general de salud y el ambiente terapéutico⁷. Debido a las limitaciones inherentes de la enfermedad psiquiátrica, la evaluación de la capacidad de los pacientes para participar en el tratamiento debe ser muy cuidadosa, para prevenir tanto el paternalismo como la negligencia.

Es digna de mención la participación de los usuarios como “expertos por experiencia propia”, en la que los pacientes proporcionan parte del cuidado y que mediante la ayuda mutua, tiene un efecto terapéutico y hace que los pacientes sean más independientes. Stringer et al⁷ abogan por la participación del usuario en los equipos multidisciplinares, en la realización de cursos sobre cuidado y, en ocasiones, en su participación como asesores o gestores de casos.

Ante los argumentos éticos que apoyan su práctica, es recomendable que los profesionales traten de incluir a los pacientes en el proceso de toma de decisiones sobre el tratamiento⁶. Sin embargo, la participación del paciente exige un cambio radical de mentalidad tanto de los profesionales como de los pacientes. Muchos profesionales todavía albergan la idea de que los pacientes en general no están cualificados y no son capaces de tomar decisiones independientemente. Las enfermeras deben trabajar para crear esta realidad compartida, basada en la relación igualitaria entre pacientes y profesionales, y deben construir con los pacientes una relación que les anime a tener –junto con ellas- responsabilidad en su tratamiento⁷.

Conclusiones

Las enfermeras de salud mental juegan un rol crítico en la administración y manejo de la medicación. Además, constituyen la mayoría de la fuerza de trabajo responsable del tratamiento y cuidado de los pacientes con TMG. Ellas deben monitorizar los efectos terapéuticos y secundarios del tratamiento farmacológico y trabajar con los pacientes para estimular la adhesión a la medicación⁸. Las enfermeras tienen a su disposición varias intervenciones que pueden ayudar a mejorar la adhesión al tratamiento farmacológico, como los programas específicos de EpS, la elaboración de planes de prevención de recaídas, la educación y apoyo a las familias, la interconsulta, la terapia de adhesión y la implicación activa del paciente en el cuidado.

La participación del usuario en el cuidado, tanto en su propio tratamiento como en el de otras personas, supone a nuestro entender una intervención prometedora pero también un reto en el cuidado de salud mental, especialmente cuando las necesidades detectadas por la enfermera entran en conflicto con los objetivos del paciente.

El número de estudios encontrados y la calidad de la evidencia fueron limitados. Son necesarias mayores investigaciones que con diseños de calidad, aporten evidencia sobre las intervenciones que las enfermeras realizan en su práctica habitual para mejorar la adhesión al tratamiento farmacológico en personas con un TMG.

Implicaciones para la práctica clínica

La revisión realizada muestra que las enfermeras de salud mental pueden realizar diferentes intervenciones en la práctica para mejorar la adhesión al tratamiento. Aunque los programas específicos de EpS sean una de las herramientas más utilizadas en la práctica clínica, pueden no ser suficientes para producir cambios profundos y duraderos en la persona con un TMG.

El trabajo con las familias, la terapia de adhesión, la elaboración de planes de prevención de recaídas o la participación del usuario en el tratamiento, pueden ser útiles no sólo para mejorar el cumplimiento farmacológico, sino también para mejorar la experiencia global del paciente y su familia en relación con el cuidado.

Las enfermeras de salud mental pueden implementar estos resultados en su trabajo diario con personas que padecen un TMG y sus familias.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Nuevos métodos de educación sanitaria en la acción primaria de salud. Informe técnico núm 690. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1983.
2. Crowe M, Inder M, Carlyle D, Wilson L, Whitehead L, Panckhurst A, et al. Nurse-led delivery of specialist supportive care for bipolar disorder: a randomized controlled trial. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2012;19:446-454.
3. De Jonge P, Hadj F, Boffa D, Zdrojewski C, Dorogi Y, So A, Ruiz J, Stiefel F. Prevention of Major Depression in Complex Medically Ill Patients: Preliminary Results From a Randomized, Controlled Trial. *Psychosomatics*. 2009;50(3):227-233.
4. Chan SW, Yip B, Tso S, Cheng B, Tam W. Evaluation of a psychoeducation program for Chinese clients with schizophrenia and their family caregivers. *Patient Educ Couns*. 2009; 75:67-76.
5. Anderson KH, Ford S, Robson D, Cassis J, Rodrigues C, Gray R. An exploratory, randomized controlled trial of adherence therapy for people with schizophrenia. *Int J Ment Health Nurs*. 2010;19:340-349.
6. Duncan E, Best C, Hagen S. Shared decision making interventions for people with mental health conditions (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1. Art. No.: CD007297. DOI: 10.1002/14651858.CD007297.pub2.
7. Stringer B, Van Meijel B, de Vree W, Van der Bijl J. User involvement in mental health care: the role of nurses. A literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2008;15:678-683.
8. Van Dusseldorp L, Goossens P, van Achterberg T. Mental Health Nursing and First Episode Psychosis. *Issues Ment Health Nurs*. 2011;32:2-19.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves I

Session of Oral Brief Presentations I

AUTORES/AUTHORS:

MARGARITA SANCHEZ DIAZ

TÍTULO/TITLE:

LA UTILIZACIÓN DE LOS PLANES DE CUIDADOS EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA CONCA D'ÒDENA

OBJETIVO: El desarrollo de la práctica enfermera ha comportado la incorporación progresiva de metodologías de trabajo que buscan una eficiente mejora sobre la salud de la población que atiende. Bajo este planteamiento resulta necesario detenerse y valorar esta eficiencia a partir de la valoración de los mismos profesionales que la llevan a término. Así, el objetivo principal del estudio es: 1) Describir y analizar la utilización de los Planes de Cuidados (PC) de los enfermeros y enfermeras de Atención Primaria de la Conca de Òdena - comarca de l'Anoia, Barcelona - y 2) Determinar la percepción que estos profesionales tienen sobre el desarrollo de estos Planes. Se pretende determinar si facilitan una sistemática de trabajo fácilmente aplicable, si incluye a todas las tipologías de pacientes y se le corresponsabiliza en su proceso de salud, así como si el profesional enfermero participa en la validación y en los procesos de mejora metodológica de los PC.

METODOLOGIA: Se ha trabajado a dos niveles: 1) a partir de datos institucionales facilitados por las Direcciones de los Centros sobre registros activos de PC para el periodo 2012 y 2013 y 2) a partir de un cuestionario auto implementado sobre utilización y percepción de PC. La población sobre la que se ha trabajado ha sido de 48 enfermeros y enfermeras, repartidos en 5 centros que prestan servicio en el territorio definido como Conca d'Òdena, 4 dependientes del Servei d'Atenció Primària Anoia del Institut Català de la Salut (ICS): Igualada Urbà, Vilanova del Camí, Santa Margarida de Montbui y Anoia Rural, así como el Centre d'Atenció Primària Igualada Nord, gestionado por el Consorci Sanitari de l'Anoia. El estudio se ha realizado entre octubre de 2012 y mayo de 2013. Para el análisis se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 17 y el programa G-Stat 2.0 de libre distribución, con un IC de 95% i un p-valor <0,05.

RESULTADOS: En relación a los datos institucionales sobre utilización, se observa que la mayoría de centros no supera el 60% de cumplimiento de PC realizados respecto a los propuestos por las Instituciones. Existen también diferencias entre centros, menos significativas entre los centros dependientes del ICS. Respecto a los datos sociodemográficos, académicos y laborales, más del 50% de profesionales superan los 39 años de edad y la mayoría no estudió lenguaje enfermero durante sus estudios de pregrado. Su formación en PC ha tenido lugar como formación laboral facilitada por las propias instituciones. La mayoría de enfermeros y enfermeras lleva más de 12 años trabajando en el mismo lugar de trabajo. Respecto a la opinión de los profesionales sobre utilización de los Planes, cerca de un 19% refiere no realizar la valoración de enfermería. Menos del 21% utiliza los diagnósticos de prevención y un 13% no utiliza nunca los diagnósticos de riesgo. Los 3 diagnósticos más utilizados son: Desequilibrio de nutrición por exceso (87,5%), Deterioro de la integridad cutánea (87,2%) i Riesgo de caídas (72,9%). El 27% finaliza el PC al cabo del año de su instauración. Sólo el 3% pacta con el paciente los resultados de mejora en su PC. El 76% registra la actividad del PC al margen del tiempo de consulta. Respecto a la percepción, la falta de tiempo, de conocimientos y la idea de poca utilidad son los aspectos que, por este orden, se destacan. Igualmente, más de un 43% expresó que el propio programa informático resulta ser poco ágil y dificulta la implementación de los PC. Un 74% opina que se debería participar más en los procesos de mejora de los PC.

DISCUSIÓN: A pesar que menos del 60% de los profesionales de la Conca de Òdena cree que los PC le permiten establecer objetivos de mejora sobre la salud de sus pacientes, su sistemática metodológica les resulta poco ágil, aplicándose de manera limitada i mayoritariamente sobre el paciente crónico y domiciliario. La utilización de un tiempo extra al margen del dedicado a la propia consulta, contribuye a la percepción de su escasa utilidad. Asimismo, la participación del paciente respecto a su proceso de salud es aún escasa. Se observa igualmente que sería necesaria una actualización sistemática de conocimientos, así como una mayor participación y consenso entre profesionales respecto a la mejora metodológica de los propios PC. Destaca también la necesidad de adecuar el programa informático para que resulte ser más operativo y eficiente, a la vez que actualizar formación en tecnologías informáticas que permitan agilizar la destreza del propio profesional. Por otro lado, se demanda una mayor participación

institucional en los procesos de elaboración y mejora metodológica de los PC, demanda que no siempre canaliza el propio profesional ni es ofrecida con la frecuencia necesaria por las propias instituciones. Así, resulta necesario plantear investigaciones que recojan el uso de metodologías y sus resultados para así poder realizar una valoración coordinada y entrelazada entre el entorno académico y el entorno laboral, que pueda establecer trazabilidad de procesos, incorporando alternativas contrastadas desde el planteamiento de ese objetivo en común que, en definitiva, no es otro que la salud de nuestros conciudadanos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Mercedes Ugalde. Resumen de la ponencia: De lo empírico a lo evidente: las clasificaciones enfermeras. IV Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería. A Coruña. 9-10 de mayo 2002.
2. López Ruiz, Julia. Propuestas para el desarrollo profesional (y II) Enferm Cli. 2000; 10:157-162- vol. 10 núm. 4
3. NANDA-I. Diagnósticos enfermeros: definición y clasificación 2007-2008. Elsevier 2008
4. O'Connell B. Diagnostic reliability: a study of the process. Nursing Diagnosis 1995 6(3):99-107
5. Müller-Staub, M et al. Implementing nursing effectively: cluster randomized trial. Journal of Advanced Nursing 63(3), 2008 pp 291-301.
6. Mañá González, M; Mesas Sáez, A; González López, E. Diagnósticos de enfermería en el área de atención primaria de El Bierzo: punto de partida y estrategia de implantación. Enferm Cli. 2000; 1:135-41. – vol.10. núm 4
7. Puig L, Martí M, Farràs C. Diagnósticos de enfermería en AP. Situación actual en la provincia de Lérida. Enfermería científica 1995; 164-165: 47-53.
8. Girbés Fontana, M. et al. Enfermería en Atención Primària: nuestra responsabilidad con la población (experiencia del área 9). Revista de Administración Sanitaria.3 (I) 2005 pp: 49-65.
9. Pilar Trigueros et al. Situación actual de los diagnósticos de enfermería en el área de salud de Atención Primaria de Palencia. Metas de enfermería, ISS 1138, Vol. 6. N.53.2003,pag 6-10. Disponible <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=305761>
10. Brito Brito, P. Diagnósticos enfermeros priorizados en Atención Primaria. Enfermería Global N. 16. Junio 2009. Consulta 13-1-13. Disponible en www.um.es/eglobal/
11. Brito Brito PR. El proceso enfermero en AP (II): Diagnóstico. Revista de Enfermería ENE. Sección metodología enfermera. Vol 2, nº 2 (2008). Consulta 9/5/13. Disponible en <http://ene-enfermeria.org/revista>.
12. Mañá, M. Impacto de una estrategia de implantación de diagnósticos de enfermería en un área de atención primaria. Enfermería Clínica 2002, Vol. 12. pp. 193-200.
13. Guitard M. L; Torner; Torres, J; Subirá A. ¿Varía la opinión de los alumnos sobre los planes de cuidados tras la realización de prácticas clínicas? Comunicación del VI Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería. Granada, 25 y 26 de mayo 2006.
14. Martínez Riera, J. R. Consulta de enfermería a demanda en Atención Primaria. Reflexión de una necesidad. Rev. Adm. Sanit. 2003; 1: 425-40.- vol.1. núm 3

AUTORES/AUTHORS:

flavia de Oliveira Motta Maia, Karina Sichieri

TÍTULO/TITLE:

Tiempo medio de cuidado del paciente crítico en un hospital escuela en el marco del Nursing Activities Score (NAS)

Introducción: NAS mide el tiempo consumido por las actividades de enfermería en la atención al paciente y representa el porcentaje de tiempo dedicado por un profesional de enfermería en el paciente crítico directa en 24 horas. La puntuación NAS es independiente de la gravedad de la enfermedad, tipo de paciente o de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), porque mide el tiempo requerido para el cuidado del paciente a través del aplicación de una lista validada de las actividades de enfermería. Estudios demuestran que el NAS es un instrumento apropiado para indicar las necesidades requeridas por los pacientes y evaluar la carga de trabajo necesaria del personal de enfermería en la UCI. Objetivo: Comprobar la adecuación del personal de enfermería atender las demandas de cuidado del paciente de acuerdo con NAS. Método: Este estudio es un estudio descriptivo, retrospectivo realizado en la UCI de un hospital escuela en São Paulo, que cuenta con 12 camas. Muestra consistió en pacientes ≥ 18 años, ingresados consecutivamente en la UCI de abril/2012 a mayo/2013 y permaneció >24 horas en el hospital. Para comprobar la carga de trabajo de enfermería requeridos por los pacientes que utilizaron el NAS, con mediciones diarias para todos los pacientes. Para evaluar la adecuación del personal de enfermería a la carga de trabajo necesaria, la media NAS se convirtió en horas de cuidado, que se multiplica por el número total de pacientes ingresados en el día. El horario de atención disponible se calcularon teniendo en cuenta la suma de las enfermeras hoy multiplicada por 24 horas. La diferencia entre las horas totales de la atención requeridos y el total de horas disponibles demostró la idoneidad del personal de enfermería a través de la carga de trabajo comprobado desde el NAS. Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de datos. Resultados: Un total de 403 pacientes que permanecieron una media de 5,0 días en la UCI. La tasa media de ocupación fue del 84,5%. La tasa de mortalidad promedio fue de 21,7%. El NAS media fue de 50,95% con una variación promedio de 47.57% a 53.64%. El promedio de horas de cuidado requerido por paciente según la NAS era 12,19, mientras que el promedio de horas que ofrece el personal por paciente fue de 15,33, se ofrece un promedio de 3,15 horas de atención por paciente que requiera el NAS. En comparación con las horas establecidas por el Consejo Federal de Enfermería (COFEN), se diferencia negativa entre el promedio de horas ofrecidas (-2,57) y entre el promedio de horas requeridas por NAS (-5,71) por paciente. Discusión: En este estudio, las horas de enfermería por paciente requiere de acuerdo con NAS eran más pequeñas que las horas que ofrece el personal de enfermería de la UCI. No obstante, cuando se consideran las horas recomendadas por COFEN, había una relación negativa de ambas las horas que ofrece el equipo, como las horas recomendadas por NAS. El cuidado de enfermería a tiempo es un gran desafío. Cuando insuficiente puede comprometer la práctica de la atención, lo que lleva a una sobrecarga de trabajo y por lo tanto interferir con la salud de los trabajadores y, por otro lado, cuando el exceso puede aumentar los costos de los servicios de salud, sin embargo, mejorar la calidad de los cuidados de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.Miranda DR et al. Nursing Activities Score. Crit Care Med 2003; 31(2). 374-382.
- 2.Gaidzinski RR, Fugulin FMT. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em unidade de terapia intensiva. In: Carmem Elizabeth Kalinowski. (Org.). PROENF- Programa de atualização em enfermagem- Saúde do Adulto- Porto Alegre: ARTMED, 2008.
- 3.Conishi RMY. Avaliação do NAS - Nursing Activities Score - como instrumento da carga de trabalho de enfermagem em UTI geral adulto. [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.
- 4.Dias MCCB. Aplicação do Nursing Activities Score (NAS) como instrumento de medida de carga de trabalho em UTI Cirúrgica

cardiológica. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.

5. Queijo AF. Estudo comparativo da carga de trabalho de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva Geral e Especializadas, segundo o Nursing Activities Score (NAS). [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2008.

AUTORES/AUTHORS:

Carmen Torres Penella

TÍTULO/TITLE:

Enfermería republicana y represión franquista en la ciudad de Lleida durante la Guerra Civil (1936.1939)

INTRODUCCIÓN.

El primer año de la guerra en Cataluña debido a su posición geográfica, militar y política vivió una etapa considerada de autonomía casi absoluta, según se desprende de disposiciones legales de la época (1) Este ambiente propició iniciativas y proyectos innovadores y de progreso. La sanidad no fue una excepción, por un lado, se implantó una política sanitaria orientada a la población civil y de retaguardia; preventiva antes que curativa, y de solidaridad en lugar de beneficencia; y por otro, se creó el "Consell de Sanitat de Guerra" orientada a la sanidad de militar. A partir de mayo de 1937, la organización de la atención al soldado al frente y la retaguardia pasó a manos de la Sanidad Militar del Ejército, dependiente del Ministerio de Defensa (2).

Lleida era la ciudad más grande de la retaguardia del frente de Aragón, un punto de avituallamiento y de paso necesario para las fuerzas republicanas que iban y venían del mismo (3). Ciudad de acogida de refugiados y de heridos evacuados por carretera y trenes de los hospitales aragoneses. El ente responsable de los centros sanitarios y de asistencia social era la Comisaría delegada del Gobierno de la "Generalitat de Catalunya". Los centros sanitarios y su personal se amplían tanto durante la guerra, que precisaron de créditos extraordinarios (4).

Hasta entonces los cuidados de enfermería de las instituciones públicas de la ciudad estaban en manos de enfermeros, practicantes y de las hermanas de San Vicente de Paúl, las cuales, habían tenido la responsabilidad de forma continuada desde su llegada a la ciudad en 1792 como enfermeras (5). No obstante desde mayo de 1936 la Comisaría de Lleida estaba preparando el relevo de estas, como consecuencia del ideal revolucionario de la II República que obligaba sustituir el personal religioso por personal laico.

OBJETIVO.

Dar visibilidad a la enfermería republicana y su práctica profesional durante la Guerra Civil en Lleida

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio cualitativo histórico enmarcado en el paradigma interpretativo-hermenéutico (6). El espacio social es el de Lleida ciudad; el temporal y coyuntural, la del periodo comprendido entre los años 1936 y 1939 de la Guerra Civil española (del 17 de julio de 1936 al 1 de abril de 1939). Los primeros 21 meses de guerra, la ciudad de Lleida estuvo en zona republicana y los últimos 9 meses, en zona nacional.

El sujeto de estudio es el personal de enfermería, entendido como el conjunto de profesionales integrado por las categorías de enfermera, practicante y matrona, con título o sin el, y los perfiles derivados de éstos que trabajaron para la administración sanitaria republicana durante la GC en Lleida.

Las fuentes utilizadas son las primarias y secundarias, verbales, escritas y no narrativas de documentos de archivos; publicaciones oficiales y bibliografía de referencia de las bases de datos. La técnica cualitativa utilizada es la observación documental (7)

RESULTADOS

En los 10 centros sanitarios públicos de la ciudad, denominados en su conjunto "Hospitals de Lleida" trabajaron 186 enfermeras, 50 enfermeros, 23 practicantes y 1 comadrona.

De todos ellos, se ha identificado el nombre y apellidos, centro de trabajo y evolución del salario durante el periodo. Y la edad, fecha de ingreso a la Generalitat y adscripción sindical de gran parte de ellos. Una minoría eran funcionarios antes de la GC.

Derogado el Estatuto catalán por Franco, al entrar en tierras leridanas el 4 de abril de 1938, la Comisaría delegada de la "Generalitat de Catalunya en Lleida" fue sustituida por la Diputación. La totalidad de los trabajadores de los centros "Hospitals de Lleida" de la época republicana quedaron en situación laboral eventual. La Diputación abrió expedientes administrativos al personal funcionario cuya reincorporación se resolvió en las diferentes sesiones de la Comisión Gestora de la Diputación.

Con la ocupación de Lleida por las tropas de Franco, la sanidad nacional recupera las religiosas como enfermeras para los cuidados y gestión de los centros sanitarios públicos.

A partir de Octubre de 1938 La Delegación de Orden Público y Seguridad Interior de Lérida y provincia inicia un proceso de represión consistente en la abertura de expedientes informativos político-sociales del personal de enfermería de la época republicana. En septiembre del mismo año no queda ni una sola enfermera republicana en los centros sanitarios.

DISCUSIÓN

El proceso de laicización del personal sanitario iniciado en mayo de 1936 y el aumento de las necesidades de atención de enfermería generadas por la guerra promueven, por primera vez desde finales del siglo XVIII, la incorporación de la mujer no religiosa como enfermera en los hospitales de Lleida.

Llama la atención la diferencia inicial de salario entre enfermeras y practicantes y entre enfermeras y enfermeros, esta diferencia tiene que ver con el género. Esta discriminación salarial fue desapareciendo hacia finales del segundo año de guerra.

El proceso de represión del personal de enfermería republicana afectó principalmente a las enfermeras, categoría mayoritaria del personal sanitario que había sustituido a las religiosas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC). Decret del 28 Agost de 1936, publicado en el DOGC núm. 243 del 30 d'agost de 1936, p.1258.
- (2) Hervás C. Sanitat a Catalunya durant la República i la guerra Civil. [Tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2005:104-227.
- (3) Sagués J. Els anys de la Guerra. En: Lleida sota les bombes. Lleida:Diari Segre;2007:57.
- (4) Sagués J. Una ciutat en guerra. Lleida en la guerra Civil espanyola (1936-1939). Barcelona: Publicacions de l'Abadia de Montserrat; 2003: p.416.
- (5) Tejero-Vidal L, Torres C. La profesionalización de la enfermería en Lleida a partir de las Hijas de la Caridad. Rev. Cultura de los Cuidados 2011; 31: 64-68.
- (6) Siles J. Las características de los paradigmas y su adecuación a la investigación en Enfermería. Enfermería Científica 1995;160-161:10-14.
- (7) Aróstegui J. La investigación histórica. Teoría y método. Barcelona: Crítica; 2001: 360-97.
- (8; 9; 10). Torres C. La Infermeria en la Guerra Civil espanyola a Lleida. Infermeres, practicants i comadrones. [Tesis doctoral no publicada]. Universidad de Alicante; Departamento de Enfermería. 2010.

AUTORES/AUTHORS:

Marta Raurell Torredà, Josep Olivet Pujol, Carmen Malagón Aguilera, Sandra Gelabert Vilella, Anna Bonmatí Tomás, Cristina Bosch Farré, Roser Fernández Peña

TÍTULO/TITLE:

EL APRENDIZAJE BASADO EN EL ANÁLISIS DE CASOS Y LA SIMULACIÓN: METODOLOGÍAS DOCENTES PARA UNIR TEORÍA CON PRÁCTICA

Objetivo:

Lunney^{1,2} afirma que el estudio de casos permite trabajar el contenido teórico, la habilidad para resolver problemas, el pensamiento crítico y juicio clínico³⁻⁵ mientras que las simulaciones posibilitan el trabajo en equipo y la adquisición de habilidades comunicativas⁶. Algunos autores ya han mostrado la sinergia que supone combinar ambas metodologías⁷⁻⁹. No hay estudios que comparen los conocimientos adquiridos entre estudiantes que aún no han hecho ninguna práctica clínica respecto estudiantes que tienen experiencia clínica, como los de Posgrado, en función de las metodologías de aprendizaje que han recibido. Nuestro estudio pretende evaluar, mediante la simulación, los conocimientos adquiridos por los estudiantes de Grado, sin experiencia clínica, habiendo sido formados unos con el estudio de casos y los otros con metodologías de aprendizaje tradicionales (clase expositiva) y compararlos con estudiantes de Posgrado, con experiencia clínica.

Métodos:

Ensayo clínico no aleatorizado para evaluar mediante una herramienta de evaluación objetiva (Objective Structured Clinical Examination, OCSE) ¹⁰ y un maniquí de alta fidelidad en un escenario medicoquirúrgico simulado, los conocimientos adquiridos por los estudiantes de Grado de los cursos académicos 2010-11 y 2011-12 en función de la metodología de aprendizaje recibida y compararlos con estudiantes de Posgrado del curso 2011-12.

En el grupo intervención la docencia se basó en el análisis de casos (exposición del plan de cuidados por parte del profesor durante 50 minutos y después 30 minutos de trabajo en grupo para el análisis de casos) mientras que en el grupo control se aplicaron metodologías de aprendizaje tradicional (exposición del plan de cuidados por parte del profesor durante 80 minutos). Los estudiantes del Grado no habían realizado aún ninguna práctica clínica.

Los estudiantes de posgrado contaban con experiencia profesional, como mínimo derivada de las prácticas curriculares desarrolladas durante el Grado y Posgrado.

Análisis estadístico con la prueba ANOVA y postHoc con test de Dunnet

Resultados:

Se incluyeron 248 estudiantes de Grado, de los cuales se analizaron 94 en el grupo intervención y 137 en el control y se compararon con 59 estudiantes de Posgrado. Ambos grupos del Grado eran comparables excepto en el porcentaje de estudiantes con estudios universitarios previos en ciencias de la salud (grupo experimental 25,7% vs grupo control 3%, $P = 0,01$). El 62,7% de los estudiantes de Postgrado se había diplomado hacía 2 años, el 22,1% entre 3 y 7 años y el 8,5% más de 8 años. De los primeros (diploma ≤ 2 años), 8 (13,6%) aún no tenían experiencia profesional y en 12 (20,3%) era solo de un año. La cualificación del OSCE (del 0 al 10) del grupo control fue inferior respecto el grupo experimental en cuanto a la valoración del paciente ($6,3 \pm 2,3$ vs $7,5 \pm 1,4$, $P = 0,04$ (diferencia de la media $-1,2$ [IC 95% $-2,4$ - $-0,03$]). No se observaron diferencias en las otras categorías. Entre los grupos de Grado y Posgrado se obtuvieron diferencias en la valoración del paciente ($6,8 \pm 2,1$ vs $8,8 \pm 1,5$, $P < 0,001$ (diferencia de la media $-2,1$ [IC 95% $-2,9$ - $-1,1$]) y las intervenciones enfermeras ($6,5 \pm 1,8$ vs $8,3 \pm 1,7$, $P < 0,001$ (diferencia de la media $-1,7$ [IC 95% $-2,7$ - $-0,8$]). Hay una alta correlación entre años de experiencia profesional y las cualificaciones obtenidas (Pearson 0,3, $P < 0,001$).

Discusión:

La experiencia clínica se traslada al escenario de simulación según reflejan las mayores puntuaciones obtenidas por los estudiantes de Posgrado, pero el grupo experimental del Grado, se desarrolla mejor en la valoración del paciente y, en base a que el aspecto más importante del juicio clínico es identificar correctamente el problema para después tratarlo¹⁰, los estudiantes del grupo experimental podrían manejarse mejor en la práctica clínica. El análisis de casos es una metodología docente que potencia la adquisición de conocimientos básicos para la profesión enfermera como es la valoración del paciente y la simulación permite interactuar los estudiantes en un escenario casi real permitiéndoles practicar en un entorno seguro.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Lunney M. Development of written case studies as simulations of diagnosis in nursing. *Nurs Diagn.* 1992; 3(1):23-9
2. Lunney M. Razonamiento crítico para alcanzar resultados de salud positivos: estudio de casos y análisis de enfermería. Barcelona : Elsevier Masson; 2011
3. Henning JE, Nielsen LE, Hauschildt JA. Implementing case study methodology in critical care nursing: a discourse analysis. *Nurse Educ.* 2006; 31(4):153-8.
4. Lunney M. Use of critical thinking in the diagnostic process. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2010; 21(2):82-8
5. Hofsten A, Gustafsson C, Häggström E. Case seminars open doors to deeper understanding – Nursing students' experiences of learning. *Nurse Educ Today.* 2010; 30(6):533-8
6. National Council of State Boards of Nursing. Clinical instruction in pre licensure nursing programs (Position Paper). Disponible en: https://www.ncsbn.org/Final_Clinical_Instr_Pre_Nsg_programs.pdf [acceso 23 de agosto de 2013]
7. McFetridge B, Deeny P. The use of case studies as a learning method during pre-registration critical care placements. *Nurse Educ Pract.* 2004; 4(3):208-15.
8. Nickless LJ. The use of simulation to address the acute care skills deficit in pre-registration nursing students: a clinical skill perspective. *Nurse Educ Pract.* 2011; 11(3):199-205.
9. Reilly A, Spratt C. The perceptions of undergraduate student nurses of high-fidelity simulation-based learning: a case report from the University of Tasmania. *Nurse Educ Today.* 2007; 27(6):542-50
10. Wolf L, Dion K, Lamoureux E, Kenny C, Curnin M, Hogan MA, Roche J, Cunningham H. Using simulated clinical scenarios to evaluate student performance. *Nurse Educ.* 2011; 36(3):128-34. Review.

AUTORES/AUTHORS:

LORENA LOURDES TEJERO VIDAL

TÍTULO/TITLE:

Competencias en la gestión de las Hijas de la Caridad en el Hospital de Lleida (1792 – 1812)

INTRODUCCIÓN

Las Hijas de la Caridad en España se establecieron en Lleida en noviembre de 1792 tras un largo proceso de aprendizaje en Francia y una serie de conflictos y rivalidades acaecidas con los trabajadores del Hospital de “San Pau” de Barcelona, en su corta estancia en el mismo, debido a las buenas referencias que se tenía de ellas por la practica en cuidados que prodigaban a los enfermos.

(1)(2)(3)

OBJETIVO

Conocer el impacto de las aportaciones de las Hijas de la Caridad a la gestión y optimización de los recursos del Hospital General de la ciudad de Lleida (1792-1812).

METODOLOGÍA

Se trata de una investigación histórica a partir de fuentes documentales y bibliográficas. Las técnicas utilizadas son la observación documental y el análisis de texto de documentos legales y administrativos referentes al gobierno del hospital y a la vinculación de las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl al mismo.

Elementos de estudio son: Las competencia profesionales en gestión de cuidados, la gestión de recursos humanos y materiales, y las relaciones entre los diferentes entes que componían el organigrama del hospital.

La información recogida se analiza cronológicamente y realizándose una clasificación según el modelo de excelencia EFQM.

RESULTADOS

Cuando en 1792 se establecieron las Hijas de la Caridad en el Hospital de Santa María, en la copia de escritura de establecimiento de las mismas se determina que existe un autogobierno de la congregación basado en sus propias normas y reglas. (4)

A pesar de ello, el mismo documento, también deja claro que dicha congregación dependería de un gobierno externo al cuál estaban subordinadas.(4)

El único margen de liderazgo que se les adjudicaba a las Hijas de la Caridad y que quedaba patente en la Constitución VIII de las Constituciones del Hospital de 1797, era que tenían bajo sus órdenes a un enfermero que era el encargado de llevar a cabo las tareas delegadas por ellas. (3)

En este mismo apartado de la Constitución VIII, determina que las hermanas deberían supervisar el buen hacer del enfermero y poner sobre aviso a la Junta del cumplimiento correcto de sus tareas.

Se producía así una jerarquización tanto laboral como administrativa, a partir de la cual, las hermanas eran las encargadas de realizar labores de gestión de recursos materiales y humanos.

La Junta del Hospital consideraba que las hermanas eran responsables para recibir recursos económicos con fines determinados por la junta, como lo especifica un apunte del dieciocho de noviembre de 1793. (8)

Los responsables del Hospital debían suministrar a las Hermanas los alimentos necesarios y asistencia sanitaria para la conservación de su salud, como reflejan los apartados quinto y sexto de la copia de la escritura de establecimiento. (4) También se les entregaba dinero para satisfacer otras necesidades básicas como eran la del vestir.

La Junta consideraba que las hermanas eran obedientes y cumplidoras de las normas que ésta establecía, un testimonio de ello se ve en el acta del 10 de marzo de 1794. (6)

A parte de la gestión económica destinada a los recursos materiales, las Hijas de la Caridad se encargaban de la gestión económica de sus propios salarios y el de otros miembros del hospital.

DISCUSIÓN

El estudio actual de la excelencia en las organizaciones hospitalarias pasa por el desarrollo del Modelo de Excelencia EFQM, como fundamento para la operativización de los objetivos que se quieren conseguir, la planificación de los procesos que existen y la autoevaluación para revisarlos.

De los nueve criterios de los que se compone el modelo, cinco de ellos son los que se conoce como "facilitadores y agentes" que son los que se refieren a lo que una organización hace. Éstos agentes son: el liderazgo en las organizaciones, las personas, las políticas y estrategias, las alianzas y los recursos, y los procesos que en ella se producen. (9)

Si extrapolamos este modelo de excelencia al estudio del establecimiento de las Hijas de la Caridad en el Hospital de Lleida, podemos estudiar cuales han sido las aportaciones de la congregación vistas como agentes facilitadores.

Las hermanas tenían funciones asistenciales en el hospital y estaban muy valoradas por sus conocimientos y formación a través de las reglas comunes y particulares de la Congregación y de manuales como el de Monseier Carrere de 1786.

Además, se las consideraba competentes para la gestión tanto de recursos humanos como materiales, formando alianzas con el resto de grupos de interés (en su caso, la Junta Administrativa del centro y el resto de profesionales que trabajaban con ellas).

Dentro de las alianzas que llevaban a cabo en el hospital, tenían también funciones de delegación de tareas y de supervisión de los

recursos humanos y materiales, por lo que formaban parte de gran parte de los procesos que en el centro se desarrollaban. Se las tenía en cuenta dentro de las políticas asistenciales que la Junta establecía y en las estrategias para mejorar el nivel de calidad en el centro.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Tejero Vidal, L.L; Torres Penedla, C. La profesionalización de la enfermería en Lleida a partir de las Hijas de la Caridad. Cultura de los Cuidados 3er cuatrimestre 2011. Año XV- Nº. 31.
- (2) Hernandez Zapatel, M.C (H.C). Las Hijas de la Caridad en España, 1782-1856. Ed. CEME, 1988: 93-121
- (3) Archivo Institut d'Estudis Ilerdencs. Constituciones para el Gobierno del Santo Hospital General de la Ciudad de Lerida, hechas de orden del supremo consejo de Castilla con arreglo a la nueva planta y forma aprobada por este supremo tribunal. Madrid. Oficina de Don Blas Román. 1797.
- (4) Arxiu Institut d'Estudis Ilerdencs. Madriguera, D.I. (notarios). Copia de escritura de convenio de las Hijas de San Vicente de Paúl con el Hospital de Santa Maria de Lérida. Lérida 30 de noviembre de 1792. Legajo núm. 47. SAIEI
- (5) Tejero Vidal, Lorena Lourdes; Torres Penella, Carmen. Las competencias de enfermería en el "Spital de la Ciutat de Leyda" del siglo XV. Temperamentvm 2012, 16. Disponible en <http://www.index-f.com/temperamentum/tn16/t0912.php>
- (6) Arxiu Municipal de Lleida. Fons Pia Almonia, Vol 107/347. Llibre Fons del Hospital. Actas 1793-1794.
- (7) Hernandez Martín, F. Las Hijas de la Caridad en la profesionalización de Enfermería. Rev.Cultura de los cuidados, 2006; 10 (20: 39-49)
- (8) Arxiu Dioceà de Lleida. Hospital de Santa María, Llibre de dipòsits (comptes) 1746- 1825
- (9) Martínez Mediano, C; Riopérez Losada, N. El modelo de excelencia en la EFQM y su aplicación para la mejora de la calidad en los centros educativos. Facultad de Educación. UNED. Educación XXI, 2005 (8): 35-65

AUTORES/AUTHORS:

Rocío Romero Serrano, M^a Socorro Morillo Martín, Almudena Arroyo Rodríguez, Inmaculada Lancharro Tavera, Isabel M^a Calvo Cabrera, José M^a Galán González-Serna

TÍTULO/TITLE:

VISIBILIDAD DE LOS CUIDADOS: ANÁLISIS SOBRE LA DISCIPLINA ENFERMERA EN EL ALUMNADO DE POSTGRADO

Objetivo

Analizar las opiniones sobre la profesión enfermera del alumnado del Máster propio en Geriatria y Cuidados Integrales en el Envejecimiento del Centro de Formación Permanente y el Centro de Grado en Enfermería "San Juan de Dios", adscrito a la Universidad de Sevilla.

Método

Estudio de corte cualitativo, descriptivo, transversal y observacional. De ámbito Universitario. Tras un proceso de muestreo no probabilístico a conveniencia, se ha conformado una muestra de 26 profesionales de enfermería, medicina, psicología, trabajo social y fisioterapia con una media de edad de ± 39.1 años ubicados geográficamente en Sevilla y provincia, siendo el 57,7% mujeres y el 42,3% hombres. El análisis cualitativo del contenido y del discurso se ha basado en la Teoría Fundamentada (Tójar, 2006, Andréu, García-Nieto, Pérez-Corbacho, 2007 y Soares de Lima et al, 2010). Para la revisión y validación de las categorías se ha realizado el método de comparación constante y el método de comprobación cruzada. Las dimensiones definidas son: opiniones e ideas de las prácticas de los profesionales de enfermería. El análisis de datos se ha efectuado con el paquete estadístico Atlas ti 7.0.

Resultados

Los profesionales de enfermería muestran con claridad cuáles son sus competencias en la práctica de la clínica enfermera. Se adjuntan algunos extractos que así lo sustentan:

- Tenemos modelos y teorías que sustentan nuestra práctica.
 - Existen diversas teorías y modelos de cómo llevar a cabo el cuidado correcto de los pacientes dependiendo de cuáles son sus necesidades alteradas o no satisfechas y de cómo actuar para corregir que el paciente alcance o restablezca su salud.
 - El hecho de que la clínica enfermera siga un modelo de cuidados ayuda a que el profesional tenga siempre ese modelo de referencia.
 - La clínica enfermera es todo lo que se refiere al cuidar y proporcionar el bienestar a la persona...teorías y modelos hay muchas, según la época.
 - El enfoque de la clínica enfermera no mira sólo el problema actual de enfermedad de la persona, sino que debe buscar una atención integral en la misma.
- Los profesionales de medicina reconocen la labor de acompañamiento que realiza enfermería, en contraposición con el escaso tiempo que ellos y ellas dedican y conocen los nombres de algunos Modelos y Teorías enfermeras. Los consideran parte fundamental del equipo pero siguen manteniendo la visión de sus ayudantes. Se adjuntan algunos ejemplos:
- El papel de la enfermería consiste en los cuidados del bienestar del paciente. Ayuda durante su hospitalización, formando parte del equipo multidisciplinar.
 - La actuación de enfermería: cuidados orientados a una patología.
 - Debido a encontrarse en un plano más cercano a ellos (a los pacientes) que los médicos, sus aportaciones en este sentido serían muy valiosas.
 - Desde el punto de vista de mi profesión (médico) simplemente es el complemento profesional.
 - Con respecto a modelos y teorías...Me suena Virginia Henderson.
 - El modelo Virginia Henderson creo que es el que se aplica actualmente no puedo concretar cómo es y cómo se aplica por estar

fuera de mi práctica habitual.

Los profesionales de psicología, fisioterapia y trabajo social desconocen la clínica enfermera por completo, y son los únicos que reconocen la competencia de investigación de los profesionales de enfermería. Se aprecia en algunos de los discursos de este grupo la idea de que son ayudantes de los profesionales de medicina. Así lo reflejan algunos extractos:

- He escuchado hablar de teorías y modelos de enfermería pero desconozco la base de éstos.
- La enfermera hace el trabajo de cuidado, supervisión, revisión e investigación sobre el paciente.
- Las enfermeras cuentan con distintas funciones: rehabilitadoras, asistencial, docente, gestora, investigadora, etc.
- Es uno de los profesionales que está más cercano al paciente y a sus familiares ya que presta la gran mayoría de los cuidados.

Discusión

Tal y como afirman Fernández y Ramos (2013) la imagen de enfermería todavía sigue encorsetada en muchos estereotipos; ayudantes, servidumbre y mujeres. Así los muestran nuestros resultados y también coincidimos con este estudio en que nuestro lenguaje es entendible entre los profesionales de enfermería, pero no con otros profesionales. Los resultados reflejan como la amabilidad y la cercanía son características que definen nuestra profesión, en nuestro ámbito y fuera de la frontera nacional, tal y como afirman Alvarado et al. (2008). Y siguen presentes en el imaginario colectivo, sobre todo en los profesionales de medicina, que somos una profesión que combina habilidad y responsabilidades complejas (Santa, Casado y Fernández, 2006).

Implicaciones para la práctica

La imagen social y profesional de enfermería sigue siendo la de mujeres cuidadoras como una prolongación natural de su género. Se vislumbran cambios en las percepciones atribuyéndoles competencias para la investigación. Se debe seguir trabajando en la visibilidad de nuestra profesión incluso en el ámbito del posgrado. Prácticas como las que se promueven actualmente por las redes sociales pueden ser un salto cualitativo en la visibilidad de la profesión enfermera.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Andréu, Jaime, García-Nieto, Antonio y Pérez-Corbacho, Ana M^a. (2007). Evolución de la Teoría Fundamentada como técnica de análisis cualitativo. Madrid: CIS.
- Fernández Salazar, Serafín y Ramos Morcillo, Antonio Jesús. (2013). Comunicación, imagen social y visibilidad de los cuidados en Enfermería. ENE. Revista de enfermería. Abri. 7(1).
- Quijano Alvarado, Gabriela, Alvarado Rodríguez, Estefanía, Barboza Picado, Allan, Castro González, Ericka, León Morales, Saysi, Matarrita Matarrita, Ansilú et al. (2008). Definición de Enfermería en el tercer nivel de atención según los acompañantes de los usuarios de un hospital costarricense. Rev Enfermería en Costa Rica. 14. Recuperado en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44812819003>
- Santa Clotilde Jiménez, Elena, Casado del Olmo, M^a Isabel y Fernández Araque, Ana M^a. (2006). Opinión de los usuarios sobre la profesión y el trabajo de los profesionales enfermeros. Biblioteca Las casas. 2 (4). Recuperado en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0188.php>
- Soãres de Lima, Suzinara Beatriz, Leite, Joséte Lucia, Erdmann, Alacoque Lorenzini. et al. (2010). La Teoría Fundamentada en datos. Un camino a la investigación en enfermería. Index de Enfermería. 19 (1): 55-59.
- Tójar, Juan Carlos. (2006). Investigación cualitativa: comprender y actuar. Madrid: La Muralla.

AUTORES/AUTHORS:

Carmen Hidalgo García, Joaquín Villar Oset, M.Rosario Delgado García

TÍTULO/TITLE:

EL MANTENIMIENTO DE LOS PRODUCTOS DE CURAS EN ATENCIÓN PRIMARIA: UNA ASIGNATURA PENDIENTE

OBJETIVOS:

Conocer a través de una experiencia piloto, y tomando como muestra los carros de curas de 2 centros de salud de atención primaria, pertenecientes a distintas áreas, que productos sanitarios se encuentran en ellos.

Conocer el estado de mantenimiento de los productos estudiados (envases abiertos/cerrados, fecha apertura y existencia de mecanismo de cierre)

Diseñar una nueva investigación teniendo como base esta experiencia, y proyectar una línea de mejora.

METODOS:

Confeccionamos una hoja de recogida de datos, en la que incluimos los productos más utilizados para la realización de curas en los centros de salud (1), se excluyeron gasas, apósitos adhesivos, esparadrapo y guantes.

Registramos la presencia o ausencia del producto sanitario.

Incluimos en esta revisión: suero salino, povidona yodada, clorhexidina, hidrogel, sulfadiazina argéntica, nitrofurural, apósitos de espuma, apósitos de plata, apósitos de alginato cálcico y apósitos de silicona.

Verificamos si el embalaje estaba intacto, si aparecía la fecha de apertura y además si poseían dispositivo de cierre.

Revisamos los carros de dos centros, en total 8 carros, ubicados en las consultas de enfermería.

Tras realizar la recogida de datos, no se efectuaron intervenciones con los profesionales, pero se "limpiaron" los carros de productos abiertos, sin fecha de apertura, ya que se consideró ésta circunstancia como un mantenimiento inadecuado, y se informó a los profesionales sobre los datos que se habían reunido.

RESULTADOS:

El producto más encontrado fue el suero salino en el 100% de los carros, seguido por apósitos de espuma, plata, silicona y alginato en 87,5%. El producto menos encontrado fue la clorhexidina.

Según el nº de envases presentes, lo más frecuente fueron los apósitos de espuma 25,7%, seguido por apósitos de plata 20%, el producto con menos envases fue el nitrofurural con 2,34%.

El 58,5% de los productos ya habían sido utilizados, el embalaje no estaba integro y de ellos, sólo el 18,6% tenían registrada la fecha de apertura. Las espumas eran las que más frecuentemente tenían registrada ésta fecha .

Solo presentaban mecanismos de cierre los envases de pomadas, clorhexidina, povidona y en algunos casos el suero salino. Ningún apósito encontrado tiene este tipo de dispositivo.

DISCUSION: LAS IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA.

En atención primaria no se realizan, al menos de forma tan frecuente como en el hospital, procedimientos de curas complejos o que precisen una gran cantidad de material, por lo que algunos productos que no se utilizan todos los días, pueden quedar almacenados u olvidados por tiempo indefinido y por lo tanto resulta más necesaria la protocolización de su mantenimiento (2).

Muchos de los productos sanitarios no se encuentran en dispensación monodosis, por lo que el riesgo de deterioro y/o contaminación es alto. Los envases permanecen en los carros abiertos, poniendo en evidencia la seguridad del paciente.

La mayoría de los apósitos se presentan en envases monodosis, pero esto no es una garantía en cuanto al mantenimiento, ya que cuando éste no se ajusta al tamaño de la herida, se recorta, guardándose el artículo restante, en muchos casos sin cerrar y sin fecha de apertura. La ausencia de fecha de apertura en el envase, produce desconfianza del profesional, que desecha el producto en muchas ocasiones y causa un mayor gasto sanitario.

Los dispositivos de cierre se utilizan en pocas ocasiones.

Las fichas técnicas de los productos sanitarios son difíciles de encontrar o no existen.

Debemos diseñar un protocolo para determinar que productos deben permanecer en los carros de curas de los centros de salud.

Es importante sensibilizar a los profesionales en el mantenimiento de éste material, impulsándolos a cerrar los envases y a registrar las fechas de apertura.

IMPORTANCIA CLÍNICA

La mejora en el adecuado mantenimiento del material redundará en una mayor calidad en la atención de cuidados, además la ley señala como infracción muy grave (3) el mantenimiento inadecuado de los productos sanitarios.

Una buena gestión de los productos reduce el gasto, sin perjudicar la atención al paciente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA

1-España. Ley 29/2006 del 26 de julio. Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín oficial del estado 27 julio 2006 nº 178 pag.28122

2-Abad Luna, M. Carmen. Modificaciones que afectan a los Productos Sanitarios Jornada informativa sobre las modificaciones, en el ámbito de la AEMPS, de la Ley 29/2006 de Garantías y uso racional de Medicamentos y Productos sanitarios en lo relativo a los productos sanitarios y cosméticos.

Madrid 22 julio 2013

http://www.aemps.gob.es/eventosCongresos/PSCH/2013/docs/l-jorn-ley-garantias-PS-Cosme/2-presentacion-ley-garantias_C.Abad_22-07-2013-PS.pdf.

Consultado el 2 de agosto 2013

3-Ministerio de sanidad. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios. CIRCULAR Nº 3/2012. Recomendaciones aplicables en la Asistencia Técnica de Productos Sanitarios en los Centros Sanitarios.

http://www.aemps.gob.es/informa/circulares/industria/2012/docs/circular_3_2012.pdf. Consultado 2 agosto 2013

AUTORES/AUTHORS:

Serafín Fernández-Salazar, Antonio Jesús Ramos-Morcillo, Miguel Ángel Navas-Martín, Juana M^a Granero-Moya, Isabel Guillén-Ruiz

TÍTULO/TITLE:

Análisis de Twitter como herramienta para la difusión de una iniciativa para visibilizar los Cuidados de Enfermería

OBJETIVO

Conocer el impacto en la red social Twitter de la iniciativa colaborativa "#24h24p, por la visibilidad de los cuidados de Enfermería" (#24h24p).

MÉTODO

Ámbito: Redes Sociales (Twitter)(1) y Blog www.cuidando.es (2) con presencia en Internet desde el 20 de febrero de 2010.

Diseño: Estudio descriptivo, observacional de los resultados analíticos de la etiqueta #24h24p utilizada en la difusión a través de Twitter, de la iniciativa colaborativa "#24h24p" (3) desde las 00.01 h, hasta las 23.59 h del 20 de febrero de 2013.

Variables: Contenidos (post publicados); Tweets (mensajes enviados a través de Twitter y distribución); Participantes (personas que participaron); Audiencia (alcance, impresiones de la etiqueta y países); Palabras clave (palabras más frecuentes).

Análisis: Descriptivo mediante frecuencias y porcentajes. Los datos han sido recogidos a través de las herramientas Web "Tweet-Tag"(4) y "Topsy Pro"(5).

RESULTADOS

Se publicaron 24 post relacionados con la visibilidad de los cuidados de Enfermería en el Blog "Cuidando.es", una cada hora, los cuales se difundieron a través de Twitter bajo la etiqueta #24h24p.

Durante las 24 horas, se registraron 954 tweets realizados por 248 participantes, de los cuales: 461 (48.3%) fueron tweets originales, 446 (46.7%) menciones y 47 (4.92%) Retweets. Las horas de más tráfico en Twitter fueron de 8 a 10 de la mañana, con 171 tweets (17.9%).

La audiencia potencial fue de 448.659 personas, y se realizaron 2.180.043 impresiones de la etiqueta #24h24p. Las palabras clave más utilizadas en los Tweets emitidos fueron: "24h24p" 24.7% (946 veces), "cuidando" 9.16% (351), "cuidados" 6.37% (244) "enfermería" 4.51% (173), "visibilidad" 3.6% (140) y "enfermera" 2.8% (109).

Por países, se emitieron 885 tweets (86.8%) desde España, 67 desde Chile (6.5%), y 15 en Brasil (1.4%).

DISCUSIÓN

Es necesario conocer el impacto de estas iniciativas, ya que la utilización de herramientas de difusión de contenidos a través de Internet (como Twitter) es cada vez más frecuente.

En la actualidad, se dispone de diferentes software que nos ayudan a conocer, tanto el alcance como la distribución de tráfico en la red. El conocer estos dos aspectos, puede permitirnos diseñar iniciativas mucho más eficaces respecto a su difusión. A tenor de lo expresado podemos ver que el ámbito de difusión es hispanohablante por lo que sería interesante valorar herramientas que traduzcan a otros idiomas la iniciativa. Se hace también necesario una explotación de los datos a través de herramientas específicas que nos permitiera valorar la población diana receptora de los mensajes (profesionales, estudiantes, población general, cuidadores, etc.).

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA.

Tal y como nos dice Yvonne ten Hoeve et al. (6) las enfermeras debemos mejorar nuestra comunicación de cara a la sociedad y en este sentido, Internet y las redes sociales pueden ayudarnos a mostrar una imagen más real de la profesión enfermera.

La viralidad y el alcance de este tipo de iniciativas necesitar ser investigado para conocer cuál es la mejor manera de adaptar la utilización de las herramientas (traducción, conocimiento de características de la población consumidora de estos mensajes, etc.) a la consecución de los objetivos perseguidos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Twitter [Internet]. Estados Unidos. [Consultado el 9 de Septiembre de 2013] Disponible en: <http://twitter.com/>
2. Fernández-Salazar S, Ramos-Morcillo AJ. Cuidando.es [Internet] España 2010. [Consultado el 8 de Septiembre de 2013] Disponible en: <http://www.cuidando.es/>
3. Fernández-Salazar S, Ramos-Morcillo AJ. Cuidando.es [Internet] España 2013. 24h-24p. [Consultado el 9 de septiembre de 2013] Disponible en: <http://www.cuidando.es/24h24p-2013>
4. Tweet-Tag [Internet]. [Consultado el 9 de septiembre de 2013] Disponible en: <http://www.tweet-tag.com/>
5. Topsy. [Internet]. [Consultado el 9 de septiembre de 2013] Disponible en: <http://topsy.com/analytics>
6. Hoeve, Y. Ten, Jansen, G., & Roodbol, P. (2013). The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. *Journal of advanced nursing*, n/a–n/a. doi:10.1111/jan.12177

AUTORES/AUTHORS:

Gerard Mora López, Estrella Martínez Segura, Xavier Belart Saumell, Rebeca Viñes Beltran, Jesica Moreno Gallego, M^a Jose Alvarez Díaz, Monica Ribes Blanquer, Daniel Mendieta Monserrate, Lorena Puente Curto

TÍTULO/TITLE:

La observación como técnica para la mejora de la atención en las urgencias hospitalarias.

Objetivos: Utilizar la técnica de la observación para detectar carencias en la atención a los usuarios del servicio de urgencias.

Mejorar la satisfacción, calidad percibida del paciente que viene a urgencias.

Dar a conocer entre los profesionales la técnica de la observación.

Métodos: La observación es una técnica de la investigación cualitativa que consiste en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso para tomar información y registrarla para su posterior análisis. Así pues es el proceso de contemplar de forma cuidadosa y sistemática como se desarrolla una conducta en un contexto determinado, sin intervenir sobre esta ni manipularla. Para ser de calidad de debe efectuar:

- Orientándola, objetivo concreto de investigación
- Planificándola, sistemáticamente en fases, lugares, personas
- Controlándola y relacionándola, teorías sociales, planteamientos científicos
- Sometiéndola controles veracidad, fiabilidad, objetividad

Los profesionales de enfermería debemos ser conscientes de las vivencias de nuestros pacientes y pensamos que no hay nada mejor como ponernos en su lugar. Las salas de espera de urgencias siempre han creado debate por el tiempo de espera y son un lugar de sociabilización importante de personas con diferentes perspectivas y expectativas en un contexto de enfermedad. Se han realizado 4 observaciones, 2 en la sala de espera y 2 en la sala de triaje enfermero, de dos horas de duración aproximadamente, en las que se ha realizado una recogida de datos exhaustiva y posteriormente se ha realizado un análisis.

Resultados: Hemos identificado prácticas comunes, así como también algunas de las conversaciones que más predominan en los usuarios y sus necesidades, que se plasmarán en el póster, entre las que destacan manifestaciones verbales relacionadas con el tiempo de estancia, cuando los visitarán. Otra detección importante es la sensación que tiene la gente cuando sale de triaje de enfermería que no les han hecho nada.

Discusión: La observación es una técnica sencilla que nos hace crecer como enfermeros y permite detectar carencias fácilmente.

Implicaciones para la practica: Creemos que se debería explicar la finalidad del triaje, ya que mucha gente entra pensando que allí encontrarán la solución. Se ha realizado un plan de mejora de la comunicación entre los profesionales y los usuarios, como la difusión de dípticos y pósters informativos en las salas de espera.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Wolcott, H. Mejorar la escritura de la investigación cualitativa. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia; 2003.

Ruíz Olabuénaga, JI. Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao; Universidad de Deusto; 2009.

AUTORES/AUTHORS:

Pilar Isla Pera, M^a Carmen Olivé Ferrer, Ana Pascual Prado, Esther Nuñez Juárez, Montserrat Nuñez Juárez

TÍTULO/TITLE:

La cirugía de sustitución protésica de rodilla desde la perspectiva del paciente

Introducción: La artrosis de rodilla (AR) afecta al 10,2% de la población y al 29% de personas > 60 años. Genera el 10% de las visitas en atención primaria y el 30% de las visitas hospitalarias. La artroplastia total de rodilla (PTR) es eficaz en el alivio del dolor y la función para aquellas personas afectas de AR grave. No obstante, a pesar de los buenos resultados clínicos que se obtienen con la PTR, diversos estudios refieren que entre un 14-30% de pacientes se muestran insatisfechos con el resultado, al no alcanzar los beneficios esperados, básicamente relacionados con la función.

Objetivo: Explorar los factores que influyen en el proceso de toma de decisiones de la cirugía PTR.

Método: Se realizó un estudio fenomenológico. La fenomenología trata de descubrir lo que las personas perciben, sienten y piensan sobre los acontecimientos vividos y descubrir los fenómenos ocultos, los significados no manifiestos para analizarlos y describirlos. También se recogieron datos demográficos y clínicos de los participantes y se les pasó la escala WOMAC para medir la intensidad del dolor. Participaron 12 pacientes, 9 mujeres y 3 hombres de los cuales 6 habían sido intervenidos, 4 estaban pendientes de intervención y 2 habían rechazado la intervención. Para la recogida de información se utilizó el grupo focal. Los participantes firmaron un consentimiento informado. Se solicitó permiso para grabar la sesión y se aseguró la confidencialidad de los datos.

Posteriormente se realizó una transcripción textual y se agregaron las observaciones realizadas.

El análisis de datos se realizó manualmente. Los datos, se organizaron en unidades, categorías, temas y subtemas a través de un esquema organizado, utilizando las 4 etapas descritas por Ritchie, Spencer y O'connor (2003). Las investigadoras realizaron un proceso de reflexividad intentando que sus experiencias y creencias no interfirieran en la interpretación de los resultados. Cuidaron que los datos se presentaran de manera textual, sin perder el contexto y la esencia del significado que los participantes le asignaron a cada tópico, con el fin de resguardar el enfoque fenomenológico de la experiencia.

Resultados: Los informantes tenían una edad media de 71,58 + 6,02 años, un IMC de 37,43 + 5,32; 6,73 + 2,19 comorbilidades de media y en la escala WOMAC: Dolor: 14,9 + 8,89 puntos; Rigidez: 19,31 + 17,99 puntos y Función: 15,77 + 8,6 puntos. Total: 15,71 + 8,22 puntos. Se identificaron 6 categorías:

Dolor generalizado: Los pacientes sienten dolor en la rodilla pero también en el resto del cuerpo. La decisión de operarse y las percepciones de eficacia están condicionadas por la intensidad del dolor y las limitaciones funcionales. Yo no podía hacer nada antes de operar ni tampoco ahora. Me duelen las lumbares, no puedo aguantar 5 minutos de pie.

Creencias y percepciones causales: La artrosis de rodilla se interpreta como un síntoma natural del envejecimiento aunque también se asocia a la obesidad, a un exceso de trabajo físico y, en algunos casos, al deporte: Tendría que perder peso. Antes andaba para adelgazar pero ya no aguanto por el dolor y porque tengo 78 años.

El estado de ánimo: Los pacientes reconocen que el dolor tiene un componente subjetivo. Ser optimista y tener ganas de seguir haciendo cosas es fundamental para resistir el dolor y sobre todo para seguir el tratamiento y las recomendaciones: Si estoy animada soy capaz de trabajar, seguir la dieta, hacer ejercicio, pero si un día me levanto mal, me pongo a comer y me paso el día en la cama.

Relación profesional y usuario: La decisión de someterse a una PTR está fuertemente condicionada por la forma de comunicar la necesidad y por la relación terapéutica profesional y usuario. Esta relación condiciona no sólo la decisión, sino también la experiencia y la vivencia de enfermedad: En el hospital iba muy bien pero me cambiaron de médico y es horrible. Le digo que tengo dolor, que un día me tiraré por el balcón y me dice que no me tire. No me hacen caso y no sé qué puedo hacer.

Las expectativas: Los pacientes confían en la cirugía para aliviar el sufrimiento pero la necesidad percibida está condicionada por el

dolor, la funcionalidad, la relación profesional y usuario, los riesgos asociados a la cirugía, la información que reciben y la capacidad de mantener el optimismo y confianza durante el tiempo de espera: A mí me dijo el Doctor que tenía la rodilla destrozada y que tenía que operarme pero yo tengo miedo. Otros lo necesitaran más, yo aún puedo esperar, cuando ya no me pueda mover....

El apoyo social: La promoción de hábitos saludables, especialmente alimentación y ejercicio físico se percibe como positivo para la prevención y la rehabilitación pero la adherencia está condicionada por el apoyo familiar y social: Si no me acompañara mi marido yo no caminaría.

Conclusión: El proceso de toma de decisiones sobre la PTR es complejo y está condicionado por múltiples factores. La PTR mejora una parte pequeña de un cuerpo dolorido, envejecido y enfermo. Este estudio tiene implicaciones para la práctica porque muestra la importancia de los cuidados antes y después de la PTR, el apoyo psicosocial y la necesidad de programas educativos para la prevención y rehabilitación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Denzin, N. y Lincoln, Y. Introduction: The discipline and practice of qualitative research. En *Collecting and interpreting qualitative materials* (2a. Ed.). Estados Unidos: SAGE Publications. 2003, pp. 1-61.
- Hunter DJ, Grace H. Lo. Tratamiento de la artrosis: revisión y llamamiento para abordar un tratamiento conservador adecuado. *Rheum Dis Clin N Am* 2008; 34: 689–712
- McHugh GA; Silman AJ, Luker K. Quality of care for people with osteoarthritis. A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing* 2007; 6: 168–176
- McHugh GA, Luker KA. Influences on individuals with osteoarthritis in deciding to undergo a hip or knee joint replacement: A qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 2009; 31(15): 1257-1266
- McHugh GA, Luker KA. Individuals' expectations and challenges following total hip replacement: a qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 2012; 34(16): 1351-1357
- Núñez M, Núñez E, Sastre S, Del-Val JL, Segur JM, Macule F, Prevalence of knee osteoarthritis and analysis of pain, rigidity, and functional incapacity. *Orthopaedics*. 2008;31(8):753.
- Núñez M, Lozano L, Núñez E, Segur JM, Sastre S, Quality of Life after TKA in Patients who are Obese *Clin Orthop Relat Res* 2011; 469:1148–1153
- O'Neill T, Jinks C, Ong BN. Decision-making regarding total knee replacement surgery: A qualitative meta-synthesis. *BMC Health Serv Res*. 2007; 10: 7: 52.
- Sanders C, Donovan JL, Dieppe PA: Unmet need for joint replacement: a qualitative investigation of barriers to treatment among individuals with severe pain and disability of the hip and knee. *Rheumatology* 2004;43:353-357.
- Showalter A, Burger S, Salyer J: Patients and their spouses' needs after total joint arthroplasty: A pilot study. *Orthop Nurs*. 2000 ;19(1):49-57, 62.
- Ritchie, J. Spencer, L., O'Connor, W. (2003), "Carrying out Qualitative Analysis", en Ritchie, J. and Lewis, J. (Eds.) *Qualitative Research Practice*, London, SAGE Publications.

AUTORES/AUTHORS:

Marta Lima Serrano, Joaquín Salvador Lima Rodríguez, María Dolores Guerra Martín, Isabel Domínguez Sánchez

TÍTULO/TITLE:

Evaluación de la implantación del programa Forma Joven. ¿Existen diferencias respecto a otras acciones no programadas?

Objetivo:

El programa Forma Joven (PFJ) se desarrolla en Andalucía, con un enfoque intersectorial con el objetivo de promover la salud mediante el establecimiento de puntos de atención en los espacios frecuentados por adolescentes (Puntos Forma Joven), donde el Equipo Forma Joven, formado habitualmente por una enfermera del centro de salud, y el/la orientador/a del IES, al que se pueden sumar otros agentes sociales y jóvenes que actúan como mediadores, propone el desarrollo de un conjunto de actividades de promoción y educación para la salud (1). En el momento de la realización del estudio, existían 845 puntos del PFJ, 156 situados en la provincia de Sevilla, de los cuales 146 estaban situados en IES de gestión pública.

Un programa de salud, para conseguir resultados adecuados, necesita ser implementado tal como estaba previsto, es por ello, que evaluar el proceso de implantación de un programa es fundamental para entender sus resultados en términos de efectividad (2-4). Se ha evaluado la implantación del programa Forma Joven (PFJ) en la provincia de Sevilla, comparándolo con otras acciones de promoción de salud en Institutos de Educación Secundaria (IES) que no aplican el PFJ.

Método:

Estudio de casos cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas a 24 participantes pertenecientes a 17 IES, 8 con el PFJ (IES PFJ) y 9 sin el PFJ (IES no PFJ). Se utilizaron tres perfiles: dos de ellos eran primeros perfiles eran responsables del PFJ en IES, el primero formado por 8 orientadores y el segundo por 7 enfermeras responsables del PFJ, y el tercer por 9 coordinadores de promoción de salud en IES que no desarrollaban el PFJ. Se entrevistaron en sus centros de trabajo, se grabaron y transcribieron literalmente. Se realizó un análisis de contenido cuali-cuantitativo conjuntamente por 3 evaluadores para mayor rigurosidad y fiabilidad, mediante reducción de la información, disposición o presentación de esta, obtención de resultados y verificación de conclusiones (5).

Resultados:

En el análisis se encontraron las siguientes categorías:

Con respecto a la planificación de la promoción de la salud de los centros, se encontró que 8 (100%) de los IES PFJ vs 5 (55,6%) de los IES no PFJ incluían la promoción de salud en planes de centro y de acción tutorial, y que 6 (75%) IES PFJ vs 5 (55,6%) IES no PFJ realizaban las fases de programación, organización en equipo, y de evaluación de necesidades.

Con respecto a los talleres grupales: 8 (100%) IES PFJ vs 5 (55,6%) IES no PFJ, intervenían en todos los grupos de educación secundaria, 6 (75%) IES PFJ vs 2 (22,2%) IES no PFJ, planificaban los talleres, si bien en la mitad de los IES PFJ esta no era estable. Los temas eran similares en ambos tipos de IES: área afectivo-sexual (95%), sustancias adictivas (95%), accidentes (65%), y alimentación (47%). 8 (100%) IES PFJ vs 5 (55,6%) IES no PFJ usaron métodos participativos, 8 (100%) IES PFJ vs 4 (44,4%) IES no PFJ los evaluaron, y en 8 (100%) IES PFJ vs 0 (0%) IES no PFJ participaban sanitarios en los talleres.

Con respecto a otras estrategias de promoción de la salud se encontró que 8 (100%) IES PFJ vs 1 (11%) IES no PFJ realizaban asesoría individual y/o grupal, ningún IES (PFJ y no PFJ) realizaban mediación por pares, y 2 (25%) IES PFJ vs 0 (0%) IES no PFJ realizaban intervenciones grupales en familias, aunque con escasa asistencia.

Discusión:

Se observó un trabajo más sistemático en los IES PFJ, asociado una mejor calidad de la implementación (2, 6), destacando la asesoría individual y/o grupal, y la participación de sanitarios, como principales rasgos diferenciadores.

Los temas fueron similares en ambos tipos de IES, en los IES PFJ se había utilizado una metodología participativa, sin embargo, en

los IES no PFJ la metodología fue más variable. Diversos autores afirman que, entre otros aspectos, la garantía de logro de un programa depende del uso de métodos interactivos y participativos con los alumnos (2, 6, 7). Además, en los IES PFJ la mayor parte de los talleres los impartían sanitarios del Equipo Forma Joven, y se solía realizar un trabajo previo con los tutores. En ninguno de los IES, IES PFJ e IES no PFJ, se realizaron actividades con adolescentes como mediadores, las razones para ellos eran la falta de tiempo, de captación y coordinación por el IES o la falta de preparación. A pesar de que la utilización de mediación por pares puede ser importante para mejorar los resultados de un programa. Asimismo, hubo una escasa exposición de intervenciones grupales en familias, que razonaban desde la escasa implicación, y la falta de tiempo, aunque la influencia de la familia es fundamental en la adolescencia, por lo que resulta fundamental incorporar estrategias que fomenten su participación (7, 8). En definitiva, había una similitud en la mayoría de las actividades realizadas, aunque con matices favorables a los centros que desarrollan el PFJ, siendo la asesoría individual y/o grupal el principal rasgo que diferencia dicho programa. Sin embargo, hubo una escasa frecuentación a dicha asesoría. La escasa utilización y exposición de determinadas estrategias propuestas por el programa, puede haber influido negativamente en la implementación y en la falta de efectos de interés del Programa Forma Joven (2, 4).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Escuela Andaluza de Salud Pública Forma Joven: Una estrategia de salud para adolescentes y jóvenes de Andalucía. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2008.
2. Dusenbury L, Brannigan R, Falco M, Hansen WB. A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Educ Res.* 2003; 18(2): 237-256.
3. Hernández L, Ayudarte ML, Lineros C, Leralta O, Carrasco R, Hernán M. (mayo, 2011). Eficacia de la estrategia "Forma Joven" en la adquisición de conocimientos y actitudes relacionados con la promoción de la salud. Trabajo presentado en el VII Congreso Nacional FECAP, II Congreso Nacional SEAPREMUR de Enfermería Familiar y Comunitaria. Murcia, España.
4. Lima M, Neves S, Lima JS. Actitudes de adolescentes hacia la salud: evaluación de un programa escolar de promoción de la salud en Sevilla, España. *Salud Colectiva.* 2012; 8(1): 47-60.
5. Sarrado JJ, Clèries X, Ferrer M, Kronfly E. Evidencia científica en medicina: ¿única alternativa?. *Gac Sanit.* 2004; 18(3): 235-244.
6. Durlak JA, DuPre EP. Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation, *Am J Psychol.* 2008; 41: 327-350. doi 10.1007/s10464-008-9165-0
7. Vitoria PD, Silva SA, De Vries H. Longitudinal evaluation of a smoking prevention program for adolescents, *Rev Saude Pública.* 2011; 45(2): 344-354.
8. De Vries H, Mudde A, Kremers S, Wetzels J, Uiters E, Ariza C, et al. The European Smoking Prevention Framework Approach (ESFA): short-term effects 1, *Health Educ Res.* 2003; 18(6): 649-663.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves II

Session of Oral Brief Presentations II

AUTORES/AUTHORS:

PEDRO FERNÁNDEZ PALLARÉS, PILAR CÓRCOLES JIMÉNEZ, M^a VICTORIA RUIZ GARCÍA, ELENA MUÑOZ MANSILLA, M^a DOLORES SAIZ VINUESA, TERESA MUÑOZ SERRANO, ROSARIO JIMÉNEZ GÓMEZ, LUCIA HERREROS SAEZ, FRANCISCA CALERO YAÑEZ

TÍTULO/TITLE:

EFFECTIVIDAD DE UNA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA PREVENIR CAÍDAS EN MAYORES DE 65 AÑOS HOSPITALIZADOS

Las caídas en ancianos representan un grave problema. De los ancianos que viven en comunidad, un 30% se caen al menos una vez al año y un 15% por lo menos dos (1). Entre los institucionalizados más del 50% se caen, la mitad repetidamente (2,3). En hospitales de agudos se han registrado incidencias entre el 2.2% y el 10%, aunque hay estudios que afirman que la incidencia se duplica si la recogida de datos es observacional frente al sistema de notificación institucional (4,5)

En cuanto a las consecuencias, las caídas producen en los ancianos una morbimortalidad considerable (heridas, luxaciones o fracturas, incluso muerte), que conllevan aumento del gasto sociosanitario y disminución de la autonomía y calidad de vida (6) Dados los múltiples factores de riesgo (7,8) la prevención cobra especial relevancia, siendo los programas de intervención multifactorial los más eficaces (9,10). En este sentido, la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) ha elaborado Guías de Buena Práctica (GBP) basadas en la evidencia, entre las que se encuentra la de Prevención de caídas y lesiones derivadas en personas mayores (11). El Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA) es uno de los 8 centros españoles elegidos como Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados, participando en la implantación y evaluación de esta GBP.

OBJETIVOS. Determinar la efectividad de aplicar una GBP en pacientes ≥ 65 años hospitalizados para reducir la incidencia de caídas y el porcentaje de caídas que causan lesión. Específicos: Identificar el riesgo de caídas al ingreso. Valorar concordancia caídas declaradas/registradas. Conocer perfil del uso de contenciones mecánicas.

MÉTODO. Diseño: Estudio experimental. Sujetos: ≥ 65 años, ingreso > 48 h en Unidades de Área Médica del CHUA. G.Experimental (GE): Ingresados Unidades implantación GBP; G.Control (GC): Ingresados resto Unidades. Muestra para incidencia de caídas del 10% en ≥ 65 años hospitalizados y reducción con la intervención al 5%, error alfa 5%, potencia 80%: 1090 sujetos. Pilotaje 10% Variables. Independiente: implantación recomendaciones GBP (valoración del riesgo, reevaluación si caída, asignación plan de cuidados en función del riesgo identificado, educación al paciente y familiares) Resultado: incidencia caídas, circunstancias y consecuencias Otras: sociodemográficas, valoración riesgo (Escala Downton: puntuación ≥ 3 alto riesgo), medidas preventivas, factores riesgo, estado mental al ingreso (SPMSQ de Pfeiffer, con 10 preguntas sobre orientación témporoespacial, cálculo, memoria a corto y largo plazo; oscilando entre 0 (estado mental intacto) y 10 errores (grave deterioro) Fuentes información Entrevista pacientes y familiares días alternos durante ingreso, historia clínica y llamada telefónica tras alta Análisis estadístico (SPSS) Descriptivo: frecuencias absolutas y relativas, medidas tendencia central y dispersión. Bivariante: homogeneidad grupos; efectividad de la intervención sobre variables de resultado y relación con otras variables (Chi-cuadrado, t de Student y U de Mann-Whitney) Concordancia caídas notificadas institucionalmente y declaradas por pacientes/cuidadores. Intervalo Confianza 95%, $p < 0.05$. Aspectos éticos: Aprobación Comité Ética, consentimiento informado.

RESULTADOS (Pilotaje. Muestreo consecutivo enero-marzo 2013). 104 sujetos (GE 46,2%, GC 53,8%). Hombres 47,1% (41,7% GE; 51,8% GC, $p=0,3$) Edad media GE 83,01 años, GC 77,36 ($p < 0,0001$) Estancia media GE 7,68 días, GC 10,92 ($p=0,007$) Puntuación Pfeiffer media GE 6,02 GC 2,86 ($p < 0,0001$) Escala Downton: no realizada GE 45,8%, GC 58,9%; bajo riesgo GE 17%, GC 23,2%, alto riesgo GE 36,2%, GC 17,9% ($p=0,1$) Plan de cuidados asignado GE 41,7%, GC 1,8% ($p < 0,0001$) Contención en el 59,6% (no registrado 94,5%) Uso de barandilla 96,7% Caídas: 1 GC en domicilio, de noche, sin iluminación, desorientado, cama sin barandillas. 1 GE en hospital, resbala al ir a WC, estaba solo. Ambas sin lesiones

DISCUSIÓN. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

La incidencia de caídas ha sido más baja de lo encontrado en la bibliografía, pudiéndose atribuir a la sensibilización previa del personal sanitario por su prevención, que forma parte de la cultura organizativa en el CHUA. No hay diferencias en cuanto a caídas entre los pacientes del GE y del GC, aunque los del GE eran significativamente más ancianos y con peor estado mental, lo que supone en principio mayor riesgo. A diferencia de lo recogido en otros estudios (4,5), observamos concordancia entre el número de

caídas que los pacientes declaran y los registros institucionales. En cuanto a las caídas producidas, pensamos que valorar el riesgo y aplicar medidas específicas podría haberlas evitado.

La implantación de la GBP ha resultado efectiva en cuanto a la planificación de cuidados adaptados a los factores de riesgo detectados en los pacientes, que se han realizado en mayor proporción en los pacientes del GE de forma estadísticamente significativa, aunque la valoración del riesgo es similar en el GE y el GC. El uso sistemático de barandillas y contenciones no registradas es un aspecto a mejorar.

Aplicar planes de cuidados con intervenciones basadas en la evidencia contribuye a evitar la variabilidad de criterios a la hora de aplicar cuidados de Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Stalenhoeft PA, Crebolder HFJM, Knottnerus JA, Van der Horst FGEM. Incidence, risk factors and consequences of falls among elderly subjects living in the community. A criteria-based analysis. *Eur J Public Health*. 1997; 7: 328-334.
- (2) Tinetti M, Baker DI, McAvay G, Claus EB, Garrett P, Gottschalk M, et al. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. *N Engl J Med*. 1994; 331: 821-827.
- (3) Bergland A, Wyller TB. Risk factors for serious fall related injury in elderly women living at home. *Inj Prev*. 2004; 10: 308-313.
- (4) Sebastián-Viana T, García-Martín MR, Núñez-Crespo F, Velayos-Rodríguez EM, Martín-Merino G, González-Ruiz JM et al. ¿Cuál es la incidencia real de caídas en un hospital?. *Enfermería Clínica*. 2011; 21(5): 271 – 274.
- (5) Minaya-Sáiz J, Lozano-Menor A, Salazar-de la Guerra RM. Abordaje multidisciplinar de las caídas en un hospital de media estancia. *Revista de Calidad Asistencial*. 2010; 25(2): 106 – 111
- (6) Salvà A, Bolívar I, Pera G, Arias C. Incidence and consequences of falls among elderly people living in the community. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 172-176.
- (7) Silva Gama da ZA, Gómez Conesa A, Sobral Ferreira M. Epidemiología de caídas de ancianos en España. Una revisión sistemática, 2007. *Rev Esp Salud Pública* 2008; 82: 43-56.
- (8) Santillana Hernández S, Alvarado Moctezuma L, Medina Beltrán G, Gómez Ortega G, Cortés González R. Caídas en el adulto mayor. Factores intrínsecos y extrínsecos. *Revista Médica*. 2002;4:489-93.
- (9) Rubenstein L, Josephson K. Intervenciones para reducir los riesgos multifactoriales de caídas. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2005;40(Supl 2):45-53.
- (10) Oliver D, Connelly JB, Victor CR, Shaw FE, Whitehead A, Genc Y, et al. Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses. *BMJ*. 2007 Jan 13;334(7584):82.
- (11) Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores. Toronto: RNAO; 2005. [Acceso 22 de marzo 2012] Disponible en: http://www.rnao.org/Storage/78/7309_617_BPG_PrevencionCaidasyLesionesDerivadas.pdf

AUTORES/AUTHORS:

M^ª Pilar Catalán Edo, Carmen Arellano Sanchez, Eva Gálvez Alvarez, Carmen Noya Castro

TÍTULO/TITLE:**EVALUACIÓN DE LOS REGISTROS ENFERMEROS DURANTE EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN**

OBJETIVO. Evaluar la calidad de los registros enfermeros y la pérdida de información durante el proceso asistencial. Comparar la efectividad de los registros en formato papel respecto al uso de nuevos métodos de registro informático implantados en el hospital. Proporcionar un medio que sirva de base a la reflexión para la mejora constante de los cuidados y punto de partida en la implantación y aceptación de nuevos métodos de registro.

Método. Estudio de cohorte retrospectivo de las historias clínicas de todos los lactantes hospitalizados a través del servicio de urgencias e intervenidos de Estenosis Hipertrófica de Píloro entre enero de 2009 y diciembre de 2012. Se evaluó el registro llevado a cabo por el personal de enfermería en las historias clínicas de las variables: edad, sexo, peso, tipo de lactancia, tensión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura (T^a), acceso venoso (calibre, zona anatómica de inserción y servicio que efectúa la técnica), sonda nasogástrica (calibre, características y servicio que efectúa la técnica), extracción sanguínea. Las historias correspondientes a los años 2009-2011 fueron consultadas en papel (55) y las del año 2012 se consultaron a través de los registros informáticos (13). Una vez obtenidos los datos fueron tratados con el programa para análisis estadístico SPSS 19.0.

Resultados. El 15% de vías venosas y 58,5% SNG son colocadas en planta de cirugía pediátrica, el resto en diferentes servicios por donde pasa el paciente antes de llegar a la planta, como son los servicios de urgencias y quirófano. Se ha registrado el 100% de las analíticas extraídas.

El registro de edad, sexo y peso de todas las historias consultadas se ha efectuado de manera adecuada, pero el porcentaje de registro correcto disminuye para otras variables como la T^a, FC, TA, aunque es mayor en las historias con registro en formato electrónico (en torno al 80%) que en las de formato papel. El porcentaje de vías venosas y SNG bien registradas varían entre el 50-60% en formato papel, frente al 92% en formato electrónico. Solo en un 7% de historias con registro en formato electrónico existe omisión de dos registros y en ningún caso existe omisión de tres o más registros, mientras que en las historias en formato papel encontramos la omisión múltiple de registros en un alto porcentaje de historias clínicas destacando la omisión de constantes, vía venosa y SNG encontrada en un 17% de historias consultadas. Encontramos que no existe relación entre la unidad de enfermería donde se registraron las variables y la pérdida de información. En general en el 69,8% de las historias clínicas los registros no están bien reflejados, encontrando que existe relación entre el formato de registro (papel o electrónico) y la correcta anotación en la historia clínica $p=0,024$ ($p<0,05$).

Discusión. Implicaciones para la práctica. Los registros enfermeros durante el proceso de hospitalización reflejan documentalmente la actuación de Enfermería en la atención integral del paciente y posibilitan la intercomunicación con el resto del equipo sanitario. La protocolización e implantación de métodos informáticos conseguirá que los registros enfermeros sean de mayor calidad, evitando la pérdida de y/o omisión información. Se hace necesaria la colaboración y concienciación de todo el personal de enfermería, fomentando el correcto flujo de información entre las distintas unidades del hospital para evitar la pérdida de información.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Blake-Mowatt C, Lindo JL, Bennett J. Evaluation of registered nurses' knowledge and practice of documentation at a Jamaican hospital. *Int Nurs Rev.* 2013 Sep;60(3):328-34.
- Torres Santiago M, Zárate Grajales RA, Mateus Miranda R. Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. *Enferm Universitaria Mex* 2011. 8 (1):17-25.

- Serra Barril MA, Rubio López D, Corrales Baz E, Baños Sánchez MJ. Monitorización de indicadores en un Hospital de Día Oncológico: Punto de partida en la gestión de los cuidados. *Enferm Oncológica*. 2010. 3:40-47.
- Jiménez Fernández JC, Cerrillo Martín D. Registros de enfermería: un espejo del trabajo asistencial. *Metas enferm*. 2010. 13 (6):8-10.
- Castellano M. Informe acerca de la titularidad-propiedad de la historia clínica desde la normativa deontológica y médico-legal. *Aragón Medico*, marzo de 1996.
- Méndez Calixto G, Morales Castañeda MA, Preciado López ML, Ramírez Nuñez MR, Sosa Gonzaga V, et al. La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico. *Rev Mexi Enferm Cardiologica* 2001;9 (1-4): 11-17.
- Perpiña Galvañ J. Análisis de los registros de enfermería del hospital general universitario de Alicante y pautas para mejorar su cumplimentación. *Enfermería Clínica*. 2005. Volumen 15, Issue 2, Pages 95-102.
- Guillén S, Traver V, Monton E, Castellano E, Valdivieso B, Valero MR. Accessing to electronic medical history using a mobility intra hospital system. *Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc*. 2011;2011:3546-9.
- De Moraes Lopes MH, Higa R, Dos Reis MJ, de Oliveira NR, Christóforo FF. Evaluation of the nursing process used at a Brazilian teaching hospital. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2010 Jul-Sep;21(3):116-23.

AUTORES/AUTHORS:

Juan David Fernandez Sanchez, Pilar Corcoles Jimenez, M^a Victoria Ruiz Garcia, Isabel Martinez Martinez, M^a Celedonia Cifuentes Gonzalez, M^a Pilar Escribano Cuerda, Juana Maria Tendero Lora, M^a Carmen Tortola Jimenez, Javier Cano Molina

TÍTULO/TITLE:

Percepción de profesionales de Enfermería sobre su ambiente de trabajo en un hospital de tercer nivel

Los profesionales sanitarios, y entre ellos los enfermeros, estamos sometidos a creciente presión por incremento en la demanda, envejecimiento de la población y avances tecnológicos, a lo que se une en el contexto actual la exigencia de controlar costes, que se ha traducido en aumento de jornada laboral, reducción salarial y recorte en las plantillas (1-3). Todo ello sin perder la capacidad de atender a la población manteniendo estándares de calidad y seguridad clínica (4). Las características organizacionales que aumentan la satisfacción de los profesionales repercuten en la obtención de mejores resultados en los pacientes (5,6).

Objetivo. Evaluar la percepción de los profesionales de Enfermería sobre su ambiente de trabajo.

Método. Ámbito: Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA). Diseño: Estudio descriptivo transversal. Participantes: profesionales de Enfermería de las Unidades piloto (hospitalización médica y pediatría) en las que se va a implantar una Guía de Buena Práctica de entorno laboral saludable, en total 104 profesionales (54 enfermeras-DUE y 50 auxiliares-AE). Variables: edad, sexo, tiempo de experiencia profesional y en la Unidad, tipo de turno, relación laboral, ambiente de trabajo. Instrumentos. Se ha utilizado, con permiso de sus autores, una versión del Practice Environment Scale of Nursing Work Index (PES-NWI) (7) que mide dinámica en el ambiente de trabajo mediante 32 preguntas con respuesta tipo Likert, la puntuación más alta indica alto grado de consenso con el ítem correspondiente. Recogida de datos: encuesta anónima, autoadministrada de elaboración propia (abril 2013). Análisis estadístico (SPSS): Descriptivo (frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central y dispersión, según tipo de variables). Bivariante: test paramétricos y no paramétricos, según características de variables. Nivel significación $p < 0,05$.

Resultados. Han respondido 49 (47,11%) del total, 44 mujeres, media edad 46,14 años (d.t.=6,72), 63% DUE, la gran mayoría personal fijo (86,7%), años experiencia media 23,66 (8,46). La mayoría responde de acuerdo/muy de acuerdo en: buena relación laboral médico-enfermera (83,7%), apoyo de la supervisora (93,9%), control del propio trabajo (91,5%). Los aspectos peor valorados son salario (91,3% en desacuerdo/muy en desacuerdo), tiempo para planificar cuidados en equipo (90,5%) o para dar cuidados de calidad (91,7%), reconocimiento al trabajo bien hecho (70,2%), participar en decisiones de gestión (89,6%), derecho a bajas por enfermedad (75,5%) y permisos por estudios (55,1%). Consideran los cuidados que realizan de calidad buena/excelente un 62,9%, pero creen que se ha deteriorado en el último año un 47,8%. Media de satisfacción general en el trabajo 6,29 (d.t.=1,61). Las enfermeras han respondido en mayor proporción que AE, de manera estadísticamente significativa; pero no hay diferencias por edad, experiencia y satisfacción en el trabajo.

Discusión. Implicaciones para la práctica clínica. Al igual que en estudios realizados hace años (1), los profesionales consideran excesivas las cargas de trabajo y escaso el tiempo para planificar y realizar los cuidados. Los estudios realizados por Aiken muestran que el aumento del número de enfermeras y de su cualificación profesional mejoraría la calidad asistencial y los resultados en los pacientes (5,8). Resulta preocupante la percepción de deterioro de la calidad en los cuidados en casi la mitad de los profesionales. Detectar áreas con dificultades organizativas es un paso imprescindible para diseñar e implementar acciones de mejora. Conseguir entornos de trabajo saludables repercute en la seguridad y calidad de la atención, reduciendo absentismo laboral y mejorando productividad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Zabalegui A, Cabrera E. Economic crisis and nursing in Spain. *Journal of Nursing Management*. 2010; 18: 505 – 8.
- (2) Martínez Riera JR. Crisis y enfermeras. *Rev ROL Enf*. 2012; 35(2):108 – 19.
- (3) European Federation of Nurses Associations (EFN). The Impact of the Financial Crisis on Nurses and Nursing. January 2012. [Acceso 13/9/2013]. Disponible en:
<http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/2012/05/EFN-Report-on-the-Impact-of-the-Financial-Crisis-on-Nurses-and-Nursing-January-20122.pdf>
- (4) Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Séneca. Informe técnico Diciembre 2008. [Acceso 13/9/2013]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf>
- (5) Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings *Nurs. Outlook*. 2002; 50: 187 – 94.
- (6) RN4CAST. Informe global sobre la encuesta de enfermeras. Parte 1. [Acceso 13/9/2013]. Disponible en:
http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-redes-centros-investigacion2/fd-centros-unidades2/fd-investen-isciii-2/docus/Informe_global_Spain.pdf
- (7) Lake ET. Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*. 2002; 25(3): 176 – 88.
- (8) Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA*. 2003; 290: 1617 – 23.

AUTORES/AUTHORS:

Juan José Rodríguez Mondéjar, Cristina García Ibarra, Ana Belén Sánchez García, Ana Sánchez Henarejos, Isabel Hernández Hernández, Francisco Javier Paredes Pérez, Adoración Pedreño Vera, Lucía Navarro Sanz, Marcos Martínez Guerrero

TÍTULO/TITLE:

MANEJO DE LA SEGURIDAD INFORMÁTICA POR EL PERSONAL DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Objetivos:

El uso de la informática se ha convertido en algo habitual y necesario en el trabajo de cualquier profesional sanitario, pero se debe realizar bajo ciertas medidas de seguridad tanto para las personas (pacientes y profesionales), como para los sistemas y la propia organización. También es real la amenaza del espacio virtual cuando no se usa de forma adecuada, e incluso con ello si no nos protegemos adecuadamente con antivirus, cortafuegos y demás intrusos. El manejo racional y específico de cada programa, así como la protección de datos es lo que debe predominar en todo momento, sobre todo porque trabajamos con datos de salud, tan importantes para todos los ciudadanos. Se sabe que el conocimiento profundo de como evitar filtrar información no deseada, así como quedar desprotegidos y caer en "errores evitables respecto a la información virtual" no es dominado por el personal sanitario, que siendo grandes usuarios del sistema no podemos asegurar que realicemos el manejo más seguro de los equipos, programas, sistemas de envío de información, etc. Es por ello por lo que en nuestra unidad hemos desarrollado un estudio en relación con este tema.

Objetivos: Determinar si se maneja de forma correcta la seguridad informática la enfermería en UCI, y detectar aspectos de mejora respecto al uso de datos de pacientes y su protección.

Métodos:

Tipo de estudio: descriptivo, prospectivo y transversal.

Muestra: personal de enfermería de una UCI polivalente.

Lugar: Unidad de cuidados intensivos de un Hospital General universitario de nivel II, y metropolitano.

Temporalidad: 2º bimestre del 2013.

Desarrollo: Se realizó un cuestionario autoadministrado con 27 ítems, 6 sociodemográficos, y 21 de manejo de datos informáticos y relacionados. 20 de ellos de tipo dicotómico, y sobre uso de la seguridad en el manejo informático de programas, accesos, datos de pacientes, y personales.

Procesamiento de datos: con pack SPSS v.15, analizando media y desviación estándar en variables cuantitativas, y frecuencias y porcentajes para las cualitativas.

Resultados:

Muestra recogida correctamente 33 cuestionarios (80%). Edad media 41,67, DE 7,3 (28-55), tienen 40 o menos años el 43,3%. En el grupo de 50 años o más hay 4 personas 12%. Respecto a los años de experiencia en el puesto actual la media es de 10,4, DE 6,3 (1-24), y la experiencia en otros puestos 7,5 años DE 8 (0-28).

Son mujeres el 69,7%. Por nivel de estudios son diplomados universitarios 60%, enseñanza secundaria y formación profesional 40%. Que se corresponden con Enfermeras 60%, Auxiliares 40%. Con 5 años o menos en otros puestos del sector sanitario se encuentran el 60% de los encuestados.

El 53% dice haber sido informado sobre la protección y confidencialidad de los datos del carácter personal de pacientes y usuarios. Tienen una contraseña fácil de adivinar el 36,4%. Contraseña compuesta por signos, letras, etc., de 8 o más dígitos 45%. El 18,2% guarda su contraseña apuntada en algún sitio, o la ha enviado en alguna ocasión por correo electrónico. En el 36% consta su contraseña de nombres de personas, fechas, información personal, o es fácilmente adivinable por terceros.

Han compartido contraseña en el trabajo 30%. Contraseñas recordadas por navegador 21,2%. El 54% dispone de una contraseña al

menos de 8 dígitos, con letras minúsculas, mayúsculas, algún número y algún carácter especial.

Ha abierto archivos detectados por antivirus como peligrosos el 18%. Ha enviado mensajes en "reencadena" un 33%. No han enviado o recibido datos de pacientes por correo electrónico el 93%.

Se conecta en el trabajo al correo electrónico como elemento más usado 75%. No se ha copiado o sacado información sanitaria del centro en el 75%.

No conocen el procedimiento de destrucción de medios electrónicos con información sanitaria 54,5%. En caso de detectar un problema de seguridad ¿conoce el procedimiento que debe seguir para que sea solventado, no lo conocen 76%.

Discusión

El personal de enfermería de la UCI conoce globalmente y en grado medio-bajo el manejo de la seguridad informática, encontrando mucha variabilidad en entre los encuestados.

Se debe mejorar en la profundización de aspectos de seguridad informática para lo que se es necesario generar unas sesiones formativas específicas impartidas por profesionales especializados en este tema.

Como aplicación para la práctica clínica diaria se estima que mejorando este proceso en el uso efectivo y seguro de los sistemas informáticos en el trabajo se protegerá la identidad y los derechos de los pacientes y de los profesionales, desarrollando buenas prácticas, y cumpliendo con la normativa vigente en asuntos como la protección de datos, la intimidad del paciente, y la seguridad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Cerezo Sanmartín M, Gutiérrez Aranda JM, Perán Artero S, Gómez González G, Carrasco Gutiérrez P. Historia clínica informatizada de enfermería en el Departamento de Torre Vieja Salud como instrumento de gestión de calidad. *Enferm. glob.* [revista en la Internet]. 2009 Oct [Consultado 10 ago 2013]; (17): Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300014&lng=es.

<http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412009000300014>.

Delgado R, Soto T, Araña Y, Delgado FL. Seguridad del paciente en procesos de enfermería: uso de una aplicación informática. "IX Congreso Internacional de Informática en Salud 2013". 9 pantallas. [Consultado 13 ago 2013]; Disponible en:

<http://www.informatica2013.sld.cu/index.php/informaticasalud/2013/paper/view/310/80>

Hernández A, Wigodski J, Caballero E. Nursing informatics: a challenge to current education. *Medwave* 2012 Feb;12(2):e5307 doi: 10.5867/medwave.20012.02.5307. [Consultado 14 ago 2013]

Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Opinion/5307>

Recio MJ. De la seguridad informática a la seguridad de la información. *Calidad* 2012, julio-sept: 14-9. 6 pantallas. [Consultado 1 ago 2013];

Disponible en: http://www.aec.es/c/document_library/get_file?uuid=e25028ca-cb3b-4ffd-ada0-4ce2efa86f80&groupId=10128

Secretaría de Salud. Dirección general de tecnologías de la información. Guía para la seguridad informática en la secretaría de salud. 2012. 16 pantallas. [Consultado 9 ago 2013]; Disponible en:

http://promocion.salud.gob.mx/dgpps/descargas1/guia_seguridad.pdf

AUTORES/AUTHORS:

Zaida Adán Vera, Caterina Ballester Comas, María Eva Castillo Martínez, Leticia García Velasco, María Isabel Perea Antón, Cristina Ruiz Calatayud

TÍTULO/TITLE:

Estudio de factores que más estresan al personal de enfermería en una unidad de cuidados intensivos

1. Objetivo principal: Determinar cuáles son los factores más estresantes para el personal de enfermería que trabaja en cuidados intensivos en un hospital de tercer nivel.

Objetivo secundario: Especificar qué situaciones se dan en la unidad de cuidados intensivos cuando aparecen los factores más estresantes.

2. Método: Diseño del estudio: Este estudio ha sido realizado con un diseño descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo. Ha sido llevado a cabo entre los meses de Diciembre de 2012 y Marzo de 2013.

Se ha empleado la escala Nurse Stress Scale (NSS), en la que han sido empleadas dos estimaciones de fiabilidad: test-retest y consistencia interna. La validez de la NSS fue probada estudiando su relación con ansiedad-rasgo, ansiedad-estado, satisfacción laboral y rotación laboral del personal. Durante el mes de Diciembre se han repartido encuestas validadas de escalas de estrés en enfermería a una muestra de 50 enfermeros (n=38 + 12 pérdidas) que trabajaban en unidades de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel de la provincia de Barcelona. Siendo la descripción de ítems que más han resultado estresantes nuestro objetivo primario, hemos escogido la muestra de unidades de cuidados intensivos de dicho hospital que recogían las siguientes características:

- Variables cualitativas: sexo (hombres o mujeres)

- Variables cuantitativas: edad, tiempo trabajado en la unidad (en meses), experiencia total de trabajo.

La población accesible han sido todos los enfermeros que trabajaban en la unidad de cuidados intensivos, y la elegible, todos los que cumplieran con los criterios de inclusión.

- Criterios de inclusión: Trabajadores de una UCI; Mayores de 21 años.

- Criterios de exclusión: Menos de 12 meses de experiencia laboral; Menos de 12 meses en el servicio de UCI.

Ateniéndonos a los datos anteriores, se han recogido 38 encuestas válidas que arrojaban los siguientes datos demográficos:

- El 76% de la muestra eran mujeres. El 24% eran hombres.

- El 58% de la muestra era personal laboral fijo, un 20% interinos y un 22% eventualidades.

- La edad media de la muestra fue 38,5 años.

- Las unidades donde trabajaban los encuestados pertenecían a los Servicios de: Cirugía General, Cardiología, Cirugía Cardiovascular y Neurocirugía.

Recogida de datos: Para mantener el anonimato de los participantes, las encuestas no fueron entregadas en mano, sino que fueron autoadministradas, con una persona encargada en cada unidad de recogerlas. Cada cuestionario incluía un sobre en blanco para introducirlo tras ser completado. Posteriormente, todos los sobres con las encuestas cumplimentadas fueron entregados por el encargado de cada unidad en el área designada donde fueron recogidas por el personal que ha realizado el estudio.

3. Resultados: De 50 encuestas repartidas, fueron devueltas 40, de las cuales, 2 tuvieron que ser eliminadas del estudio por estar mal cumplimentadas. El total de encuestas a estudiar finalmente fue de 38 (76%).

Dentro de los factores más estresantes, el 68,4% de los encuestados refieren como factor que más frecuentemente les ha estresado el ítem insuficiente personal para cubrir adecuadamente el trabajo de la unidad; el 65,78% indicaron que observar el sufrimiento del paciente era la segunda causa de estrés en su trabajo profesional; el 57,89% afirmaron sentir impotencia ante la no mejoría de un paciente.

Sobre los factores menos estresantes, el 86,84% no consideraron la muerte de un paciente como un ítem que les hubiera causado estrés; el 84,21%, ser criticado por el personal de supervisión; y el 81,57%, conflictos con el equipo médico. Como un detalle general, especificamos otros factores que también han tenido relevancia en el estudio y la cantidad de participantes que contestaron. Otros estresores frecuentes fueron: Realizar procedimientos que suponen experiencias dolorosas para los pacientes; Ausencia de un médico en una urgencia.

Otros estresores poco o nada frecuentes fueron: No poder expresar sentimientos negativos hacia sus pacientes; Conversar con un paciente sobre su muerte inminente; Un médico ordena lo que parece un tratamiento inadecuado.

También hemos podido observar que cuando aparecen los factores más estresantes, sobretodo la falta de cobertura en la unidad, aparecen más disputas entre el personal de la unidad (auxiliares, enfermeros o médicos), menos tiempo y paciencia a la hora de informar a los familiares y más salidas del recinto hospitalario por parte del personal fumador.

4. Discusión: Comparándolos con otros estudios realizados en España por Pérez, López y Díaz (2001), encontramos ítems que coinciden como los más estresores para el personal, como el sufrimiento del paciente o la sobrecarga de trabajo por no cubrir adecuadamente la unidad. Sin embargo otros ítems que ellos han considerado potencialmente estresantes, en nuestro estudio han sido de los que menos estresan al personal como la muerte del paciente o los conflictos con supervisión o el equipo médico. En otro estudio de la Universidad de Alicante, se observan como factores más estresantes la escasez de personal, el sufrimiento de los pacientes y la muerte del paciente. En conclusión podemos determinar que los factores más estresantes están directamente relacionados con la cobertura de personal de la unidad y el bienestar de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Selye H. The stress of life. Editorial McGraw-Hill. 1956.
2. Larzelere M.M, Jones G.N. Stress and health. Prim Care. 2008;35:839-856.
3. López de Vergara M. Enfermería psicosocial y salud mental. 2005.
4. Pades Jiménez A, Homar Amengual C. Estrés laboral y burnout en Enfermería: (rev) Metas de Enfermería 2006;9(3):67-72.
5. Corral Torres E. Apoyo psicológico en situaciones de emergencia. 2009.
6. Simón J.M. Estresores laborales y satisfacción en la enfermería de una unidad de críticos. Enfermería Intensiva 2005; 11 (1):3-14
7. López Fernández J.A. Validación de la Escala de Estrés de Enfermería (NSS), de Gray-Toft y Anderson. Universidad de la Laguna. 2002.
8. Más Pons R, Escribà Agüir, V. La versión castellana de la escala "The nursing stress Scale". Proceso de adaptación transcultural. Rev.Esp. Salud Pública; 72:529-538 nº6. Noviembre-Diciembre 1998.
9. Ribera Domene D, Cartagena de la Peña E, Reig Ferrer A, Romà Ferri M T, Sans Quintero I, Caruana Vañó A. Estrés laboral y salud en profesionales de enfermería, estudio empírico en la provincia de Alicante. 2003

AUTORES/AUTHORS:

M^ª Angeles Cidoncha Moreno

TÍTULO/TITLE:

PERFIL INVESTIGADOR DE LOS DIPLOMADOS SANITARIOS

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 el perfil investigador de los diplomados sanitarios de Osakidetza

METODOS

- Estudio descriptivo transversal
- Población a estudio: Diplomados Sanitarios de Osakidetza activos a fecha 31 de Diciembre de 2012 (11.589 profesionales)
- Instrumento: Aplicación corporativa del Curriculum Vitae de Osakidetza
- Variables a estudio: categoría profesional, relación laboral, categoría de investigación, antigüedad.
- Análisis estadístico: Programa SPSS v 21.0

RESULTADOS

Se estudian 2.247 registros relacionados con la investigación (registros relacionados con ser investigador principal, colaborador, haber realizado trabajo de campo o ser asesor) que corresponden a 1.113 personas. El 73,6% (1.654) tienen categoría de enfermeras asistenciales, 5,6% (126) son matronas, el 5,9 (132) especialistas en salud mental y el 0,2% (4) fisioterapeutas. En la categoría de investigador, se encuentra que el 5,1% (115) de los registros son de investigador principal y el 73,2% (1.644) de investigador colaborador.

El 79,2% pertenece a estatutarios y el 9,5% a interinos, temporales o sustitutos.

DISCUSION

Los diplomados sanitarios son profesionales que realizan tareas de colaboración en las investigaciones (trabajo de campo o investigadores colaboradores) pero tienen poca presencia como investigadores principales.

Investigaciones futuras pueden profundizar en ésta línea, conociendo qué variables están relacionadas con la realización de investigaciones lo que permitirá elaborar estrategias que promuevan esta actividad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.- Ramírez-Vélez R, Escobar-Hurtado C, Flórez-López ME, Ágredo-Zúñiga RA. Perfil investigador de los profesionales de Fisioterapia de Colombia. MÉD.UIS. 2011; 24(1):34-40
- 2.- Díaz Grávalos, G.J; Palmeiro Fernández, G; Portuburu Izaguirre, M; Vázquez Fernández, L.A; Rúas Vázquez, A.; Casado Górriz, I. Factores que influyen en la producción científica en atención primaria Cad Aten Primaria 2007 ene 13(3):169-172

3.- Díaz Benavente, M; Martín Leal, C; Jiménez Aguado, J.M; Maya Rincón, B. Producción científica de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel Enferm Clínica 2004 sep-oct 14(5):263-268

AUTORES/AUTHORS:

Teresa Gómez-García, Teresa Moreno-Casbas, Esther González-María, Óscar Caño-Blasco, Carmen Fuentelsaz-Gallego

TÍTULO/TITLE:

Descripción de la financiación en cuidados por el Fondo de Investigación Sanitaria según la Carga de Enfermedad

Objetivo: Describir los proyectos de investigación en cuidados de salud solicitados y concedidos a través del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS) en las convocatorias de 2008 a 2010. Describir su relación con las diferentes enfermedades incluidas en la clasificación de Carga de Enfermedad (CdE) aplicado a la población española.

Método: Estudio descriptivo, transversal, de la financiación en investigación en cuidados, solicitada y concedida en el ámbito del Sistema Nacional de Salud español. Se utilizó la información de la financiación pública recogida por el FIS, incluyendo las ayudas solicitadas y concedidas del Programa de Promoción de la Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud durante las convocatorias correspondientes a los años 2008-2010 en el marco del Plan Nacional de I+D+I (1). Se tuvieron en cuenta las siguientes variables: el título de los proyectos, el dictamen obtenido por el proyecto, el año de convocatoria, el importe concedido y la titulación académica declarada por el investigador principal (IP). De dichos proyectos, se seleccionaron aquellos que iban dirigidos al estudio de cuidados de salud. Para llevar a cabo la selección se tuvo en cuenta el contenido del título del proyecto y la titulación académica del IP. De este modo, fueron incluidos en el estudio aquellos proyectos cuyo IP fuese Diplomado en Enfermería, en Fisioterapia o en Trabajo Social. También se incluyeron los que el título del proyecto contenía las palabras "cuidados", "enfermería", "auto cuidado", "úlceras" y/o "atención domiciliaria". Para clasificar dichos proyectos en el ámbito específico de estudio se utilizó la clasificación de Carga de Enfermedad, basado en el estudio de Carga Global de Enfermedad (GBD) (2) aplicado a la población española. A este listado se le añadieron tres categorías nuevas: salud global, servicios de salud y envejecimiento, que incluían los proyectos no específicamente relacionados con el estudio de enfermedades, pero que suponen un coste de vida para la población. Se obtuvieron frecuencias absolutas y relativas para el análisis de los datos, que fue llevado a cabo con el software SPSS en su versión 19.

Resultados: Se obtuvieron un total de 6573 proyectos de investigación solicitados al FIS en las convocatorias de 2008 a 2010, obteniendo 2395 (36,44%) en 2008, 2403 (36,56%) en 2009 y 1775 (27%) en 2010. De éstos, 401 proyectos (6,1%) fueron incluidos en el estudio por ser clasificados en la categoría de investigación en cuidados de salud. Por años, se distribuyeron de la siguiente forma: 137 proyectos en 2008, representando el 5,72% de los proyectos solicitados en 2008, 180 en 2009 (7,49%) y 84 en 2010 (4,73%). De los 401 proyectos de investigación en cuidados solicitados, el 29,18% (117) tenían por objetivo la investigación en servicios de salud y el 11,72% (47) con aspectos de la salud global, representando menor porcentaje, con el 5,49% (22), los clasificados en envejecimiento. Otros ámbitos de estudio fueron las enfermedades neuropsiquiátricas, representando el 10,22% (41), las enfermedades cardiovasculares, con el 7,98% (32) y el estudio de tumores, con el 6,98% (28). De estos 401 proyectos, el 17,46% (70) fueron financiados, correspondiendo el 21,17% (29) de los proyectos de cuidados al año 2008, el 13,89% (25) al 2009 y el 19,05% (16) al 2010. Por categorías, dentro de la clasificación de carga de enfermedad, las que mayor porcentaje de proyectos aceptados tuvieron fueron el estudio en el ámbito del envejecimiento, con 10 proyectos aceptados de 22 solicitados (45,45%), las enfermedades genitourinarias y las infecciones respiratorias, con 2 y 3 proyectos aceptados de 6 y 9 respectivamente (33,33%). Los 70 proyectos financiados se distribuyeron, principalmente, en el ámbito de servicios de salud (25,71%), de envejecimiento (14,29%), de enfermedades neuropsiquiátricas (10%), de salud global y de tumores (8,57%). Del total de inversión en investigación en cuidados, el 26,71% correspondió a investigación en servicios de salud, el 23,36% en el caso de investigación en envejecimiento, el 8,98% en enfermedades neuropsiquiátricas, el 6,05% de la financiación en enfermedades del aparato digestivo y el 5,76% al estudio de los tumores.

Discusión: El bajo porcentaje de proyectos solicitados en el ámbito de la investigación en cuidados pone de manifiesto las barreras

de los profesionales de enfermería para investigar. Dicho porcentaje no se ve influenciado por la existencia de infraestructuras de apoyo a la investigación en los centros del Sistema Nacional de Salud (3). Gran parte de los proyectos solicitados tienen como objeto de estudio aquellas enfermedades específicas que suponen una carga para la población española. No obstante, la clasificación recogida en carga de enfermedad no sería un indicador adecuado para conocer la adecuación de la financiación en investigación en cuidados. No obstante, este indicador aporta información útil que, junto a otros parámetros, permite el establecimiento de prioridades en investigación en el caso del resto de ámbitos sanitarios (4). Las implicaciones de este estudio nos llevan a considerar la necesidad de estudiar nuevos indicadores que permitan evaluar su adecuación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica 2008-2011, (14 septiembre 2007). Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT). Disponible en: www.idi.mineco.gob.es
2. Murray CJL, López A. The Global Burden of Disease. Boston: Harvard University Press; 1996.
3. Jones Mallada C, Hidalgo García R, Fuentelsaz Gallego C, Moreno Casbas T, Hernández Faba E. Situación actual de los recursos para la investigación en Enfermería en el Sistema Nacional de Salud. *Metas de Enferm* jun 2004; 7(5): 28-32
4. Catalá López F, Álvarez Martín E, Gènova Maleras R, Morant Ginestar C. Relación en España entre la investigación sanitaria financiada por el Sistema Nacional de Salud y la carga de enfermedad en la comunidad. *Rev Esp Salud Pública* 2009; 83: 137-151

AUTORES/AUTHORS:

Blanca Fernández-Lasquetty Blanc, Junta Directiva ANDE , Vocales ANDE

TÍTULO/TITLE:

Uso de Internet y herramientas web 2.0 por las enfermeras gestoras españolas

El objetivo de este estudio es conocer el nivel de uso de Internet y herramientas web 2.0 por parte de las enfermeras gestoras españolas y sus expectativas de ANDE en la sociedad red.

Material y método

Estudio descriptivo, transversal.

Población de estudio: las 350 enfermeras inscritas a las 23 Jornadas Nacionales de Enfermeras Gestoras y Supervisores de Enfermería, celebradas en Mayo de 2012 en La Coruña.

Recogida de datos: cuestionario basado en Lupiañez (2009)

Criterios de exclusión: ser miembro de la Junta Directiva o vocal de ANDE o ser ponente invitado.

Variables de estudio: edad, sexo, nivel de estudios, puesto y centro de trabajo, frecuencia de uso de internet, dificultades para su uso y uso de herramientas 2.0

Análisis de datos: SPSS 18.0. Análisis de frecuencias para variables cualitativas y análisis inferencial , Ji cuadrado para variables cualitativas y la T de Student y ANOVA para la relación entre variables cuali y cuantitativas.

Resultados

Se recogieron un total de 110 encuestas (31,42% de las entregadas).

El 86,4% (95) desarrollaban su actividad profesional en Hospital, el 92,7% (102) en institución con un modelo de gestión pública y en el 83,6% (92) trabajaba de forma exclusiva en una sola entidad. En ese momento dentro de su institución, más del 80% ocupaban puestos de gestión.

El 98,2% (108) eran usuarios de internet y el 97,2% (103) lo utilizaban en la práctica profesional, sin encontrar diferencia estadísticamente significativa entre la edad o el sexo y el uso de Internet.

Respecto a la frecuencia de uso de Internet en el trabajo en el último mes, el 71,8% (79) lo había hecho a diario, sin ningún tipo de dificultad para ello en el 70,9% (78) de los casos.

El 31,8% (28) participaba en foros y grupos de discusión, el 28,2% (31) estaban suscritos a listas de distribución y el 14,5% (16) a RSS y el 33,6% (37) participaba en alguna red social.

Los encuestados esperaban en un 43,6% (44) que ANDE estuviera presente en las redes sociales, el 53,5% (54) deseaban poder suscribirse a una lista de distribución de noticias de ANDE, el 61,4% (62) a un RSS para recibir información de su interés y el 67,3% (68) que la web de ANDE dispusiera de un foro profesional.

Discusión

Podemos afirmar que contrario a lo demostrado en otros estudios referentes al uso de internet por parte de la población en general, en este caso, las enfermeras gestoras, con una media de edad mayor que las enfermeras asistenciales, acceden a Internet en un porcentaje muy superior.

Las enfermeras con un rol gestor son más consumidoras, creadoras y generadoras de información y conocimiento que las enfermeras asistenciales, haciendo un mayor uso de internet y estando más presentes en la web 2.0.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Carrión Robles T. (2011). Opinión. La enfermería en la sociedad red. Revista iberoamericana de enfermería comunitaria. Vol.4, núm. 1: 47-53
- Centro de recursos TATUM. (2011). Internet en España y en el mundo 2011. Recuperado de http://www.tatum.es/publicaciones_consultapublicacion.asp?pmlId=506
- Lupiáñez F, Hardey M, Torrent J, Ficapal P. (2011). The Integration of Information and Communication Technology into Nursing. International Journal of Medical Informatics. N° 80: 133–140
- Martínez Corbalán E.D, López Montesinos M.J. (2011). El conocimiento y aplicabilidad de las nuevas tecnologías en el profesional de enfermería. Revista Científica de Enfermería. Num. 2
- TicBiomed. (2013). Guía práctica para el uso de redes sociales en Organizaciones Sanitarias. Social Media Pharma
- Vialart Vidal N. (2011). Enfermería Informática ¿una contradicción o una oportunidad para el trabajo en red?. Revista Cubana de Enfermería. 27(2): 178-188

AUTORES/AUTHORS:

Irene Mancilla, Ester Gilart, Anna Bocchino, M^a Jesus Medialdea

TÍTULO/TITLE:

Trivial como método didáctico alternativo para fomentar el aprendizaje en los estudiantes de enfermería

INTRODUCCIÓN

El escenario actual, se encuentra inmerso en un proceso de cambios, enmarcados en el conjunto de transformaciones sociales propiciadas por la innovación tecnológica y, sobre todo, por el desarrollo de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC). A lo largo de este proceso, que está ocurriendo aún, las tecnologías juegan un papel fundamental en el campo educativo en cuanto se consideran herramientas potenciadoras y facilitadoras de los procesos de enseñanza-aprendizaje (Conferencia Unesco, 2009) suponiendo una transformación radical del quehacer docente y discente o una oportunidad para mejorar la forma de trabajo en contextos más experimentados (Muñoz-Repiso y Tejedor Tejedor, 2011).

En este contexto, se hace necesario generar propuestas innovadoras, cambiar el proceso de enseñanza-aprendizaje tradicional para fomentar el aprendizaje colaborativo y la interacción con pares, se exige una mayor participación e integración tanto por parte del profesorado como por parte del alumnado.

Estudios anteriores hacen hincapié en juegos educativos donde los alumnos tienen la oportunidad de experimentar con la toma de decisiones y la solución de problemas en un ámbito de aprendizaje activo y de entrenamiento (Fagoaga, 2012; Clark 1976; Taylor 1972; Walljasper 1982).

Por lo tanto, la utilización de un programa de software libre, basado en un juego didáctico interactivo, el trivial pursuit, constituye un elemento diferenciador respecto a las prácticas evaluativas que hasta ahora se vienen realizando en la Universidad de Enfermería. (Gee 2003) ; (Prensky 2006).

OBJETIVOS

El objetivo general es proporcionar a los alumnos una nueva herramienta educativa que les permita profundizar en los conocimientos adquiridos y conseguir nuevas habilidades y destrezas colaborativas para alcanzar una mejora continua de su rendimiento académico.

Los objetivos específicos pueden resumirse en:

- 1.-Creación del Trivial Pursuit para el manejo y la adquisición de conocimientos en diferentes temáticas de Enfermería.
- 2.-Inducir un aprendizaje más colaborativo y orientado al alumno, mostrándole mediante un juego de software libre, la utilidad y aplicabilidad de los conocimientos adquiridos.
- 3.-Desarrollar en los alumnos habilidades colaborativas y aplicar estos conocimientos a la resolución de problemas en entornos nuevos o dentro de contextos multidisciplinares.
- 4.-Desarrollar herramientas de aprendizaje, que permitan a los estudiantes continuar su formación de un modo autónomo y no presencial.

METODOLOGÍA

Estudio analítico comparativo en el que se evalúan los conocimientos con respecto a individuos y grupos que utilizaron el trivial y grupos que habían sido evaluados a través de un examen tipo test.

La muestra quedó conformada por 80 estudiantes de II grado de enfermería, divididos en dos grupos: un grupo de estudio A que constó de 40 alumnos que fueron evaluados mediante el juego didáctico Trivial Pursuit y un grupo comparativo o de control B que fueron evaluados con un examen tipo test de preguntas cerradas. En ambos grupos se evaluaron las siguientes variables: edad, sexo, presencia o no de asignaturas pendientes, realizando un estudio comparativo de las variables. . Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS versión 17.

Instrumentos: Trivial Salus: Juego interactivo online que simula el tablero del Trivial Pursuit con más de 240 preguntas, de respuestas múltiple con tres alternativas de respuestas sobre seis asignaturas básicas de enfermería: 1. Bioquímica, 2. Fisiopatología, 3. Bases teóricas, 4. Medio ambiente, 5. Ciencias psicosociales, 6. Anatomía.

RESULTADOS

La muestra final se constituyó de 80 estudiantes divididos en dos grupos con una media de edad de 21 años en el cual el 75% eran mujeres.

Los resultados han mostrado que los estudiantes cuyo rendimiento académico ha sido evaluado a través del juego didáctico, han obtenido puntuaciones significativamente más alta que los estudiantes que han sido evaluados mediante el examen tipo test habiendo obtenido los del trivial una media de 32.2 (2.5) preguntas correctas respecto a los del tipos test que obtuvieron de media 27.8 (1.8) preguntas correctas con un nivel de significación del $p < 0.001$.

CONCLUSIONES

El software educativo diseñado e implementado se ha configurado como una herramienta didáctica efectiva para evaluar el rendimiento académico de los estudiantes de enfermería participante. Ha sido una ayuda a la práctica de los docentes, pues su incorporación, lejos de la mera reproducción, conllevó al equipo de trabajo, a reflexionar sobre las funciones, objetivos, metodología y previsiones de la implementación del software con su realidad educativa y las necesidades educativas expresadas por cada uno de los alumnos participantes en esta investigación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Conferencia Mundial sobre Educación Superior de la UNESCO (2009). Disponible en: <http://www.unesco.org/es/wche2009/resources/the-new-dynamics/> [consulta: 2009, 15 de diciembre].

Arribas, José María (2012). El rendimiento académico en función del sistema de evaluación empleado. RELIEVE, v. 18, n. 1, art. . http://www.uv.es/RELIEVE/v18n1/RELIEVEv18n1_3.htm

De Miguel, M. (2004). Modalidades de enseñanza centradas en el desarrollo de competencias. Oviedo: Ediciones de la Universidad de Oviedo.

De Miguel, M. (comp.) (2006). Metodología de enseñanza y aprendizaje para el desarrollo de competencias. Madrid: Alianza.

Márquez, J., Roca, J., Solvas, M^a.J., Belmonte, T., Fernández, C. & Rodríguez, D. (2011). Resultados de aprendizaje en los nuevos títulos de grado. RED-DUSC, Revista de Educación a Distancia. Sección de Docencia Universitaria en la Sociedad del Conocimiento. Número 5. Disponible en <http://www.um.es/ead/reddusc/5> [Consulta: 2011,13 de agosto].

Sierra, M^a. I. (Comp.) (2008). Herramientas para la evaluación de competencias en los estudiantes universitarios y recursos para el análisis de su calidad en el marco del Espacio Europeo de Educación Superior. Proyecto EA2008-0010. Dirección General de Universidades. MEC.

Sigalés, E. & Badía, A. (2004). Formación universitaria y TIC: usos y nuevos roles. Revista de Universidad y Sociedad del Conocimiento, 1 (1), 1-6.

Montanero, M., Mateos, V., Gómez, V., Alejo, R. & Llanos, J.L. (2006). Orientaciones para la elaboración del Plan Docente de una materia (Guía extensa). Oficina de Convergencia Europea. Servicio de Orientación y Formación Docente. Universidad de Extremadura.

Gairín, J., García San Pedro, M^a.J., Gisbert, M., Rodríguez Gómez, D. & Cela, J. M^a. (2008). La evaluación por competencias en la universidad: posibilidades y limitaciones. (Memoria del Estudio) MINISTERIO DE EDUCACIÓN, Dirección General de Política Universitaria Subdirección General de Análisis, Estudios y Profesorado PROGRAMA DE ESTUDIOS Y ANÁLISIS 2008 N^o. Ref. EA2008-0086. Barcelona: Bellaterra.

AUTORES/AUTHORS:

Antonia Martín Perdiz, M^a Antonia Comas Serra, M^a Antonia Riera Jaume, M^a Jerónima Ferrer Ribot, M^a Loreto J. Maciá Soler

TÍTULO/TITLE:

Disonancia entre teoría y práctica durante las estancias clínicas de alumnos en unidades de hospitalización pediátrica

1. Introducción y objetivos

Las prácticas clínicas constituyen una parte fundamental de la formación del alumnado de Enfermería. No sólo por las horas que conllevan sino por su influencia en los futuros profesionales enfermeros. Según el Libro Blanco del título de Grado en Enfermería las competencias vinculadas al ámbito clínico y al cuidado de las familias son relevantes (1). El cambio de la diplomatura al Grado ha supuesto algunos cambios en cuanto a la organización de estas prácticas en nuestra universidad. En la diplomatura los alumnos rotaban por unidades pediátricas y de maternidad en el 3er curso mientras que en el Grado la rotación está en 2º curso del Grado de Enfermería.

La atención a las familias tiene una importancia capital en las unidades de maternidad y pediátricas. Para evaluar los cuidados a las familias que observaba el alumnado de la Diplomatura de Enfermería, llevamos a cabo en el año 2008 un estudio basado en métodos cualitativos (entrevista semiestructurada). Los resultados obtenidos mostraron que la atención a las familias era mejorable o deficiente en algunas de las unidades de prácticas. Así pues realizamos un esfuerzo para concienciar a los alumnos de los beneficios que tiene, especialmente en el paciente pediátrico, cuidar desde un enfoque familiar (2-4).

El conocimiento adquirido durante las prácticas debe convertirse en una herramienta de reflexión que permita reconstruir su mirada sobre sus futuras actuaciones como enfermeras. Es conocida la potente modelización que sufren los alumnos al pasar por las prácticas clínicas, lo que podríamos denominar el "mundo real" en contraposición al "mundo ideal mostrado en la Universidad". Para determinar si la situación sigue siendo la mostrada en el 2008 o ha variado, nuestro objetivo es conocer los cuidados a las familias que los alumnos de 2º curso de Grado han observado o proporcionado durante sus prácticas clínicas en unidades pediátricas.

2. Métodos:

Los participantes de este estudio han sido alumnos que han realizado sus primeras prácticas clínicas en estas unidades a quienes hemos realizado una entrevista semiestructurada. Aseguramos el rigor metodológico mediante triangulación de investigadoras. Este trabajo obtuvo la evaluación positiva de la comisión de bioética de nuestra universidad y solicitamos el consentimiento informado a los participantes.

3. Resultados:

Hemos obtenido tres categorías a partir del análisis de las entrevistas: a) cuidados a las familias observados por los alumnos ó b) proporcionados por ellos; c) disonancia teoría-práctica.

OBSERVADOS. El alumnado ha observado que el principal cuidado que ofrecen las enfermeras a los familiares es la educación sanitaria: (...) siempre que ha habido alguna duda siempre ha ido la enfermera y le ha explicado todo perfectamente (...).

En cuanto al rol autónomo enfermero, no han visto informes de enfermería al alta, ni la aplicación de modelo o taxonomía enfermera alguna: *Lo que sí no he visto es NANDA, NIC y NOC. **Al menos yo no lo he visto, ningún informe de enfermería *** Y tú sabes que existe el informe de enfermería al alta cuando un paciente se va... Sí. Lo viste... No

Los padres no siempre permanecen junto a sus hijos durante pruebas invasivas: *No, la mamá en el momento de la colocación de la sonda no está. **Y el niño se vio solo... y allí soltó patadas, codazos y cabezazos a diestro y siniestro, a todas. En algunas ocasiones, las enfermeras demuestran falta de profesionalidad ante los familiares: (...) Ya está la pesada ésta, llamando (...).

PROPORCIONADOS. Cuidar a los padres se aprende por imitación, no hay protocolos. Los alumnos han ofrecido información al ingreso sobre el funcionamiento de la unidad: Siempre se les ofrece un mapa del hospital para que sepan más o menos dónde está todo. También han procurado confort a los familiares: (...) iba yo a la habitación (...) si quieres ir diez minutos [a tomar el aire], puedes llamarme que yo me quedo.

DISONANCIA. Los alumnos refieren disonancias: Al fin y al cabo, los conocimientos con los que te quedas son los de la enfermera de la unidad (...) de la teoría a la realidad sí que era diferente (...) a mí me han enseñado esto pero resulta que aquí hacen aquello.

4. Discusión

Los resultados obtenidos son coincidentes con los del estudio que llevamos a cabo el año 2008. Este proyecto mostró que los cuidados a las familias eran escasos y estaban alejados de la formación teórica que impartíamos en nuestra universidad (5). Según lo reportado por los alumnos, los cuidados a los familiares en unidades de maternidad y pediátricas de nuestra comunidad son mejorables. A partir de este trabajo consideramos que los resultados son relevantes para la práctica clínica y deben favorecer intervenciones tanto en el ámbito universitario como en los hospitales. a) Universidad: es imprescindible reorientar la teoría impartida y las tutorías de práctica clínica de manera que los alumnos estén mejor preparados para discernir qué cuidados a las familias son correctos. b) Dado que hemos detectado que la atención a los padres es deficitaria, sería interesante plantear un estudio de investigación-acción participativa entre Universidad y Centros sanitarios. De este modo podríamos mejorar la atención centrada en la familia en nuestra Comunidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Bernués L, Peya M. Proyecto de la Titulación de Enfermería. Libro blanco. Madrid: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación; 2004.
2. Heermann J a, Wilson ME, Wilhelm P a. Mothers in the NICU: outsider to partner. Pediatric nursing [Internet]. 2005;31(3):176–81, 200.
3. Betzold CM, Laughlin KM, Shi C. A family practice breastfeeding education pilot program: an observational, descriptive study. International breastfeeding journal [Internet]. 2007 Jan [cited 2010 Dec 17];2:4.
4. Amir LH. Social Theory and Infant Feeding. International Breastfeeding Journal. 2011;6(1):7.
5. Martín Perdiz A, Ferrer Pérez VA, Barceló Triolet MA, Seguí González P, Crespo Martínez L, Peñarroya Ceballos M. Relaciones de poder entre las puérperas y su entorno durante la estancia hospitalaria: Relatos de alumnos/as de Enfermería. Paraninfo Digital [Internet]. 2009;(7).

AUTORES/AUTHORS:

Margarita Puigvert Vilalta, Montserrat Jover Mallo, Marga Franch Ferrer, Cristina Montero Parés

TÍTULO/TITLE:

La acreditación de Competencias en la profesión, empezamos a opinar

Introducción: La Acreditación de Competencias es un proceso voluntario a través del cual el profesional revisa, de forma sistemática, su propia práctica, poniendo de manifiesto un determinado nivel de competencia, que tenía previamente, o que ha alcanzado durante el proceso de acreditación. Las competencias profesionales pretenden garantizar la presencia y/o adquisición de nuevas competencias, así como un determinado nivel de desarrollo de las mismas, a lo largo de la vida profesional

Objetivos:

1-Conocer las características sociodemográficas de los participantes

2- Conocer la opinión de las enfermeras colegiadas sobre la acreditación de las competencias profesionales

Método: Ámbito Colegio Enfermeros/as de Girona. Estudio descriptivo transversal. Participantes: 3000 colegiados. Se calculó la muestra para un intervalo de confianza del 95% y un nivel de significación del $p < 0.05$ ajustando al 15% de pérdidas, la muestra fue del 280 personas.

Variables: Edad se agrupó en 5 grupos: 20-30 años; 31-40 años; 41-50 años; 51-60 años y >61 años. Sexo: hombre/mujer. Tipo de formación: diplomatura, licenciatura; master, doctorado. Años de experiencia: se agrupó en <5años; 5-14 años; 15-25 años y >25años

Ámbito profesional actual: asistencial, docente, investigación, gestión, asistencial+docencia, asistencial+investigación, asistencial+gestión, otros

Para conocer la opinión de las enfermeras se elaboró una encuesta semiestructurada que se administró de forma telefónica:

Crear que debería existir la acreditación (sí/no)

Cada cuando se debería reacreditar: cada 2 años/ cada 5 años

Horas de formación continuada que debería tener la acreditación: <20h; 21-40h; 41-60h; >60h

Horas de práctica clínica que debería tener la acreditación:200h;400h; 500h; 600h

Resultados: Se entrevistaron 280 personas 12% hombres y 88% mujeres

Edad: 20-30 años 12.90%, 31-40 años 18.60%, 41-50 años 22.50%, 51-60años 39%, >60 años 6.80%.

Eran diplomados 98%, además tenían una licenciatura 5%, un master 15% y un doctorado el 2%.

Respecto a los años de experiencia 7% tenían menos de 5 años, el 24% de 7-14 años, el 14% de 15-25 años, el 53% tenían > de 25 años. El 2% no contestó.

El 68% trabajaban en el ámbito asistencial, el 3% en la docencia, el 1% en la investigación, el 5% en la gestión, el 9% combinaba la asistencia con la docencia, el 3% la asistencia y investigación, el 8% asistencia y gestión y 3% otros ámbitos.

El 78.50% estaba de acuerdo con que se debería acreditar, el 11% no estaba de acuerdo y el 10% no se pronunció. Según los años de experiencia los que tenían menos de 5 años el 100% creía que si se debería acreditar, en cambio cuantos más años de experiencia menos necesidad de acreditarse.

Cada cuando se debería acreditar el 65% piensa cada 2 años. Por años de experiencia podemos observar que existe una relación estadísticamente significativa $p < 0.05$. Menos años de experiencia menos tiempo (2 años) mas experiencia más tiempo (5 años)

Las horas de formación continuada que sería necesario para acreditarse las $\frac{3}{4}$ partes de los entrevistados opinaba de 1h a 40h cada 2 años (20h/año), y las horas de práctica clínica el 80% opinaba 200h cada 2 años (100h/año)

El 81% estaban de acuerdo que el requisito de: formación continuada tendría que tener una puntuación mínima y máxima.

El 78% están de acuerdo que hubiera diferentes niveles de acreditación en función de las competencias.

El 86% están de acuerdo de facilitar alternativas a los profesionales que no alcancen a los requisitos exigibles. (Casos clínicos, caso práctico, autoevaluación...)

El 64% cree que el certificador ha de ser externo a la empresa de trabajo

El 60% cree que este es el momento oportuno para empezar esta nueva etapa.

Discusión: La mayoría de enfermeras ve necesaria la acreditación. El debate que nos surge cual será el momento más idóneo para ponerlo a la práctica, quien tiene que realizar la acreditación... Hay muchas preguntas que creemos necesario iniciar el debate dentro de la profesión.

Desde el colegio lanzamos una propuesta: Entendemos la acreditación como una evaluación de las competencias profesionales con el objetivo de promocionar, incentivar, motivar y implicar a los enfermeros mediante el reconocimiento de su actividad.

Características del sistema: dinámico, transparente, eficaz, continuo y evolutivo.

Contenido: sistema de valoración de méritos, estándares de buena práctica clínica y de formación continuada

Instrumentos de medida: que garanticen las competencias, autoevaluación y de formación continuada

Ámbito: homologado a nivel estatal

Ente: organismo alieno a la empresa contractual, coordinado con la organización colegial, integrado por instituciones, organismos oficiales y asociaciones científicas.

Niveles de certificación: 1) nivel básico de competencias mínimas y 2) nivel superior específico según el área profesional hasta llegar a la excelencia

Periodicidad: Nivel básico es permanente y el nivel superior con periodicidad de 3/5 años.

Implicaciones para la práctica: Creemos que sería el mejor camino para llegar a la excelencia de la práctica profesional, esto garantiza la seguridad para el paciente y Buenas Prácticas de cuidados de calidad

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Cid, P., & Sanhueza, O. (2006). Acreditación de campos clínicos de enfermería. *Rev Cubana Enferm* [Internet], 22(4).
2. Llanes Betancourt, C., & Rivero González, O. M. (2005). Acreditación docente para obtener calidad en la educación de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 21(1), 1-1.
3. Erro, C. A. (2005). La competencia profesional y la acreditación de enfermeras en el cuidado del paciente crítico. *Enfermería intensiva*, 16(1), 1-2.
4. Nájera, R. M. (2000). Conceptuación del Proceso de Acreditación-Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE). *Procesos de Aprobación y Acreditación para la Educación de Enfermería. Serie HSR*, (24), 21-29.
5. Runciman, P. J. (1990). Competence-based Education and the Assessment and Accreditation of Work-based Learning in the Context of Project 2000 Programmes of Nurse Education. ENB.

Mesa de comunicaciones 15: PCBE

Concurrent session 15: EBP

AUTORES/AUTHORS:

María Rosario Caparrós Sanz, Consuelo Bermejo Pablos, Daniel Muñoz Jiménez, Pilar Calonge Loro, Inés Guerrero Luz, Carlos Lorenzo García, Cristina Fernández Pérez, Manuel Fuentes Ferrer, Margarita Lancharro Bermúdez

TÍTULO/TITLE:

PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS PARA EL CUIDADO DE LA OSTOMÍA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

INTRODUCCIÓN.

Los pacientes que son sometidos a la instauración de un estoma se enfrentan a cambios en su estilo de vida e imagen corporal, entre otros, por lo que requieren de una atención integral, especializada y consensuada entre todos los miembros del equipo interdisciplinar que les atienden. Es por ello, que una sistematización de la asistencia permite la reevaluación de la práctica clínica, el desarrollo y la implantación de medidas que mejoren la atención a individuos portadores de estoma. Las medidas introducidas estarán basadas en los resultados de los estudios que se desarrollen y nos permitirán aumentar el conocimiento científico sobre los cuidados a estos pacientes (1).

La existencia de enfermeras estomaterapeutas en atención especializada permite el seguimiento y cuidado de los pacientes con altos niveles de calidad. En el mes de febrero de 2012, se inició la implantación de la Guía de Buenas Prácticas (2) de Manejo y Cuidado de la Ostomía dentro del programa Best Practice Spotlight Organizations (BPSO®) de la Asociación de Enfermeras de Ontario en convenio con la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (INVESTEN) y el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los cuidados en salud basados en la evidencia. Esta incorporación nos permitió avanzar en la cohesión y disminución de la variabilidad de la práctica clínica dentro del equipo interdisciplinar, así como a realizar cambios en la organización de la asistencia que permiten la implantación de recomendaciones para los cuidados con un alto nivel de evidencia.

OBJETIVO.

Describir las principales características y complicaciones de los estomas en pacientes ostomizados y dados de alta, durante el primer año de implantación de la Guía de Buenas Prácticas (GBP) para el Cuidado y Manejo de la Ostomía de RNAO.

METODOLOGÍA.

Estudio descriptivo transversal de pacientes que fueron ostomizados y dados de alta entre mayo 2012 y abril 2013. La recogida de datos se realizó a través de la valoración de los indicadores previstos en la Guía de Buenas Prácticas, por las enfermeras estomaterapeutas. Las variables recogidas fueron edad, sexo, tipo de cirugía, fecha de ingreso y alta, tipo de ostomía, valoración e intervención pre y postoperatoria y complicaciones del estoma y piel periestomal. Las variables cualitativas se distribuyen con sus frecuencias relativas y absolutas. Las variables cuantitativas se resumen con la media y desviación estándar (DE). Las variables cuantitativas que no siguen una distribución normal se describen con mediana y rango intercuartílico (RIC). La relación de variables cualitativas se realizó mediante el test de la chi cuadrado, la comparación de variables cuantitativas asimétricas se evaluó mediante el test no paramétrico de la mediana. Para todas las pruebas se determinó el nivel de significación al 5%. El análisis se realizó mediante SPSS 15.0.

RESULTADOS.

Los pacientes ostomizados fueron un total de 134 sujetos. El 67,9% fueron hombres. La edad media fue de 68 años (DE=13). 86(64,2%) cirugías programadas y 48(35,8%) urgentes. La distribución de tipos de estomas fue de 67(50%) colostomías, 41(30,6%) ileostomías y 26(19,4%) urostomías. Las medianas de estancia en días fueron 16 (colostomías: RIC=11-31), 19 (ileostomías:

RIC=11-34) y 14 (urostomías: RIC=9-18). La evaluación e intervención educativa preoperatoria fue recibida por 83(61,9%) pacientes y la postoperatoria en todos los casos. Estas intervenciones según tipos de cirugía fueron realizadas en un 25% de las cirugías urgentes y en un 82,6% de las cirugías programadas. Se dieron complicaciones del estoma en 26(19,4%) de los casos, con una distribución por tipos de ostomía de 16 (23,9%) colostomías, 6 (14,6%) ileostomías y 4 (15,4%) Urostomías. Las complicaciones del estoma más frecuentes para las colostomías fueron la retracción (7,5%), la isquemia (4,5%) y la alineación (3%); para las ileostomías la alineación (4,9%) y para las urostomías la retracción, isquemia, edema y alineación en idéntica proporción (3,8%). Las complicaciones de la piel que se presentaron en el postoperatorio fueron la ulceración (1,5%) y la erosión (0,7%). Las variaciones en las complicaciones de estoma y piel, según tipo de cirugía, muestran que 16(33,3%) de las cirugías urgentes presentaron complicaciones, frente a 10(11,6%) de las programadas ($p=0,002$)

DISCUSIÓN.

La frecuencia de complicaciones del estoma obtenida en el presente estudio, con un valor relativo del 19,4%, puede ser considerada positiva si es comparada con estudios similares (3). Una revisión sistemática sobre incidencia de las complicaciones del estoma y de la piel periestomal, durante el período postoperatorio temprano tras cirugía de estoma, recoge unos índices que oscilan entre el 12% y 72%, siendo la retracción del estoma la complicación más frecuente (4). No obstante, las complicaciones de la piel periestomal aparecen más frecuentemente, según Salvadlena (2013) (5) en un estudio multicéntrico de seguimiento a 43 pacientes, entre los 21-40 días de la cirugía, con una incidencia de complicaciones de la piel periestomal del 63%.

En lo referente a las frecuencias por tipo de ostomía, es la colostomía la que presenta mayor porcentaje de complicaciones. Las complicaciones del estoma, sin incluir las urostomías, fueron de un 20,3%. Un estudio prospectivo (6), realizado en el mismo centro sobre una muestra de 937 pacientes a los que se realizó estoma por patología colorrectal, entre abril de 1997 y marzo de 2009, obtuvo un resultado de 24,5%.

Los resultados muestran una relación con significación estadística entre el tipo de cirugía y las complicaciones del estoma, de manera que las cirugías urgentes presentan un incremento de más del 50% de complicaciones en el estoma que las cirugías electivas, durante el periodo de ingreso postquirúrgico. Diversos estudios previos, como los llevados a cabo por Dúchense et al (2002) (7), Mahjoubi (2005) (8) afirman que la realización de cirugía urgente no aumenta el riesgo de sufrir complicaciones del estoma, sin embargo Cottam et al (2007) (9) concluyeron que las cirugías de urgencia se podían asociar a mayores problemas en la ubicación del estoma, así como, en la piel periestomal.

En relación con lo anteriormente expuesto, cabe destacar que la intervención prequirúrgica, a la que se asocia el marcaje del estoma, fue realizada en un 22,9% de los casos en cirugías urgentes, frente a un 81,4% en cirugías electivas.

La implantación de Guías de Buenas Prácticas favorece la evaluación de los resultados de atención sobre los pacientes, permitiendo analizar la efectividad de los cuidados que aplican los profesionales de enfermería. Los resultados expuestos, aunque valorados como positivos, en comparación con otros estudios, invitan a desarrollar estrategias que aumenten el alcance de la valoración e intervención preoperatorias y marcaje del estoma, tanto en la cirugía urgente como electiva.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Cuidado y manejo de la ostomía [Internet]. Toronto, Canadá: Asociación

- Profesional de Enfermeras de Ontario. 2009 [citado 2013 Abril 16]. Disponible en: <http://www.evidenciaencuidados.es>
2. Ruzafa M, González E, Moreno T, del Río C, Albornos L, Escandell C. Proyecto de implantación de Guías de Buenas Prácticas en España 2011-2016. *Enferm Clin.* 2011;21(5):275-283
 3. Duchesne, Juan C., et al. Stoma complications: a multivariate analysis. *The American Surgeon.* 2002;68(11):961-6.
 4. Salvadalena, Ginger. Incidence of complications of the stoma and peristomal skin among individuals with colostomy, ileostomy, and urostomy: a systematic review. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing.* 2008;35(6):596-607.
 5. Salvadalena, Ginger D. The Incidence of Stoma and Peristomal Complications During the First 3 Months After Ostomy Creation. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing.* 2013;40(4):400-406.
 6. Caparrós Sanz, M. R., Lancharro Bermúdez, M. Factores de riesgo de complicaciones de los estomas en patología colorrectal. Análisis prospectivo de 937 pacientes en un periodo de 12 años. *Nursing.* 2011;29(06):56-60.
 7. Duchesne, Juan C., et al. Stoma complications: a multivariate analysis. *The American Surgeon.* 2002;68(11):961-6.
 8. Mahjoubi, B., et al. Evaluation of the end colostomy complications and the risk factors influencing them in Iranian patients. *Colorectal Disease.* 2005;7(6):582-587.
 9. Cottam, J., et al. Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. *Colorectal Disease.* 2007;9(9):834-838.

AUTORES/AUTHORS:

Mercè Salvat Plana, Rosa Suñer Soler, Aida Ribera Solé, Sònia Abilleira Castells, Miquel Gallofré López

TÍTULO/TITLE:

Evaluación de la disfagia en el paciente con ictus agudo: adherencia a las recomendaciones de las Guías

La atención a los pacientes con ictus agudo requiere cuidados específicos y especializados. Con el fin de guiar la práctica clínica y basar ésta en la evidencia científica se han desarrollado guías de práctica clínica (GPC)¹⁻³. La evaluación de la disfagia antes del inicio de la ingesta oral constituye una de las recomendaciones esenciales en el cuidado de los pacientes con ictus. La disfagia o dificultad para deglutir afecta a casi la mitad de los pacientes hospitalizados después de un ictus agudo. Además de tratarse de un signo de gravedad, la presencia de disfagia puede ocasionar complicaciones importantes como la malnutrición, la deshidratación y la aspiración de alimentos y líquidos hacia las vías respiratorias³. A pesar de que los signos de aspiración con frecuencia son evidentes, una proporción importante de pacientes (2% a 25%) pueden presentar una aspiración silente, sin signos aparentes de dificultad en la deglución⁴. La disfagia es la principal causa de neumonía intrahospitalaria y del aumento de la morbi-mortalidad en éstos pacientes^{3,5-8}. Por ello, deben implementarse cuidados dirigidos a reducir el riesgo de aspiración, fundamentalmente la detección precoz de la disfagia y el manejo seguro de ésta^{5,6,9,10}. En Cataluña se han realizado tres ediciones del Audit Clínico del ictus, las dos primeras, pre-post difusión de la GPC¹, con el objetivo de evaluar la implementación de las recomendaciones en la práctica rutinaria^{11,12}.

Objetivos

1. Describir el cumplimiento del Indicador de calidad asistencial Evaluación de la disfagia en los pacientes afectados por ictus agudo en 2010 en Cataluña.
2. Determinar si existe asociación entre el resultado de la evaluación de la disfagia y la presencia de neumonía hospitalaria.

Metodología

Estudio descriptivo a partir de los datos incluidos en el 3er audit Clínico del Ictus de Catalunya. Se realizó la revisión retrospectiva de las historias clínicas de pacientes ingresados consecutivamente en un período de tres meses en 2010, en 46 de los 49 hospitales públicos de Cataluña. El cumplimiento de la recomendación "Evaluación de la disfagia" se determinó a partir del porcentaje de casos evaluados mediante un test de disfagia válido, antes del inicio de una dieta o de medicación oral, entre todos los casos en los que el test era aplicable^{3,13,14}. Se consideraron válidos todos los casos de ictus a excepción de aquellos pacientes en situación de coma/inconsciencia. Se calculó el cumplimiento medio e IC 95%. Se describió la evaluación de la disfagia y los resultados del test de disfagia y se determinó la asociación entre el resultado de la evaluación y la presencia de neumonía intrahospitalaria mediante modelos de regresión. Además se obtuvo información sobre el tipo de test utilizado y la frecuencia de la evaluación.

Resultados

Se estudiaron 2.190 casos, correspondientes a 2.178 pacientes, que representaron el 21,3% de todas las admisiones por ictus agudo en el año 2010. Se realizó el test de disfagia antes del inicio de ingesta y/o medicación oral en 1.120 (51,1%) casos. En el 14,3% de los casos el test no aplicaba por estar el paciente inconsciente, el cumplimiento del indicador entre los casos válidos fue del 59,7% (IC 95%: 57,5-61,9). Por hospitales, el cumplimiento fue heterogéneo, inferior al 10% de los casos en algunos hospitales y alrededor del 100% en otros.

Entre los pacientes evaluados, tenían disfagia total 102 (4,7%) pacientes evaluados, disfagia parcial 286 (13,1%) y no tenían disfagia 703 (32,1%). La evaluación de la disfagia se asoció a una mayor presencia de neumonía durante el ingreso en los pacientes

evaluados en relación a los no evaluados (5,4% vs 2,9%; $p=0,012$), no obstante al ajustar por las características del paciente y la gravedad inicial del ictus, la evaluación de la disfagia se asoció a un menor riesgo de neumonía, aunque no de forma significativa (OR no ajustada: 0,38, IC 95%, 0,21-0,71; OR ajustada: 1,74, IC 95%, 0,51-5,87). Se observó una mayor incidencia de neumonía en función del grado de disfagia: 11 (1,6%) de los pacientes que no tenían disfagia, 27(9,6%) de los que tenían disfagia parcial y 21 (21%) de los pacientes con disfagia total. No se observaron diferencias en los resultados de los pacientes según el test de evaluación utilizado. La estancia media ajustada fue mayor en los pacientes con disfagia parcial y disfagia total respecto a los que no tenían disfagia (10,48 vs 6,7 días; $p>0,001$ y 10,80 vs 6,7 días; $p>0,001$).

Discusión

La disponibilidad y utilización del resultado del test de disfagia para la evaluación del riesgo de neumonía permitió una mayor precisión en la detección de los pacientes de mayor riesgo. A partir de los resultados del 3er audit, se observó una mayor realización del test de disfagia en los pacientes de mayor riesgo. Como se ha demostrado previamente, se confirma un mayor riesgo de neumonía en los pacientes con ictus agudo que presentan disfagia.

Implicaciones para la práctica

Desde el año 2009, el Grupo Asesor de Enfermería del Plan Director de la Enfermedad Vascul ar Cerebral en Cataluña trabaja líneas de mejora para aumentar la adherencia a intervenciones básicas de enfermería en la atención al paciente con ictus agudo, como la evaluación de la disfagia, con la finalidad de aumentar la calidad y seguridad en el paciente y familia.

Los resultados del presente estudio confirman la necesidad de seguir mejorando el cumplimiento de este indicador mediante la evaluación de todos los pacientes y la aplicación de medidas adecuadas para la prevención de la aspiración de alimentos en aquellos pacientes en los que se identifica algún grado de disfagia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1 Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Guía de Práctica Clínica del Ictus. Catalunya 2007. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques 2007 Available from: URL: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/gp05ictuspacientses.pdf>
- 2 European Stroke Organisation (ESO). Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack 2008. European Stroke Organisation (ESO) 2009 [cited 2009 Oct 8]; Available from: URL: <http://www.eso-stroke.org/recommendations.php>
- 3 Lindsay MP, Gubitz G, Bayley M, Hill MD, Singh S, Phillips S. Recommendations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC (mise à jour de 2010). Au nom du Groupe de rédaction des pratiques optimales et des normes de la Stratégie canadienne de l'AVC. Ottawa, Ontario Canada; 2010.
- 4 Ramsey D, Smithard D, Kalra L. Silent aspiration: what do we know? *Dysphagia* 2005;20(3):218-25.
- 5 Perry L, Love CP. Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke: a systematic review. *Dysphagia* 2001;16(1):7-18.
- 6 Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke* 2005 Dec;36(12):2756-63.
- 7 DePippo KL, Holas MA, Reding MJ. The Burke dysphagia screening test: validation of its use in patients with stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 1994 Dec;75(12):1284-6.
- 8 Heart and Stroke Foundation of Ontario and Registered Nurses' Association of Ontario. Stroke Assessment Across the Continuum of Care. Toronto: Heart and Stroke Foundation of Ontario and Registered Nurses' Association of Ontario.; 2005.
- 9 Salvat-Plana M, Abilleira S, Jimenez C, Marta J, Gallofre M. Prioritization of performance measures for assessment of

hospital-based stroke care quality through a consensus method. *Revista de Calidad Asistencial* 2011 May;26(3):174-83.

10 Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires. La qualité des soins de l'AVC au Canada 2011. Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires 2011 [cited 2011 Sep 8]; Available from: URL:

<http://www.canadianstrokenetwork.ca/wp-content/uploads/2011/06/QoS-CFR1.pdf>

11 Lakshminarayan K, Tsai AW, Tong X, Vazquez G, Peacock JM, George MG, et al. Utility of dysphagia screening results in predicting poststroke pneumonia. *Stroke* 2010 Dec;41(12):2849-54.

AUTORES/AUTHORS:

Esther González-María, M^a Pilar Rodríguez-Soberado, M^a Victoria Ruiz-García, Susana Fernández-García, Carmen Gallo-Blanco, M^a Mar Rodríguez-Garrido, Laura Albornos-Muñoz, Yolanda Moreno-Gallo, Fátima Felipe-Robayna

TÍTULO/TITLE:

Evolución de caídas en mayores de 65 años hospitalizados tras implantar un programa de buenas prácticas

Introducción. Según la Organización Mundial de la Salud las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales. Se calcula que anualmente mueren en todo el mundo unas 424.000 personas como consecuencia de las caídas producidas. Los mayores de 65 años son quienes sufren más caídas mortales. Cada año se producen 37,3 millones de caídas cuya gravedad requiere atención médica y suponen la pérdida de más de 17 millones de años de vida ajustados por discapacidad. Además, quienes padecen discapacidad a causa de las caídas, y en particular los ancianos, corren más riesgo de necesitar atención a largo plazo e ingreso en alguna institución. (1) Las caídas de ancianos representan un importante problema de salud en nuestro medio, que tiene importantes consecuencias físicas y psíquicas para los pacientes y sus cuidadores, así como consecuencias socioeconómicas para el sistema. Este problema tiende a agravarse con el envejecimiento demográfico. (2) Las estrategias preventivas deben hacer hincapié en la educación, la capacitación, la creación de entornos más seguros, la priorización de la investigación relacionada con las caídas y el establecimiento de políticas eficaces para reducir los riesgos. (1) Una de estas estrategias preventivas es el desarrollo y la aplicación de Guías de Práctica Clínica (GPC) como instrumento para mejorar la calidad de los cuidados. (3) A nivel español son muy escasos los estudios de investigación sobre implantación de GPC. (3) Con estos antecedentes en 2011 se inició un Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC) (3) basado en el modelo de implantación de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (4), con el objetivo de promover el uso de GPC en España (denominadas en este programa Guías de buenas prácticas GBP). En concreto, cinco centros sanitarios fueron seleccionados como candidatos a CCEC con el compromiso de implantar la GBP de la RNAO "Prevención de caídas en personas mayores y lesiones derivadas de las caídas", cuya finalidad es disminuir la incidencia de caídas y lesiones asociadas en pacientes hospitalizados. (5)

Objetivo. Evaluar los resultados de la implantación de la Guía de buenas prácticas para la prevención de caídas en pacientes ≥ 65 años ingresados en centros hospitalarios tras 15 meses de inicio de la implantación.

Método. **Ámbito:** Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidado (BPSOs españoles) que están implantando la GBP **Prevención de caídas en personas mayores y lesiones derivadas de las caídas:** Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Hospital Medina del Campo, Hospital Doctor José Molina Orosa y Hospitales de Sierrallana y Tres Mares. **Diseño:** Estudio multicéntrico observacional longitudinal prospectivo. Enero 2012-Marzo 2013. **Sujetos:** todos los pacientes ≥ 65 años, hospitalizados en unidades piloto.

Intervención. Formación metodológica y creación de estructuras organizativas de implantación. Definición del plan de acción en cada uno de los cinco centros participantes, que incluye: a) Selección y operativización de las recomendaciones de la Guía incorporándolas a los protocolos existentes en cada centro, como los protocolos de actuación para la prevención de caídas, inmovilización de pacientes y sujeciones, detección riesgo de caídas, etc. b) Elaboración de material educativo e informativo para profesionales, pacientes y familiares: dípticos, vídeos y carteles informativos. c) Formación interna en relación a los cambios introducidos en los protocolos sobre caídas, dirigida tanto a profesionales sanitarios como no sanitarios. d) Desarrollo del plan de evaluación con indicadores comunes para todos los centros e) Incorporación de registros específicos en los sistemas informáticos. f) Promover la cumplimentación de los registros de forma sistemática. g) Detección de áreas de mejora e incorporación de cambios:

mejoras en infraestructuras, en la comunicación interna, en la existencia de feedback continuo.

Variables. A) Datos estructurales (tipo y tamaño de la institución, nº y tipo de unidades). B) De proceso: valoración del riesgo de caídas al ingreso (24 horas) con escala estandarizada (J.H. Downton y Stratify) y siempre que se produzca una caída, asignación de un plan de cuidados (presente/ausente), medidas de contención mecánica o física registradas. C) De resultado: edad, sexo, nº de caídas, tipo de lesión (ningún daño, leve, moderada, grave y muerte).

Obtención de datos. Recogida de datos de todos los pacientes que cumplen los criterios de inclusión en las unidades de estudio y son dados de alta durante los 5 últimos días hábiles de cada mes. Los datos son recogidos de las Historias Clínicas informatizadas y de los registros hospitalarios por los investigadores responsables de cada centro, siguiendo la guía de evaluación del programa BPSO® España. Se establecen tres periodos de medición, t0 basal (mayo-agosto/2012), t1 (septiembre-diciembre/2012) y t2 (enero-marzo/2013).

Análisis de datos. Descriptivo: medidas de tendencia central y dispersión, frecuencias absolutas y relativas.

Aspectos éticos. Aprobación por Direcciones de Enfermería y Gerencias. Firma del Acuerdo de Confidencialidad y propiedad intelectual del programa BPSO®.

Resultados. La guía se implanta en 3 hospitales con un tamaño <500 camas, 1 hospital cuyo tamaño es de 500<1000 camas y un 1 hospital con >1000 camas. En el periodo estudiado, la guía de implantación de caídas se implanta en 13 unidades médicas y 4 quirúrgicas. Como resultado de proceso: cada centro ha creado estructuras organizativas para la implantación de la guía de prevención de caídas, se ha formado en metodología de la implantación y en materia de prevención de caídas a los equipos de las instituciones participantes, se han desarrollado o adaptado protocolos de prevención de caídas, y protocolos de contención mecánica e inmovilización de pacientes; todos los centros han incluido o adaptado registros específicos en los sistemas de historia clínica incluyendo las valoraciones de riesgo, una pauta unificada para declarar caídas, otros registros específicos como las contenciones y un registro específico de caídas producidas.

Se evaluaron 2183 pacientes en el conjunto de los cinco centros. Edad media 80,2 años (DE= 7,87), 47,6% hombres y 52,4% mujeres. Se valoró el riesgo de caídas al ingreso al 73,1% (1585) (IC 95%: 71,2-74,9) de los pacientes. El 56,1% (884) (IC 95%: 53,6-58,5) de los pacientes valorados fueron identificados en riesgo al ingreso, de ellos, el 59,4% (504) (IC 95%:56,1-62,7) disponía de plan de prevención registrado en función de los diferentes factores que influye en que el paciente esté en riesgo. Se produjeron caídas en el 2,6% (55) (IC 95%: 1,9-3,2) de los pacientes y de ellos se revaluó el riesgo del 37,3% (19). De los pacientes que han sufrido alguna caída 84,2% (16) habían sido identificados en riesgo y de ellos el 81,3% (13) disponían de un plan registrado. Los tipos de lesiones registrados fueron "ninguna" (16), "leve" (14), "moderada" (1), "grave" (2). De los pacientes en riesgo se registró la utilización de contención física en 246 pacientes. Se evaluó a 812 pacientes en t0, 768 en t1, 603 en t2. Los resultados de cada periodo t0, t1 y t2, respectivamente, son: valoración de los pacientes al ingreso 69,4% vs 75,3% vs 75,2%; pacientes identificados en riesgo al ingreso 53,7% vs 58,9% vs 55,4%; pacientes en riesgo que disponen de un plan de prevención 53,5%, vs 59,4%, vs 66,4%; pacientes que han sufrido caídas 2,2% vs 2,8% vs 2,7%; lesiones graves 2 vs 0 vs 0, moderadas 0 vs 1 vs 0, leves 5 vs 5 vs 4, ninguna 7 vs 6 vs 3; pacientes; revaluados tras producirse una caída 27,8% vs 44,4% vs 40%.

Discusión. Se han mejorado notablemente los resultados de proceso, se ha producido un incremento en la valoración de riesgo al ingreso, tras producirse una caída, y en el establecimiento de planes de prevención. El incremento en el porcentaje de pacientes que sufren caídas podría explicarse porque al inicio del proyecto no se recogían sistemáticamente las caídas en todas las instituciones, y ese aumento puede reflejar una mayor declaración de las caídas y no un incremento de las mismas. Parece que las caídas producidas tienen consecuencias menos graves, si bien el número de pacientes en los distintos grupos de gravedad de las lesiones por caídas es bajo para permitir sacar conclusiones. Es necesario que la implantación complete el periodo previsto para determinar la efectividad para la disminución de caídas y lesiones asociadas. El número de pacientes con contenciones físicas registradas

representa el nº de registros obtenidos. Las intervenciones relacionadas con las contenciones supone uno de los aspectos más innovadores del proyecto en esta fase inicial; el desarrollo de los protocolos de contención mecánica e inmovilización supone un gran avance porque no se disponía de este protocolo previamente ni del registro, pero aún no se dispone de datos concluyentes, dado la fase del proyecto y de puesta en marcha de registros sistemáticos. Con la mejora de los resultados de proceso, se observa que de los pacientes que han sufrido alguna caída, un nº elevado de ellos había sido identificado a riesgo y tenía un plan de cuidados asociado. El análisis en los sucesivos periodos de medición permitirá evaluar la adecuada implantación y la efectividad de las intervenciones interdisciplinares y multifactoriales derivadas de la operativización de las recomendaciones. Deberá valorarse especialmente si se produce una disminución en el número de pacientes que no reciben valoración de riesgo al ingreso y si se aumenta el número de planes de cuidados registrados en los pacientes con riesgo de caídas.

Implicaciones para la Práctica. En la práctica clínica debe considerarse que la estandarización de intervenciones enfermeras que han demostrado ser eficaces en prevención de caídas, supone una mejora en la calidad de los cuidados.

Debido a la temprana fase de implantación del proyecto, aun hay un amplio margen de mejora en el que centrar los esfuerzos y que permitirá valorar si en sucesivas evaluaciones se mantiene la tendencia. Aun así, la implantación de la guía lleva implícitos la revisión o desarrollo de protocolos basados en la evidencia, que repercutirán en la salud del paciente y en el profesional de enfermería. (6,7) El uso de escalas de valoración del riesgo reduce la variabilidad en la identificación de los pacientes en riesgo. Conseguir un registro sistemático de las caídas permite a las enfermeras comprobar la efectividad de las medidas, analizar los riesgos, implantar mejoras y concienciar al personal en seguridad del paciente. Los planes de cuidados que se ponen en marcha permiten la inclusión de la familia y el paciente en éstos, colaborando con el personal de enfermería.

El plan de evaluación con indicadores comunes para todos los centros, permite proporcionar resultados de la experiencia a nivel nacional de implantación de guía de práctica clínica en enfermería, no existentes hasta el momento.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Organización Mundial de la Salud. [Consultado 19 agosto 2013]
Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/index.html>
2. Silva Gama da ZA, Gómez Conesa A. Morbilidad, factores de riesgo y consecuencias de las caídas en ancianos. *Fisioterapia*. 2008;30(3):142-51.
3. Ruzafa Martínez M, González María E, Moreno Casbas M, del Río Faes C, Albornos Muñoz L, Escandell García C. Proyecto de implantación de Guías de Buenas Prácticas en España 2011 – 2016. *Enfermería Clínica* 2011; 21(5): 275 – 283.
4. Registered Nurses's Association of Ontario. Toolkit: Implementation of best practice guidelines (2nd ed.). 2012. [Consultado 14 mayo 2013]. Disponible en: http://nao.ca/sites/nao-ca/files/RNAO_ToolKit_2012_rev4_FA.pdf
5. Registered Nurses's Association of Ontario. Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores. Toronto, Canadá: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. 2005. [Consultado 14 mayo 2013] Disponible en: http://www.nao.org/Storage/78/7309_617_BPG_PrevencionCaidasyLesionesDerivadas
6. JBI, 2002 Physical Restraint- Pt 1: Use in Acute and Residential Care Facilities. Best Practice Vol 6 Iss 3. Blackwell Publishing Asia, Australia.

7. JBI, 2002 Physical Restraint- Pt 2: Minimisation in Acute and Residencial Care Facilities. Best Practice Vol 6 Iss 4. Blackwell Publishing Asia, Australia.

AUTORES/AUTHORS:

Esther Granado Font, Elena Alvarez Soler, Albert Del Pozo Niubo, Núria Martín Vergara, Jordi Bladè Creixenti, Àngels Vinuesa Fernandez, Marta Pujol Vidal, Teresa Basora Gallisà, Meritxell Paredes Benet

TÍTULO/TITLE:

IMPLEMENTACIÓN DE LA EVIDENCIA EN EL MANEJO INTEGRAL DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

JUSTIFICACIÓN:

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza por una limitación crónica al flujo aéreo poco reversible y asociada al humo del tabaco. Según la Guía española de la EPOC (GesEPOC) es una enfermedad infradiagnosticada y con una elevada mortalidad que representa un elevado coste tanto sanitario como en pérdida de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes

OBJETIVO:

Determinar si los sujetos diagnosticados de Enfermedad Obstructiva Crónica en un centro de Atención Primaria se les prescribe el tratamiento adecuado según su estadio de enfermedad y se siguen las recomendaciones preventivas de la guía GOLD 2011

MÉTODOS:

Se realizó un estudio de campo observacional, descriptivo y transversal sobre un grupo de población urbana de alta privación socio-económica atendida en un centro de Atención Primaria previamente diagnosticada de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) a los que se realizó una espirometría forzada con prueba broncodilatadora de control entre el 1 de mayo de 2012 y el 1 de mayo de 2013.

Se revisó previamente la historia clínica informatizada de Atención Primaria (e-cap) de todos los sujetos con diagnóstico de EPOC a los que se les había realizado la espirometría de control.

Se extrajeron de la historia clínica las variables a estudio que fueron el estadio de gravedad de la enfermedad según los criterios de la guía GOLD 2011, que se basan en el grado de limitación al flujo aéreo obtenido mediante la espirometría forzada posbroncodilatación, clasificándose en: GOLD 1= Leve, FEV1 \geq 80% del valor de referencia, GOLD 2 = Moderada, 50% \leq FEV1 $<$ 80% del valor de referencia, GOLD 3 = Grave, 30% \leq FEV1 $<$ 50% del valor de referencia i GOLD 4 = FEV1 $<$ 30% del valor de referencia.

Se registró el grado de obstrucción (FEV1) posbroncodilatación, el índice de Tiffenau (FEV1/FVC) de la espirometría de control, el número de exacerbaciones en los 12 meses previos a la espirometría, el grado de disnea medida mediante el Test BMRC o la puntuación del test CAT (COPD Assessment Test) (CATestonline.org) que mide el impacto que la enfermedad tiene en el bienestar y en la vida diaria del paciente. A partir de estos datos, los pacientes son clasificados en 4 grados y se establece el tratamiento farmacológico más adecuado a cada grado. Entendiéndose según la GOLD como Paciente A: Bajo riesgo, poco sintomático, GOLD 1-2, \leq 1 exacerbación por año, 0-1 mMRC, $<$ 10 CAT; Paciente B: Bajo riesgo, más sintomático, GOLD 1-2, \leq 1 exacerbación por año \geq 2 mMRC, \geq 10 CAT; Paciente C: Alto riesgo, poco sintomático, GOLD 3-4, \geq 2 exacerbación por año 0-1 mMRC, $<$ 10 CAT; Paciente D: Alto riesgo, más sintomático, GOLD 3-4, \geq 2 exacerbación por año \geq 2 mMRC, \geq 10 CAT.

Se revisó el tratamiento farmacológico registrado en la historia clínica, considerando infratratamiento cuando el tratamiento

registrado era inferior al recomendado según el estadio de gravedad y tratamiento excesivo cuando el tratamiento registrado excedía al recomendado según el grupo al que pertenecía el paciente. Otras variables importantes que se registraron fueron el hábito tabáquico actual (fumador, ex fumador, no fumador), el registro de la administración de vacuna antigripal en la campaña 2012 y el registro de vacunación antineumocócica.

Para analizar los resultados se usó el programa SPSS v. 15 y se hizo un análisis de frecuencias.

RESULTADOS:

El número total de pacientes diagnosticados de EPOC que entraron en el estudio fueron 119.

Se ha confirmado mediante espirometría el diagnóstico de EPOC en el 42,37% de los 119 pacientes. El 11,01% reunían criterios de normalidad de la prueba, FEV1/FVC >70% con FVC >80% y reversibilidad postbroncodilatación no significativa. El 21,18% de las espirometrías no han sido valorables.

El 25,44% presentaban otros patrones (Asma, Patrón Restrictivo).

En las espirometrías se ha detectado un grado 2 de obstrucción al flujo aéreo (valor medio de FEV1: 74,14).

El 23,73% de los pacientes tiene pautado un tratamiento farmacológico acorde a su estadio de gravedad según las recomendaciones de la Guía GOLD 2011.

Un 44,53% de los individuos presentan un tratamiento insuficiente (7,56% pertenecen al estadio III-IV). El 49,9% de los pacientes en estadio de gravedad III-IV presentan un tratamiento insuficiente.

Un 14,28% presentan un tratamiento excesivo para su estadio de gravedad.

No se ha podido determinar el estadio de gravedad y por tanto la adecuación del tratamiento farmacológico al 13,44% de los pacientes por falta de datos en su Historia Clínica.

El 60,86% de los pacientes no presentan consumo actual de tabaco (el 37,39% son ex fumadores).

Se ha administrado la vacuna de la gripe al 74,57% de los pacientes estudiados y un 69,5% han recibido la vacuna antineumocócica.

Un 10,08% cumplen los tres pilares de tratamiento evaluados (correcta vacunación antigripal y antineumocócica, ausencia de hábito tabáquico activo y correcto tratamiento farmacológico para su estadio de gravedad).

DISCUSIÓN:

La EPOC es la cuarta causa de muerte en el mundo (tras el cáncer, enfermedades cardíacas y enfermedades cerebrales) y presenta una prevalencia en España del 10,1% (Estudio EPI-SCAN) (15,1% en hombres i 5,7% en mujeres) con un coste global en España cifrado entre 750 y 1000 millones de euros al año (Entre 1.712 y 3.238 euros/a por paciente con los costes más altos en los estadios más avanzados y pacientes con más exacerbaciones). A pesar de ello, es una enfermedad infradiagnosticada e infratratada.

En el estudio realizado en nuestro centro nos encontramos con cifras de infratratamiento del 44,53% para el conjunto de los pacientes y del 49,9% en el subgrupo de EPOC Grave o Muy Grave.

Hay dos estudios poblacionales que describen el infratratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en España. Se tratan del estudio IBERPOC (realizado en 1997) y del estudio EPI-SCAN (más reciente).

Nos planteamos la realización de este estudio al observar en la bibliografía la existencia de altos porcentajes de infratratamiento en los pacientes con EPOC (EPI-SCAN 54,7% para el total de pacientes con EPOC y 10% en los estadios III-IV).

El 39,14% de los individuos seguían fumando, mientras que en el estudio EPI-SCAN se trataba de un 34,2%.

El mayor porcentaje de cumplimiento de tratamiento global en nuestro centro se encuentra en las vacunaciones con 74,57% vacunados contra el virus de la gripe.

En este apartado se procede a la búsqueda activa y la revisión periódica programada de los pacientes (campaña de vacunación) y en las historias clínicas aparecen recordatorios y alertas en caso de no realizarse.

La baja aplicación de las recomendaciones de la Guía GOLD 2011 para el tratamiento de la EPOC en función del estadio de gravedad no se acompaña, en nuestro centro, de un buen control de síntomas (Valor medio del test CAT: 16,2 puntos, impacto medio de la sintomatología en la calidad de vida del paciente siendo deseable un valor inferior a 10 puntos).

Detectamos un porcentaje elevado de error diagnóstico al realizar las espirometrías.

El estudio demuestra que en nuestro centro de salud hay un porcentaje de infratratamiento farmacológico y no farmacológico (vacunación antigripal, vacunación antineumocócica, deshabituación tabáquica).

También hemos observado un bajo registro de los síntomas del paciente: registro del grado de disnea según la escala BMRC en el 63% de los pacientes estudiados y en el registro del consumo de tabaco, el 95,98% de los pacientes estudiados se ha interrogado sobre el hábito tabáquico pero, en el 40,23% de los pacientes con hábito tabáquico registrado (activo o ex-fumador) no consta el número de paquetes/año consumidos.

Hay que insistir en el seguimiento de las recomendaciones de las Guías (tanto a nivel de tratamiento como de registro de factores de riesgo y de síntomas) teniendo en cuenta la prevalencia, mortalidad y costes económicos y sociales asociados a la EPOC.

Al hallazgo de los resultados de nuestro estudio se deben buscar estrategias para implementar la evidencia clínica en la práctica habitual de todos los profesionales.

- 1- Concienciar a los profesionales (médicos y enfermeros) de la importancia de esta enfermedad (morbimortalidad y costes socioeconómicos elevados).
- 2- Interrogar sobre el hábito tabáquico y registrar el consumo de tabaco en paquetes/año.
- 3- Insistir en el abandono del hábito tabáquico (principal factor de riesgo de aparición y de progresión de la enfermedad).
- 4- Búsqueda activa de los pacientes susceptibles de padecer la enfermedad (interrogar sobre la presencia de síntomas claves :tos, disnea, expectoración).
- 5- Realización de espirometría en los pacientes susceptibles de padecer la enfermedad.
- 6- Confirmación del diagnóstico de EPOC mediante espirometría en aquellos pacientes a los que no se les ha hecho nunca espirometría (diagnósticos inducidos a partir de pruebas radiológicas o altas hospitalarias).
- 7- Mejorar la calidad de las espirometrías y crear un circuito interno que evite que los datos de las espirometrías no valorables sean registradas en el sistema informático como correctos de forma automática.
- 8- Registro de síntomas en la historia clínica: grado de disnea, SaO2 basal, esputo y características, presencia de tos e intensidad en situación basal y durante las exacerbaciones.
- 9- Adecuación del tratamiento al estadio clínico y funcional en base a las guías.
- 10- Seguimiento programado de los pacientes para realizar control evolutivo de la sintomatología, insistir en el abandono del hábito tabáquico, control del cumplimiento del tratamiento y revisión del uso de los inhaladores.

En nuestro centro planteamos la propuesta de designar profesionales referentes/expertos en la patología, en este caso EPOC, que con intervenciones de asesoramiento y monitorización sobre el grupo de profesionales consigan implementar el seguimiento de las guías y con ello la mejora de la actuación sobre los pacientes y por ende una mejora en la calidad de vida y clínica.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFIA:

1. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) - Guía Española de la EPOC (GesEPOC)
Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) – Spanish Guideline for COPD (GesEPOC)
Grupo de Trabajo de GesEPOC
Task Force of GesEPOC
2. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2011. Disponible en: <http://www.goldcopd.org>.
3. Estudio EPI-SCAN: resumen del protocolo de un estudio para estimar la prevalencia de EPOC en personas de 40 a 80 años en España
J. Ancochea, C. Badiola, E. Duran-Tauleria, F. García Río, M. Miravittles, L. Muñoz, V. Sobradillo y J.B. Soriano.
4. Diferencias geográficas en la prevalencia de EPOC en España: relación con hábito tabáquico, tasas de mortalidad y otros determinantes.
Joan B. Soriano, Marc Miravittles, Luis Borderías, Enric Duran-Tauleria, Francisco García Río, Jaime Martínez, Teodoro Montemayor, Luis Muñoz, Luis Piñero, Guadalupe Sánchez, Joan Serra, Juan José Soler-Cataluña, Antoni Torres, José Luis Viejo, Víctor Sobradillo-Peña y Julio Ancochea.

AUTORES/AUTHORS:

Isabel M^a Lopez-Medina, Inmaculada Sanchez-Garcia, Juan Gabriel Ruiz-Pamos, Francisco P Garcia-Fernandez, Beatriz Lopez-Barajas Fernandez, Serafin Fernandez-Salazar, Pedro L Pancorbo-Hidalgo

TÍTULO/TITLE:

El liderazgo enfermero en la implementación de evidencias: un análisis cualitativo desde el modelo PARIHS.

OBJETIVO: Describir el papel del liderazgo enfermero como elemento para la implementación de la Práctica Clínica Basada en Evidencias desde la perspectiva de enfermeras asistenciales en entorno hospitalario.

METODOS

Estudio descriptivo cualitativo sobre la percepción de enfermeras en relación al liderazgo en la implementación de la Práctica Clínica Basada en Evidencias (PCBE), siguiendo el modelo Promotion Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS). Se realizaron 5 grupos focales con 35 enfermeras/os que desempeñaban su trabajo asistencial en 4 hospitales públicos de la provincia de Jaén. La información recogida en cada grupo focal fue grabada y transcrita literalmente. Se realizó un análisis de contenido (con NVivo 8) utilizando como categorías preestablecidas las del subelemento Liderazgo del modelo PARIHS (que permite establecer si el entorno asistencial es pobre o propicio para la implementación de PCBE). También se codificaron nuevas categorías emergentes durante el análisis.

La investigación se ha realizado con fondos del proyecto: "Influencia del Modelo Organizativo de hospitales sobre la implementación por profesionales de enfermería de la práctica clínica basada en evidencias" Expte: PI11/02565. Instituto de Salud Carlos III, que se desarrolla en la Universidad de Jaén, Complejo Hospitalario Universitario de Jaén y Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir.

RESULTADOS

Los participantes perciben que la función de supervisión se ejerce con un "liderazgo tradicional" de tipo "autocrático". La supervisora es considerada en una posición jerárquica superior al resto de profesionales de enfermería y centralizando el poder de decisión, de modo que las enfermeras no se sienten partícipes en la toma de decisiones sobre su propio trabajo.

"Esos cambios vienen siempre de la supervisora, que no deja de ser tu jefa." GD5

"Es que un supervisor depende de una Dirección de Enfermería, que a su vez depende de un contrato de programa,... puede contar con la opinión de sus trabajadores y ahí luchar como supervisora para conseguir algo pero si a la Gerencia no le interesa eso no lo va a echar para adelante aunque creas tú que es lo mejor del mundo. Entonces ya nos van bajando de escalón hasta llegar a nosotros, y nos lo intentan implantar."GD5

Consideran que la supervisora tiene una carga excesiva de actividades burocráticas, impidiéndole atender las necesidades de su personal en relación a los problemas de la unidad. La figura de supervisora actual no es vista como líder por no caracterizarse por innovar y motivar al personal, y no ser elegida por los propios profesionales de la unidad entre aquellos que destaquen por liderar el grupo.

"Los supervisores no encarnan ese papel, tienen un papel muy administrativo." GD2

"Mis problemas no se los podía contar a ella. Si a veces hasta para ir a hablar decía: "es que hoy no puedo, tengo una reunión". Pero

si yo el problema lo tengo ahora.” GD4

“Yo tengo una supervisora pero como persona tan líder, que esté innovando continuamente y tal, no.” GD3

“Te encuentras supervisores que ni tienen la capacidad de liderazgo... y yo creo que la función del supervisor, el hecho de que se elija como se elige, que se elige a dedo ... tú no consideras que es la mejor persona para gestionarlo esa unidad.” GD1

Consideran que cuentan con una “estructura organizacional pobre”, con “falta de claridad de roles” en la supervisión, una “comunicación deficiente” entre las enfermeras y las supervisoras y un “trabajo en equipo poco efectivo”. Dan una gran importancia a que cada profesional, incluida la supervisora, desempeñe correctamente su rol y se respete totalmente el de todos los compañeros de las distintas categorías profesionales. Los participantes consideran que en la supervisión no se tiene claridad del rol a desempeñar.

“Mi supervisor no se cree la evidencia, piensa que las guías de práctica clínica las pagan los laboratorios. El otro día curando una úlcera... y no se lo cree. Entonces, ¿cómo van a tirar de ti? Si yo no me lo creo, ¿yo te voy a transmitir a ti?, ¿yo puedo ser líder? si yo mismo estoy diciendo: “estoy hasta las narices, es tontería.”GD3

Consideran que no reciben de forma adecuada de la supervisora toda la información que les corresponde y que se encuentran con dificultades para poder comunicarse con ella, destacando ambos aspectos como imprescindible para un trabajo efectivo.

“Nos quejamos de que no nos lo comunique antes a todos, y haya un consenso, que la información llega alguna veces muy tarde o no llega bien.” GD3

Además, perciben que el personal de enfermería encuentra dificultades para desarrollar su actividad de forma adecuada debido a que algunos profesionales médicos interfieren en su correcto desarrollo y no respetan su rol profesional.

“No podemos aplicar el triage, estamos intentando aplicar lo último en consulta RAC, y aquí se nos cuestiona hasta la prioridad que le hemos puesto, o sea, no tienen esa confianza profesional en nosotros. Entonces como tú peleas eso, hablas con tu supervisor y al final hay un freno que es: “los médicos han dicho que esto y esto es lo que tenemos que hacer”. Y eso es una realidad, y el que no la quiera decir pues que no la diga pero eso es lo que hay.” GD4

En ese sentido consideran que su trabajo en equipo es poco efectivo, planteándose que simplemente están trabajando “en grupo” o, incluso, “en cadena”.

“En mi servicio veo dificultades para trabajar en equipo. Para mí trabajar en equipo es trabajar distintos profesionales para un mismo objetivo, que es atender al paciente de forma adecuada y, además, debería de estar basada en la evidencia. En mi servicio pues no todo el mundo sigue el camino, para mí el trabajar en equipo no es que yo me lleve bien con mis compañeras, sino que realmente nos marquemos objetivos comunes y todo el equipo siga en el mismo camino.” GD2

“Yo opino que se trabaja en cadena más que en equipo.” GD4

Las enfermeras participantes manifiestan la necesidad de un “liderazgo transformador” para hacer efectiva la implementación de la

PCBE, entendido como el ejercido por un profesional que se encargue de promover el cambio y la innovación, pero en raras ocasiones lo identifican con la figura de la supervisora actual.

“Una persona encargada que diga, “tenemos este problema, lo busco y esto es lo que hay. Se llega al consenso entre todos y lo utilizamos todos. Yo creo que esa es la única... porque si no cada uno va tirando para un lado y tú haces tus cuidados bien a tus pacientes, pero otra lo hace diferente o mejor, hay variabilidad y para eso hay que unificar criterios todos. Y eso tiene que encargarse una persona.” GD4

Entre las características que debe tener el “líder ideal” destacan que debe ser elegido por los miembros de la unidad, capaz de motivar al grupo para la aplicación de evidencias científicas, “llevar las riendas” en dicha implementación, buen comunicador, con conocimientos suficientes y no ser supervisora con funciones burocráticas.

“Que la gente confíe en él, que sea el que da ejemplo, ... y que sea capaz de mover masas, que la gente tenga confianza y decir, “venga, vamos, pues sí,” y que motive a la gente. Que esté ahí al pie del cañón y en el momento que alguien no..., pues diga, “venga, vamos, ¿qué problema tienes?, vamos a resolverlo.” GD3

“Una persona inteligente, cercana, que tiene un estudio y de la que yo me puedo fiar, porque lo conozco, porque trabajamos juntos,... y no lo ves como una orden, como una imposición.” GD5

“Fundamental la comunicación... que sepa motivar, que sepa escuchar, que sepa transmitir información.” GD4

“La figura del supervisor tiene unas connotaciones, entonces es importante que sea otra persona ajena a la supervisión, para que tenga más respaldo de todo el mundo.” GD4

La mayoría de participantes perciben que surgen “líderes informales” en su unidad de trabajo, enfermeras que destacan por innovar o intentar aplicar resultados de investigación en su práctica clínica y que intentan guiar a sus compañeros. Sin embargo, estos líderes informales no siempre cuentan con el apoyo de la supervisora quien, según los participantes, ve en ellos una “amenaza a la supervisión”.

“En mi unidad hay una persona que no siendo supervisora sería muy buena para llevar al equipo. No siendo un líder oficial es una persona que pone en marcha muchas cosas ... la gente es a quien menos le protestan; pone algo en marcha y suavemente se va haciendo.” GD2

“Cuando tú eres una persona que investigas, que haces muchos cursos, a veces la supervisora te ve como un posible rival. O sea, “aquí tengo en esta planta un líder, y ¡ojo! que a lo mejor va a por mi puesto”. Entonces tú tienes que estar todo el rato diciendo: “que a mí no me interesa tu labor, que yo voy a hacer labor asistencial, pero quiero hacerlo de la forma mejor que pueda”. GD1

DISCUSIÓN

Las características del liderazgo en los 4 hospitales estudiados se corresponde con un entorno pobre para la implementación de PCBE, según modelo PARIHS1-3. La aplicación de evidencias en la práctica clínica es difícil o poco compatible con el modelo de liderazgo que se está desarrollando en los centros hospitalarios estudiados. En un entorno de trabajo donde los profesionales se sienten con poca participación en la toma de decisiones, tomadas de forma centralizada y vertical, y no percibiendo a su supervisora

como líder del grupo, dificulta que el personal se sienta implicado en la consecución de los objetivos.

Los participantes manifiestan la necesidad de contar con la figura de un líder transformador con capacidad de conseguir un contexto más propicio para la aplicación de evidencias científicas. Siguiendo el modelo PARIHS de implementación de evidencias, es importante promover la figura de una enfermera líder, con distinto rol de la actual supervisión con funciones burocráticas¹⁻³. La figura del líder transformacional debe basarse en el empoderamiento del resto de enfermeras del grupo para hacer más fácil la implementación de evidencias, delegando la toma de decisiones y ofreciendo más iniciativa y responsabilidad; pues esto se traduce en un trabajo más entusiasta y satisfecho, trabajadores más saludables y mejores cuidados a los pacientes⁴⁻⁶. El tipo de liderazgo más frecuente en los hospitales magnéticos fue el liderazgo transformacional⁷, cuyas funciones son las que se han relacionado con una mayor aplicación de la investigación en la práctica, según otras investigaciones⁸. Nuestros participantes destacan la dimensión interpersonal del líder ideal, con capacidad de comunicación, responsabilidad y la confianza que en él se tiene, junto a los conocimientos y competencia técnicas destacados, coincidiendo con otros investigadores también en que la identificación de dicha persona debe ser hecha entre los miembros del grupo⁹.

Tal es la necesidad de este liderazgo transformacional que espontáneamente surgen en las unidades líderes informales entre sus enfermeras, percibidas como las que realmente intentan aplicar evidencias en su práctica clínica. Estos profesionales deben ser reconocidos e incluidos en una nueva estructura organizacional pues son los que consiguen motivar y guiar a sus compañeros y pueden llegar a conseguir un trabajo en equipo efectivo y clarificar los roles de cada profesional.

Implicaciones en la práctica. El uso del modelo PARIHS permite realizar un diagnóstico de características de los centros sanitarios para identificar cambios necesarios para aplicar PCBE. A partir de los resultados de esta investigación hay que plantearse cambiar hacia un liderazgo transformacional como paso necesario para crear un entorno favorable a la implementación de evidencias. Será después la nueva enfermera líder la que junto a todo el equipo de profesionales realice un análisis del entorno y determine los objetivos de los cambios previstos, siendo precisa la participación de todo el personal en todas las fases del proceso de cambio, desde la toma de decisiones hasta la puesta en práctica.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Kitson A, Harvey G, McCormack B. Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. *Qual Health Care*. 1998;7:149-158.
2. Kitson A, Harvey G, McCormack B, Rycroft-Malone J, Seers K, Titchen A, et al. A framework for enabling evidence based practice -- the PARIHS project. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses; 2001.
3. McCormack B, Kitson A, Harvey G, Rycroft-Malone J, Titchen A, Seers K. Getting evidence into practice: the meaning of 'context'. *J Adv Nurs* 2002 04;38(1):94-104.
4. Rider-Ellis J, Love-Harthley C. *Managing and Coordinating Nursing Care*. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
5. De Melo-Lanzoni G, Schlindwein-Meirelles BH. Liderazgo del enfermero: una revision integradora de la literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2001;19(3):[9 pantallas]
6. Cummings GG, MacGregor T, Davey M, Lee H, Wong CA, Lo E, Muise M, Stafford E. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *Int J Nurs Stud* 2010;47: 363-385.

7. Ward K. A vision for tomorrow: Transformational nursing leaders. *Nurs Outlook* 2002;50(3):121-126
8. Gifford W, Davies B, Edwards N, Griffin P, Lybanon V. Managerial leadership for nurses's use of research evidence: an integrative review of the literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2007;4(3):126-145.
9. Schebella Souto de Moura G, Müller de Magalhaes A, Cavalcanti Dall'agnol B, dos Santos Marona D. Liderazgo en enfermería: un análisis del proceso de elección de jefes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2010;18(6): [9 pantallas].

AUTORES/AUTHORS:

Juan Antonio Martínez, Jon Lizarazu, Sonia Azkarate, Izaskun Mayo, Isabel Huerta, Jone Goenaga, Maite Melgar, Amets Urola, Elba Merino

TÍTULO/TITLE:

LA APLICACIÓN CLÍNICA DE CONCLUSIONES BASADAS EN EVIDENCIA CATs ¿ESTA INFLUYENDO EN LOS RESULTADOS DE SALUD?

Objetivos

El uso de la mejor evidencia para apoyar la práctica enfermera y la generación de nuevos conocimientos que sustenten esa práctica son los distintivos de excelencia en calidad de cuidados.

El objetivo principal del estudio realizado fue investigar como la aplicación de las conclusiones sobre preguntas realizadas en nuestra práctica clínica CATs (Critically Appraised Topics) aplicados en nuestras unidades médicas pueden mejorar las tasas de estancia hospitalaria sin alterar tasas de mortalidad y reingresos hospitalarios manteniendo la calidad percibida por el paciente.

Material y Métodos

Estudio descriptivo realizado en las unidades PCRON del hospital Donostia que evalúa el resultado de la aplicación de cuidados basados en evidencia CATs

Las intervenciones que se han puesto en marcha son conclusiones de preguntas realizadas a diario en nuestro trabajo respondidas mediante el circuito de EBE y registradas en formato CAT en nuestra base de datos.

Los CATs aplicados a la práctica clínica fueron los aportados en nuestra base de datos IKERE .

Algunas de las intervenciones se enumeran a continuación:

Una estancia hospitalaria mayor >5 días predice reingreso temprano en EPOC reagudizado

La movilización precoz en la neumonía puede disminuir la estancia hospitalaria

El retiro de la sonda vesical a la media noche se asocia con una disminución de la estancia hospitalaria.

Los programas del manejo terapéutico del fallo cardiaco guiados por enfermería, fijados previamente al alta, disminuye la tasa de reingresos, tanto por fallo cardiaco como por cualquier causa.-

El seguimiento telefónico por una EGC podría disminuir de forma significativa los reingresos

Nuestro estudio compara los resultados obtenidos el último año 2012 en las unidades de PCRON de nuestro hospital tras la puesta en marcha las distintas conclusiones basadas en evidencia comparando los resultados con los obtenidos el año anterior a la puesta en marcha de las mismas en una misma población de estudio intentando controlar otras covariables que pudiesen influir en dicho resultado.

Variables de resultado: Se midieron días de estancia hospitalaria anual, mortalidad, reingresos y complicaciones.

Se midió satisfacción del paciente según encuestas de satisfacción realizadas por la dirección del hospital

Resultados

Para medir los resultados se utilizo nuestra herramienta IAmetrics

Los resultados obtenidos en el año 2012 muestran una reducción de 4726 días anuales de ingreso manteniendo tasas de mortalidad similares [-0,5%] y tasas de readmisiones también similares [- 0,8%] así como las de complicaciones [+0,1%]

Discusión

Existen datos que apoyan que la puesta en práctica de conclusiones basadas en la evidencia (CATs) podrían reducir la estancia hospitalaria manteniendo cifras de mortalidad y reingresos así como satisfacción del paciente, con el consiguiente ahorro de recursos que ello acarrearía.

Otras cointervenciones como la mayor motivación y el trabajo realizado por el personal sanitario podrían influir en el resultado pero

estas intervenciones también estarían influenciadas al ver mejores resultados obtenidos de la aplicación de la evidencia a la práctica clínica y entrarían dentro de los resultados de satisfacción de nuestro estudio aunque eso no fue medido.

Estos datos apoyarían la necesidad de realizar un ensayo clínico que compare unidades médicas que aplican cuidados basados en evidencia comparándolas con otras unidades que no los realizan con el fin de demostrar los resultados observacionales de nuestro estudio.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Linda M Mundy, Terry L Leet, Kate Darst, Mark A Schnitzler and William Claiborne Dunagan. Early mobilization of patients hospitalized with community-acquired pneumonia. CHEST 2003; 124: 883 - 889.

Lau A.C.W. Hospitalre-admission in patients with acute exacerbation of COPD. Respir Med 2001; 95: 876-884.

ACW Lau. Respiratory and critical care team. PYNEH3 Lok Man RoadChai WanHong Kong SARPR

Políticas para el retiro de sondas uretrales permanentes a corto plazo en adultosGriffiths R, Fernandez R

Ekaterini Lambrinou, Fotini Kalogirou, Demitris Lamnisis, Panayota Sourtzi. Effectiveness of heart failure management programmes with nurse-led discharge planning in reducing re-admissions: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Nursing Studies 2011; .

Effectiveness of heart failure management programmes with nurse-led discharge planning in reducing re-admissions: a systematic review and meta-analysis.

Lambrinou E, Kalogirou F, Lamnisis D, Sourtzi P.

Int J Nurs Stud. 2012 May;49(5):610-24. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.11.002. Epub 2011 Dec 22. Review.

Mesa de comunicaciones 16: Promoción de la salud

Concurrent session 16: Health promotion

AUTORES/AUTHORS:

Marina Gallego Jiménez, Sabina Cano Muñoz, Almudena Sainz de los Terreros, Bárbara Torres Hernández

TÍTULO/TITLE:

Educación sexual para el aumento de conocimientos de los riesgos derivados de las relaciones sexuales en adolescentes

OBJETIVOS

Objetivo general: corroborar la hipótesis simple de que una intervención de educación sexual, llevada a cabo por enfermería, es efectiva para el aumento de conocimientos en los adolescentes sobre conocimientos adquiridos para la prevención de riesgos para la salud en las relaciones sexuales.

Los objetivos específicos del estudio fueron:

- Conocer la efectividad de una intervención educativa de enfermería para el aumento de conocimientos sobre anticoncepción, conocimientos sobre ITS y conocimientos sobre aborto y embarazo no deseado.
- Conocer la información sobre anticoncepción que tienen los adolescentes y las fuentes de la que obtienen esta.
- Comprobar la importancia del papel de la enfermería comunitaria en la educación sexual.
- Conocer el nivel de información basal sobre anticoncepción, embarazo no deseado y prevención de ITS en las edades de inicio de relaciones sexuales.
- Conocer la incidencia de mantención de relaciones sexuales completas en la población a estudio.
- Conocer las principales vías de información sobre anticoncepción que tienen los adolescentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio analítico cuasi experimental pre-post, y una breve descripción del estado basal, en una población diana de adolescentes entre 15 y 17 años de la ciudad de Madrid.

El ámbito de estudio fueron todos los estudiantes de 4º de la Enseñanza Secundaria Obligatoria, con edades comprendidas entre 15 y 17 años, pertenecientes a los institutos Siglo XXI, y Monserrat, de la Ciudad de Madrid. La edad seleccionada se debió a la edad estimada de inicio de relaciones sexuales con penetración en la actualidad.

El tipo de muestreo fue no probabilístico, por conveniencia con un tamaño muestral de 170 estudiantes.

Las variables medidas fueron edad, sexo, vías de información sobre anticoncepción y práctica o no de relaciones sexuales con cualquier tipo de penetración, para el análisis descriptivo, y las variables medidas para el análisis cuasiexperimental fueron conocimientos adquiridos sobre anticoncepción, conocimientos adquiridos sobre ITS, conocimientos adquiridos sobre aborto y embarazo no deseado, y riesgo para la salud en las relaciones sexuales (variable principal, compuesta por las 3 anteriores).

El tamaño muestral (n) fue de 170 alumnos, en una población de 7050 estudiantes de 4º de ESO de centros de enseñanza secundaria en la ciudad de Madrid. Los centros de enseñanza donde se realizaron los programas educativos fueron escogidos por conveniencia.

Se llevó a cabo un primer contacto telefónico con el centro, donde se informó a la dirección de los objetivos del estudio que se pretendía realizar, garantizando el carácter voluntario y anónimo. Posteriormente tuvo lugar una reunión con la jefatura de estudios y los tutores de los grupos que iban a participar, para informarles de nuestra intención y contenido del programa educativo.

Las sesiones se realizaron por grupos, con un total de 7 grupos a los que se entregó un cuestionario anónimo a cada estudiante de 14 preguntas sobre el conocimiento y utilización personal de métodos anticonceptivos, y sobre los riesgos que acarrear las ETS, embarazos no deseados y abortos. (Anexo 1). Se incluyó a todos los alumnos presentes en el aula, con el fin de mantener la confidencialidad y evitar sesgos de selección. No se excluyó a ningún alumno presente.

Tras la realización del cuestionario, se desarrolló la intervención educativa, con una metodología participativa y con apoyo de material audiovisual estandarizado.

El contenido de las charlas versó acerca del empleo de métodos anticonceptivos y anticoncepción de urgencia, enfermedades de transmisión sexual, y formas de contagio, y riesgos de embarazo prematuro y aborto, dando la posibilidad a los alumnos de poder realizar preguntas libres relacionadas con el tema de forma anónima o directa.

El inicio de dicha intervención se realizó entre el 15 y el 23 de febrero de 2011. Al finalizar esta se repartió el cuestionario por segunda vez, transcurridos 2 meses, para la comprobación de las respuestas tras el programa educativo a los mismos participantes.

La cumplimentación de cuestionarios y las charlas se realizaron en horario escolar, en las horas de tutoría, con una duración de una hora, recibiendo una muy buena acogida por parte del personal docente, directivo y del alumnado. Tanto los cuestionarios como la información proporcionada a los participantes fueron de elaboración propia, basada en datos y estudios previos a la bibliografía existente.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo gracias a los resultados del primer cuestionario y posteriormente se llevó a cabo un estudio analítico cuasi-experimental, comparando la información de ambos test (pre y post).

De las 14 preguntas del cuestionario, 6 construían la variable de conocimientos sobre anticoncepción, 4 la variable de conocimientos sobre ITS y 2 la variable de conocimiento sobre aborto y embarazo no deseado. Las 2 preguntas restantes contestaban a las vías de información y a la práctica o no de relaciones sexuales con penetración.

Para la agrupación y análisis de los datos, se utilizó el paquete estadístico SPSS v.15. Para evaluar las 12 preguntas multirresposta que se utilizaron para la medición de la variable principal, se utilizaron 2 métodos: distinción entre respuestas correctas o incorrectas en aquellas preguntas con una única respuesta correcta y uso de 2 niveles para evaluar los resultados de preguntas con varias respuestas correctas posibles: escaso (<40% de opciones correctas señaladas), adecuado: (>=60%).

RESULTADOS

Se realizó el test de McNemar, para descartar la hipótesis nula de la variable principal a estudio. El valor obtenido de la agrupación de datos de las preguntas que fue de una diferencia proporcional entre p1 y p2 de $d=0,34$ con Error Standard $SE=0,04$, un valor Chi cuadrado = 41,58 con un grado de libertad y valor de $z=7,55$, siendo este valor aproximable a infinito según la tabla de distribución normal, lo que da un valor de $p<0,0001$. De este modo encontramos una diferencia estadísticamente muy significativa entre los resultados de los sujetos antes y después de la intervención, corroborando así la hipótesis principal a estudio de que una intervención de educación sexual, llevada a cabo por enfermería, es efectiva para el aumento de conocimientos en los adolescentes sobre conocimientos adquiridos sobre riesgo para la salud en las relaciones sexuales.

Asimismo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el conocimientos sobre contagio de ITS ($z=8,00$; $p<0,0001$), embarazo no deseado y aborto ($z=5,44$; $p=0,0003$) y métodos anticonceptivos ($z=9,16$; $p<0,0001$) entre los resultados de ambas sesiones.

En cuanto a la incidencia de mantenimiento de relaciones sexuales con penetración en la población estudiada, un 31,18% ($n=53$) La edad media de los individuos fue de 15,76 años y el 53,53% eran mujeres.

En cuanto a los medios de información sobre anticoncepción, las vías más destacadas son los profesores, señalada por el 50,59% ($n=86$) de los sujetos, los padres, señalada por el 49,41 ($n=84$) y los amigos, señalada por el 44,71% ($n=76$). Los siguientes, en orden de mención fueron radio/TV (24,71%; $n=42$), personal sanitario (20,59%; $n=35$), internet 19,41%; $n=33$), revistas/libros (15,88%; $n=27$) y otros (4,71%; $n=8$).

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Se ha conseguido el principal objetivo de corroboración de la hipótesis a estudio, concluyendo que intervención de educación sexual, llevada a cabo por enfermería, es efectiva para el aumento de conocimientos en los adolescentes sobre conocimientos adquiridos sobre riesgo para la salud en las relaciones sexuales, así como los objetivos específicos.

Así, al aumentar los conocimientos de los riesgos de las relaciones sexuales, el papel educativo de la enfermería de prevención primaria podría ayudar a disminuir las prácticas de riesgo en adolescentes, y así a disminuir la morbimortalidad por contagio de ITS, embarazos no deseados y abortos en adolescentes.

Sin embargo, a pesar de existir una mejora de conocimiento general tras la educación sexual, no se ha podido comprobar la evolución en las conductas debido a la falta de seguimiento de la población a estudio. Sería propio comprobar si este aumento de conocimientos implica un cambio a largo plazo en las conductas sexuales de los adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

AUTORES/AUTHORS:

Marta Lima Serrano, Joaquín Salvador Lima Rodríguez, África Sáez Bueno, Gadfi Moh Taguio Allah

TÍTULO/TITLE:

Efecto de un programa escolar en actitudes y conductas sobre áreas de sexualidad, sustancias adictivas y seguridad vial

Objetivo:

El programa Forma Joven (PFJ) se desarrolla en Andalucía, desde un enfoque intersectorial, y con la participación fundamental de la Consejerías de Salud y Bienestar Social y de Educación de la Junta de Andalucía. El objetivo último es un cambio de las actitudes, y comportamientos de adolescentes y jóvenes ante sus problemas de salud, mediante el establecimiento de puntos de atención en los espacios frecuentados por adolescentes (Puntos Forma Joven), donde el Equipo Forma Joven, formado habitualmente por una enfermera del centro de atención primaria de referencia, y el/la orientador/a del IES. , al que se pueden sumar otros agentes sociales y jóvenes que actúan como mediadores, propone el desarrollo de un conjunto de actividades de promoción y educación para la salud. Las principales áreas de intervención son: estilos de vida (alimentación equilibrada y actividad física, consumos adictivos, seguridad vial), sexualidad y relaciones afectivas, salud mental, convivencia entre iguales y prevención de la violencia (2). En el momento de la realización del estudio, existían 845 puntos del programa Forma Joven, 156 situados en la provincia de Sevilla, de los cuales 146 estaban situados en IES de gestión pública.

El objetivo del presente trabajo ha sido evaluar el efecto del programa Forma Joven en actitudes y conductas sobre áreas de sexualidad, sustancias adictivas y seguridad vial, del alumnado de 4º de educación secundaria de la provincia de Sevilla, España..

Metodología:

Estudio cuasi-experimental, con pretest-posttest al inicio del curso y al final del curso 2011-2012, en la evaluación inicial se contó con 402 alumnos y en la evaluación final con 322 alumnos (80.5%), 161 en el grupo experimental (GE) y 161 en el grupo control (GC), seleccionados aleatoriamente por muestreo por conglomerados del listado de grupos de Educación Secundaria de la provincia de Sevilla. Como criterios de inclusión se consideraron la presencia del PFJ en el IES (grupo experimental) versus ausencia del PFJ en el IES (grupo control), y la demarcación geográfica, es decir, pertenencia a población rural (menos de 30000 habitantes), y población urbana (30000 o más habitantes), la pertenencia a IES de gestión pública; que los participantes fueran estudiantes de cuarto curso de ESO, y en el caso de los IES pertenecientes al grupo intervención, que el PFJ estuviera implantado en el centro al menos cuatro años previos al estudio. Se excluyó a alumnos de cuarto de ESO escolarizados en IES de titularidad privada y aquellos que no pudieron cumplimentar el cuestionario por barreras idiomáticas. Se recogió la información con cuestionarios previamente validados para medir variables sociodemográficas, actitudes y comportamientos (2-4), en horario escolar y previo consentimiento informaron. Se utilizaron pruebas de la familia t test, ANOVAs generales para diseños factoriales mixtos 2x2 y tablas de 2x2. En tres fases, en primer lugar se compararon las características de estudiantes que permanecieron en el estudio, y aquellos que los abandonaron, posteriormente se compararon dichas características en la evaluación inicial y, finalmente, se compararon las actitudes y comportamientos en la evaluación final, teniendo en cuenta las puntuaciones obtenidas en la evaluación inicial. Se rechazó la hipótesis nula con riesgo de error 5 % ($p < .05$). Se midió también el tamaño del efecto usando la Odds ratio (OR) (bajo=1.50, medio=3.50, y grande=9.00) y el coeficiente de contingencia (r^2) (bajo=.10, medio=.30 y grande=.50) para las variables con un nivel de medición categórico, el R^2 y R^2 parcial (bajo=.01, medio=.06 y grande=.14) y diferencia de medias estandarizadas (d) (bajo=.20, medio=.50 y grande=.80), para variables cuantitativas (5). El análisis estadístico fue apoyado con SPSS 18.0.

Resultados:

Se han encontrado diferencias en algunas de las variables analizadas, los estudiantes que abandonaron el estudio eran significativamente mayores ($t=3.80$, $p=.000$, $R^2=0.38$), y se observaba una tendencia respecto a una inferior proporción de madres extranjeras en los mismos ($p=0.62$, $r^2=0.11$). Entre los que abandonaron el estudio, el consumo medio semanal de dulces fue

menor ($t=2.20$, $p=.028$, $R^2=0.21$), la proporción de estudiantes que habían mantenido relaciones sexuales completas fue mayor ($X^2(1, 401)= 9.64$, $p=.002$, $r^2=0.15$), obtuvieron una puntuación media menor en la escala de actitud hacia las sustancias adictivas ($t=-2.69$, $p=.007$, $R^2=0.27$), por lo que se puede considerar que dicha actitud fue más desfavorable, la proporción de estudiantes que experimentaron el tabaco ($X^2(1, 401)= 3.92$, $p=.048$, $r^2=0.10$), y consumieron cannabis fue mayor ($X^2(1, 401)= 14.87$, $p=.000$, $r^2=0.19$), la edad promedio de la primera borrachera fue menor ($t=1.60$, $p=.027$, $R^2=0.24$), el consumo de sustancias ($t=2.52$, $p=.013$, $R^2=0.25$), y la frecuencia de alcohol, tabaco y cannabis fueron mayores ($t=2.79$, $p=.006$, $R^2=0.28$), la escala de actitud hacia la seguridad vial obtuvo una puntuación media menor o desfavorable ($t=-2.28$, $p=.024$, $R^2=0.23$), y los comportamientos en el área de la seguridad vial fueron de mayor riesgo ($t=-3.43$, $p=.001$, $R^2=0.35$).

Inicialmente entre GC y GE no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables sexo, edad, etnia, estatus social y funcionalidad familiar.

En la evaluación final se encontró un efecto en el área de sexualidad, así la proporción de participantes que iniciaron sus relaciones sexuales en la evaluación final fue significativamente menor en el GE, 0.09 frente a 0.16, tamaño de efecto bajo ($X^2 [1, 322]=2.86$, $p=.046$, $r^2=0.09$, $OR=1.79$ [95%IC=0.91-3.54]).

También se hallaron contraefectos, en el área de sustancias adictivas la incidencia en la experimentación con tabaco fue significativamente mayor en el GE, 0.11 frente a 0.04, tamaño de efecto bajo ($X^2 [1, 322]=24.55$, $p=.018$, $r^2=0.12$, $OR=2.60$ [95%IC=1.05 -6.45]), además, mientras que se produjo un empeoramiento en actitud hacia las sustancias adictivas en el GE del pretest al postest, ($F [1,160]=4.81$, $p=.030$, $R^2=0.01$), esto no ocurrió en el GC ($F [1,160]=0.90$, $p=.345$, $R^2=0.01$). En el área de seguridad vial, mientras la actitud hacia la seguridad vial mejoró en el tiempo en el GC, en el GE esta empeoró en el tiempo ($F [1, 320]=3.79$, $p=.052$, $R^2=0.00$).

Finalmente, se encontró un efecto principal del tiempo sobre la actitud hacia la sexualidad, $F(1, 322)=39.39$, $p=.001$, $R^2=0.02$, que mejoró significativamente en ambos grupos, y en la frecuencia de consumo de sustancias adictivas, $F(1,320)=19.39$, $p=.000$, $R^2=0.00$, que aumentó del pretest al postest en ambos grupos

Discusión:

Las diferencias encontradas entre los que abandonaron el estudio y los que permanecieron han podido influir en la representatividad de los resultados obtenidos (6-8). Sin embargo, de acuerdo a las investigaciones reseñadas, es frecuente que los participantes que no completan el estudio difieran de los que permanecen en el mismo, en determinadas características sociodemográficas, y en actitudes y conductas desviadas. Estos hallazgos podrían afectar a la validez del estudio, aunque de una forma modesta, pues considerando el hecho de que se trata de un programa escolar, la muestra de estudio tiende a ser representativa para el grupo de adolescentes que regularmente acuden a la escuela (9).

Se han hallado efectos positivos del programa Forma Joven sobre la sexualidad y contraefectos (es decir, efectos favorables al GC) en las áreas de sustancias adictivas y seguridad vial. En todos los casos fueron de baja magnitud y podrían no ser concluyentes. En la evaluación de proceso se dedujo que esta situación podría estar relacionada con deficiencias en la sistematización, y en la implementación del programa, ya que al comparar las características de la promoción de la salud entre aquellos IES que llevaban a cabo el programa y aquellos otros que no lo desarrollaban, se encontró una similitud en los currículos de los estudiantes y en las actividades de promoción de la salud. Además, muchas de las actividades propuestas por el programa Forma Joven, no se llevaban a cabo, tales como la mediación por pares o las intervenciones con las familias, entre otras (10,11).

También se han encontrado efectos del paso del tiempo sobre la actitud hacia la sexualidad, que mejoró, y sobre el consumo de sustancias adictivas, que aumentó, esto último concuerda con lo afirmado en estudios previos sobre la influencia de la edad en el consumo de sustancias (12).

La evaluación del PFJ es fundamental para el proceso de mejora de este programa que se destina a una parte importante de la población andaluza. Los resultados de este estudio pueden tener implicaciones para los administradores y gestores interesados en mejorar el programa Forma Joven, y para futuras investigaciones de intervención y evaluación de las intervenciones de programas

de promoción de la salud y prevención de conductas de riesgo con adolescentes, en las que la disciplina enfermera puede ocupar un papel fundamental.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Escuela Andaluza de Salud Pública Forma Joven: Una estrategia de salud para adolescentes y jóvenes de Andalucía. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2008.
2. Moreno C, Muñoz V, Pérez PJ, Sánchez I, Granado MC, Ramos P, et al. Desarrollo adolescente y salud. Resultados del estudio HBSC-2006 con chicos y chicas españoles de 11 a 17 años. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2006.
3. Lima-Serrano M, Lima-Rodríguez JS, Sáez-Bueno, A. Diseño y validación de dos escalas para medir la actitud hacia la alimentación y la actividad física durante la adolescencia. *Rev Esp Salud Publica*. 2012; 86(3): 253-268
4. Lima-Serrano M, Lima-Rodríguez JS, Sáez-Bueno, A, Cáceres, B. Diseño y validación de escalas para medir la actitud adolescente hacia: sexualidad, sustancias adictivas y seguridad vial ¿se relacionan con los comportamientos? *An. Sist. Sanit. Navar*. 2013; 36(2): 204-215
5. Iraurgi J. Evaluación de resultados clínicos (II): Las medidas de la significación clínica o los tamaños del efecto, *Norte de Salud Mental*. 2009; 29: 94-110.
6. Germeni E, Lionis C, Kalampoki V, Davou B, Belechri M, Petridou E. Evaluating the impact of a school-based helmet promotion program on eligible adolescent drivers: different audiences, different needs? *Health Edu Res*. 2010; 25(5): 865-876.
7. Ringwalt CL, Clark HK, Hanley S, Shamblen SR, Flewelling RL. The Effects of Project ALERT One Year Past Curriculum Completion. *Prev Sci*. 2010; 11: 172-184.
8. Swaim RC, Kelly K. Efficacy of a Randomized Trial of a Community and School-based Anti-violence Media Intervention Among Small-town Middle School Youth. *Prev Sci*. 2008; 9: 202-214.
9. Vitoria PD, Silva SA, De Vries H. Longitudinal evaluation of a smoking prevention program for adolescents. *Rev Saude Pública*. 2011; 45(2): 344-354.
10. Lima M, Neves S, Lima JS. Actitudes de adolescentes hacia la salud: evaluación de un programa escolar de promoción de la salud en Sevilla, España. *Salud Colectiva*. 2012; 8(1): 47-60.
11. Hernández L, Ayudarte ML, Lineros C, Leralta O, Carrasco R, Hernán M. (mayo, 2011). Eficacia de la estrategia "Forma Joven" en la adquisición de conocimientos y actitudes relacionados con la promoción de la salud. Trabajo presentado en el VII Congreso Nacional FECAP, II Congreso Nacional SEAPREMUR de Enfermería Familiar y Comunitaria. Murcia, España.
12. Meneses C, Gil E, Romo N. Adolescentes, situaciones de riesgo y seguridad vial. *Aten Primaria*. 2010; 49(9): 452-462.

AUTORES/AUTHORS:

Isabel Barroso, Maria João Monteiro, Conceição Rainho, Amâncio Carvalho

TÍTULO/TITLE:

Estilo de vida de los estudiantes de enseñanza superior en el norte de Portugal

Objetivos: i) caracterizar el estilo de vida de los estudiantes universitarios en el norte de Portugal; ii) determinar la prevalencia de consumo de tabaco en los últimos 30 días; iii) comparar la media de puntuaciones de los estilos de vida entre los fumadores y no fumadores.

Los estilos de vida, la manera de vivir, opciones que son determinadas por factores sociales, económicos, culturales e ambientales y pueden ejercer un efecto profundo en la salud de los individuos (Ministério da Saúde, 2012) y se caracteriza por patrones de comportamientos identificables por los profesionales de la salud, en particular las enfermeras, que necesitan conocerlos y medirlos en razón de intervenir positivamente en la salud de la comunidad académica, (Rocha, E., 2011). Los estilos de vida son determinantes decisivos para la salud y el bienestar de las personas, bien así de las comunidades y han sido identificados como factores etiológicos de la enfermedad con un impacto en la calidad de vida (Silva, A. Brito, & Amado, J. (2010).

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y transversal. Se utilizó el cuestionario de "Estilo de vida FANTÁSTICO" que fue desarrollado en la Universidad de McMaster por Wilson y Ciliska (1984) y adaptado y validado para la población portuguesa por Silva, Brito y Amado (2010); la palabra "FANTÁSTICO" viene de la sigla FANTASTIC que representa las letras de los nombres de diez dominios evaluados: Familia y amigos, Actividad física, Nutrición, Tabaco, Alcohol y otras sustancias, Sueño y estrés, Tipo de personalidad, Introspección, Conductas de salud y sexualidad y Otras conductas, que permiten medir el estilo de vida, a través de respuesta a 30 preguntas en una escala de Likert, que oscila entre 0 y 2, para obtener un valor total se añaden la puntuación de las cuestiones y se multiplica por dos, que puede variar entre 0 y 120, o sea, cuanto más alta es la puntuación mejor es el estilo de vida. Este cuestionario se aplicó a una muestra de 178 estudiantes que asisten al tercer curso de diversas áreas, con previa aprobación del comité de ética. Para el tratamiento de los datos se utilizó el programa SPSS (versión 20.0), se calculó estadística descriptiva, el alfa de Cronbach para medir la consistencia interna del cuestionario, para comparación de medias de las puntuaciones de estilo de vida entre dos grupos, se utilizó la prueba t Student.

Resultados: En este estudio con una muestra de 178 estudiantes, 114 (64,0%) eran hombres y 64 (36,0%) mujeres. La edad media fue de 22,6 años (de=6,2). La consistencia interna evaluada mediante el alfa de Cronbach fue de 0,781. En cuanto al estilo de vida de los estudiantes, 81 (45,5%) presentaron un estilo de vida muy bueno, con una puntuación en el cuestionario FANTÁSTICO entre 85 y 102, siguiéndose un estilo bueno 49 (27,5%) que obtuvieron entre 73 y 84 puntos, todavía 39 (21,9%) presentaron un estilo de vida bajo con una puntuación entre 47 y 72 y solo 1 (0,6%) mostró una puntuación debajo de 46 puntos que se refiere a un estilo mucho bajo. Se releva que 8 (4,5%) presento un estilo de vida Fantástico, con puntuaciones entre 103 y 120. Cuando se analizó la comparación de estilo de vida entre los géneros, no se observaron diferencias. La prevalencia de consumo de tabaco en los últimos 30 días fue de 65 (36,1%) y los que fumaban presentaron una puntuación media de estilo de vida significativamente inferior 78,6, comparativamente con los que refirieron no haber fumado 86,0 (t=3,670; p<0,01).

Discusión: La prevalencia de consumo de tabaco referida por los estudiantes fue similar a encontrada en otro estudio (Franca & Colares, 2008). De los estudiantes que participaron, 50% tienen un estilo de vida - muy bueno y fantástico, pero 21.9% reportó un bajo nivel de estilo de vida. Se observó una media significativamente inferior en el estilo de vida en los estudiantes que fumaban. Luego se evidencia la necesidad de adoptar estrategias de intervención basada en la promoción de la salud, específicamente las conductas y estilos de vida saludables, se debe incrementar entre los estudiantes de la enseñanza superior en Portugal, como un proceso de mejora de la salud y el bienestar de los estudiantes. Esta etapa de la vida se caracteriza por una mayor autonomía, se establecen nuevas relaciones, nuevos amigos, proporcionando refuerzo de comportamientos anteriores y adquisición nuevas

conductas, que pueden adoptar para el resto de su vida o mantenerlos el tiempo suficiente para influir en su salud (Faria, 2012; Santos Alves, 2009; Cabrita et al, 2004). También los estudiantes de la enseñanza superior se encuentran en una transición entre la adolescencia tardía y la edad adulta temprana y que se traduce en la consolidación de la identidad personal y social, el desempeño de roles laborales y familiares, (Andrade, 2010).

Con respecto a promoción de la salud, en la intervención de enfermería se utilizara la investigación-acción, los propios estudiantes desarrollaran programas de educación, en el sentido de tomar la responsabilidad de participar en la solución de sus problemas. La investigación-acción participativa en salud ha demostrado una aproximación a la investigación en colaboración, para asegurar y establecer la participación de las comunidades afectadas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Andrade, C. (2010) Transição para a idade adulta: das condições sociais às implicações psicológicas. *Aná. Psicológica* [online], 28 (2), 255-267. ISSN 0870-8231.
- Cabrita, J., Ferreira, H., Iglésias, P., Baptista, T., Rocha, E., Silva, A.L. & Miguel, J.P. (2004). Patterns and determinants of psychoactive drug use in Lisbon University students – a population-based study. *Pharmacy World and Science*, 26, (2), 79-82.
- Franca, C. & Colares, V. (2008). Comparative study of health behavior among college students at the start and end of their courses. *Rev Saúde Pública*;42(3).
- Ministério da saúde (2012). Glossário Temático de Promoção da Saúde. Secretaria-Executiva - Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 49 pp.
- Rocha, A.M.R. (2011). Álcool e Substâncias Psicoativas no estudante universitário. Dissertação de Mestrado em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, apresentada à Universidade de Aveiro, Departamento de Educação.
- Santos-Alves, V. & Severo-Santos, J.F. (2009) Perfil do estilo de vida relacionado á saúde dos acadêmicos da Unicentro, Campus Irtati, PR. *Revista Digital* [online], 13 (129)
- Silva, A., Brito, I. & Amado, J. (2011). "Estilo de Vida e Índice de Massa Corporal de uma População de Jovens Estudantes do Ensino Superior", *Revista Portuguesa de Cirurgia*, 68–69.
- Wilson, D. M. C. & Ciliska, D. (1984). Lifestyle Assessment: Development and Use of the FANTASTIC Checklist. *Can Fam Physician*, 30, 1527-1532.

AUTORES/AUTHORS:

Ana María Romero Brioso, Carmen Sánchez Ocaña, María Jesús Albar Marín, Miguel Zarzoso García

TÍTULO/TITLE:

Exploración de recursos para un desarrollo positivo en adolescentes de una zona de transformación social de Sevilla.

INTRODUCCIÓN:

La investigación sobre salud mental en adolescentes se ha centrado fundamentalmente en el modelo de déficit, que parte de una visión negativa de los jóvenes y en el que se destacan las dificultades sobre las fortalezas. Desde este enfoque se define la salud por la ausencia de trastornos o conductas de riesgo. Sin embargo, en los últimos años se ha observado que una adolescencia saludable y una adecuada transición a la adultez requieren algo más que la ausencia de comportamientos de riesgo y precisa la consecución de una serie de logros evolutivos. Así, se propone el enfoque del modelo de desarrollo positivo que adopta una perspectiva centrada en el bienestar y pone énfasis en las condiciones saludables que el entorno proporciona al adolescente en desarrollo (1). Introduce el concepto de activos para el desarrollo, entendidos como aquellos recursos personales, familiares, escolares o comunitarios que proporcionan el apoyo y las experiencias necesarios para la promoción del desarrollo positivo en la adolescencia (2). Desde este enfoque se enfatiza que la potencialidad para el cambio de conducta es una consecuencia de las interacciones entre la persona en desarrollo y su familia, comunidad y cultura en la que está inmersa. Por lo tanto, permite intervenir no solo para la prevención de conductas de riesgo, sino también para la promoción de conductas positivas (3). Dado que el área de salud mental del programa Forma Joven es el menos desarrollado por las enfermeras comunitarias, en este trabajo pretendemos explorar que activos o recursos tienen los y las adolescentes en distintas áreas (personal, familiar, escolar y comunitario), para diseñar estrategias de apoyo en aquellas que sean más deficitarias.

OBJETIVO:

Explorar los activos para el desarrollo positivo que tiene el alumnado de cuarto de secundaria de un I.E.S. situado en una zona de transformación social de Sevilla.

METODOLOGÍA:

- Diseño: Estudio descriptivo, transversal con técnicas cuantitativas y cualitativas.
- Participantes: 18 alumnos/as de 4º de Secundaria del Instituto IV de Sevilla (población total).
- Instrumentos: Registro de datos socio-demográficos del alumnado: edad, sexo, estatus inmigrante o autóctono y número de personas que trabajan en el núcleo familiar. A continuación se describen las escalas utilizadas para medir las variables en función de las áreas a explorar.
 - a) Recursos personales: se midió la autoestima, satisfacción vital y optimismo.
Escala de autoestima de Rosenberg (1965) (4), que consta de 10 ítems que se responden en un formato de escala Likert con cuatro opciones de respuesta, desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo
Escala de Satisfacción Vital (Huebner, 1991) (5), consta de 7 ítems que se responden en un formato de escala Likert con siete opciones de respuesta desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo.
Escala para la Evaluación del Optimismo: adaptación de la escala General Mood Subscale (Bar-On, R, 2000) (6). Evalúa el estado de ánimo -optimismo y felicidad de los niños/as y adolescentes. Consta de 8 ítems que se responden de 1 a 5, en función de la frecuencia con que se experimenta cada una de las afirmaciones.
 - b) Recursos escolares: se exploró la relación con los compañeros/as y la percepción del clima del centro.

Escala de percepción del clima y del funcionamiento del centro educativo desde la perspectiva del alumnado (Oliva et al. 2008) (7). Consta de 30 ítems que recogen información sobre los sentimientos que tiene el alumnado de vinculación con el centro educativo, de pertenencia y de satisfacción, y la valoración del apoyo percibido por parte del profesorado. También se recoge la percepción del alumnado sobre las oportunidades positivas para su desarrollo socio-personal, valoración de los recursos e instalaciones del centro como oportunidades, oferta de actividades dirigidas a los adolescentes, y finalmente, la percepción de la influencia en la vida del centro o la percepción de fomento de la participación del alumnado.

c) Recursos familiares:

Escala para la evaluación del estilo educativo de padres y madres de adolescentes (Oliva, A., Parra, A., Sánchez – Quejía, I. y López, F (2007) (8). Consta de 41 ítems y mide afecto y comunicación, promoción de autonomía, control conductual, control psicológico, revelación y humor.

d) Recursos del Barrio:

Escala de valoración del barrio (Oliva et al. 2007) (9). Esta escala consta de 22 ítems y mide las siguientes dimensiones: empoderamiento de la juventud, apego al barrio, seguridad, control social y actividades para jóvenes.

La información recogida con las escalas se complementó con la obtenida mediante la realización de grupos de discusión de 9 alumnos. Se utilizaron situaciones estímulos relacionadas con los recursos en las distintas áreas de desarrollo, para que expresaran sus opiniones sobre las mismas.

- Recogida de datos: Se realizó de Enero a Junio de 2013.

- Análisis de la información. Los datos cuantitativos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS 20.0. La información cualitativa fue sometida a un análisis de contenido.

- Aspectos éticos: la información fue recogida previa firma del consentimiento informado de los participantes.

RESULTADOS:

La edad media del alumnado en un rango de 15 a 18 años, es de 16.06. El 50% son chicas y un 27.8% son de estatus inmigrante.

En el 37.5% del alumnado trabaja la madre; el 25% el padre; el 31.3% trabajan los dos y, en el 6.3% no trabaja ninguno.

En cuanto a los recursos que tiene el alumnado en las distintas áreas, se obtuvieron los siguientes resultados del total de la muestra:

a) A nivel personal, en Autoestima, el 50% se encuentra por debajo del centil 50 y de este, el 38,89% en un centil inferior a 30.

Respecto a la satisfacción vital, el 61,1% se sitúa en un centil por debajo de 50, y de estos, un 55,56% en uno <25. Es destacable que la mayoría que obtienen puntuaciones bajas son autóctonos, pues sólo 2 inmigrantes muestran una baja satisfacción vital. En relación con el optimismo, el 55,56% obtienen un centil <50 y de ellos, el 38,89% se sitúa en centiles <30.

b) A nivel familiar, en la dimensión Afecto y Comunicación, el 77,78% se encuentra en centiles muy bajos, predominando puntuaciones por debajo del centil 5. En control conductual el 61,1% presentan centiles por debajo de 50. En control psicológico, el 44,4% presenta centiles superiores a 50. En autonomía y humor el 66,67% muestra centiles <50.

c) A nivel escolar, por debajo del centil 50, se encuentra el 66,67% en la percepción del clima escolar, el 44,4% en vínculos con el centro y, un 38,89% en claridad de normas y valores. Por encima del centil 50, se sitúa el 66,67% respecto al empoderamiento.

d) En la valoración del Barrio, por debajo del centil 50, se encuentra el 55,56% en relación con el empoderamiento, y el 66,67% en el

apego al barrio, el 44,4% en la seguridad de su barrio y, respecto al control social el 72,22%. El 38,89% sitúa también a las actividades del barrio en centiles menores a 50.

Las opiniones del alumnado en los grupos de discusión confirmaron algunos de los resultados cuantitativos.

- Activos personales. En los grupos de discusión se reflejaron los déficits en habilidades de comunicación, de resolución de conflictos, asertividad, empatía y de manera muy llamativa de autocontrol y tolerancia a la frustración, manifestadas a través de las relaciones interpersonales.
- Medio familiar. Muchos alumnos demandan mayor interés por sus problemas, por parte de los padres y una minoría prefiere pasar desapercibida en estos casos. Además rechazan el interés de los padres hacia sus actividades de ocio, percibiéndolo como una invasión a su vida privada. También manifiestan de forma mayoritaria que les gustaría que sus opiniones fuesen tenidas en cuenta y se inhiben en demostrarlas, al creer que no son importantes para otros miembros de la familia. Ante discusiones entre los padres la mitad del grupo expresa una actitud de alejamiento.
- Entorno escolar. Algunos señalan que los profesores deben centrarse en los alumnos con interés por el aprendizaje, otros que deberían dedicar más esfuerzo a los alumnos desmotivados. A nivel del centro educativo indican que debería tener un horario de apertura mayor, para utilizarlo también en actividades recreativas.
- En el barrio. Expresan que su barrio no es perfecto ya que es frecuente encontrar cristales rotos, sangre, policía vigilando, aunque también indican que se adaptan a vivir allí pues han visto peleas peores en otros lugares. Refieren que a los niños del barrio no les suele pasar nada porque los drogadictos los respetan, pero sí conocen a personas que salen del barrio para ir a otros, a cometer actos de vandalismo. La opinión de uno de los chicos inmigrantes es positiva respecto a la seguridad al compararla con la de su país.

Respecto a los recursos de ocio que ofrece, manifiestan que es aburrido porque no hay nada que hacer ni nadie por las calles por la tarde. Sus actividades se refieren a jugar a la pelota, irse de "botellona" o salir con los amigos a dar vueltas. Otros prefieren no salir por el barrio o ir de discotecas a otras zonas. Indican que la droga es muy accesible para todos.

Les gustaría que hubiera una piscina; más tiendas, sobre todo de ropa, parques y campos de juego, así como mejores comunicaciones pues falta metro y sebi©. Otros piensan que no pueden poner nada nuevo pues construyeron un parque y lo destrozaron.

CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA:

De acuerdo a los resultados obtenidos, el alumnado presenta deficiencias en todas las áreas exploradas.

A nivel personal, las dimensiones evaluadas se muestran en unos valores bajos en relación con el grupo normativo de referencia. En el grupo estudiado hay que señalar que los alumnos inmigrantes presentan centiles superiores a los autóctonos en satisfacción vital. Por otra parte, destacar que la familia y el barrio no son percibidos como activos para el buen desarrollo en un porcentaje importante de alumnos. Sin embargo, el centro escolar es percibido por una mayoría como facilitador del empoderamiento, al ofrecerles oportunidades para el desarrollo de sus capacidades.

Aunque se trata de una muestra pequeña, la evaluación cualitativa ha servido para confirmar datos cuantitativos y aportar una mayor concreción a las dificultades para un desarrollo saludable

El acercamiento que hemos realizado al modelo de desarrollo positivo puede ser de gran utilidad para mejorar las actuaciones de promoción y prevención de la salud mental llevada a cabo desde el Programa Forma Joven. Permite identificar áreas susceptibles de mejora para un desarrollo saludable e intervenir desde las fortalezas que tiene el alumnado.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Benson, P.L., Scales, P.C., Hamilton, S.F. y Sesman, A. Jr. (2006). Positive youth development: Theory, research and applications. In R.M. Lerner (Ed.), Theoretical models of human development. Volume 1 of Handbook of Child Psychology (6th ed., pp. 894–941). New Jersey: Wiley.
- (2) Scales, P. C. y Leffert, N. (1999). Developmental assets: A synthesis of the scientific research on adolescent development. Minneapolis, Minnesota: Search Institute.
- (3) Lerner, R. M., Lerner, J. V., Almerigi, J. y Theokas, C. (2005). Positive youth development: A view of the issues. *Journal of Early Adolescence*, 25, 10-16.
- (4) Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- (5) Huebner, E. S. (1991). Further validation of the Students Life Satisfaction Scale: The independence of satisfaction and affect rating. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 9, 363-368.
- (6) Bar-On, R. y Parker, J.D.A. (2000). *The Bar-On Emotional Quotient Inventory: Youth Version (EQ-i:YV): Technical manual*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- (7) Oliva, A., Hernando, A., Parra, A., Pertegal, M.A., Ríos, M. y Antolín, L. (2008). Escala de percepción del clima y del funcionamiento del centro educativo desde la perspectiva del alumnado. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía.
- (8) Oliva, A., Parra, A., Sánchez-Queija, I. y López, F. (2007). Escala para la evaluación del estilo parental. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía.
- (9) Oliva, A., Parra, A., Sánchez-Queija, I. y López, F. (2007). Escala de valoración del barrio. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

AUTORES/AUTHORS:

Antonia Sánche-Pajares Romero, Silvia López Reyes, Carmen M^a Ballesteros García, M^a Lourdes Inglés Sanz, Ester Armajach Cano, Regina Rabell Torné

TÍTULO/TITLE:

¿Cómo abordan los padres el consumo del tabaco en sus hijos adolescentes?

El objetivo principal que nos hemos planteado en este estudio ha sido conocer como afrontan los padres el consumo de tabaco en sus hijos adolescentes de doce y trece años que inician Primero de Educación Secundaria Obligatoria en el año 2010. Para ello lo hemos desglosado en cuatro objetivos específicos, siendo el primero averiguar si los padres creen que existe el hábito tabáquico en sus hijos y/ o amigos; a continuación hemos querido valorar la Educación para la Salud que ofrecen a sus hijos en prevención y atención precoz. El tercer objetivo que nos hemos propuesto ha sido conocer qué conocimientos tienen los padres en tabaco y adolescencia y por último saber qué piensan los padres sobre el tabaco y la legislación vigente.

METODOLOGÍA

El ámbito de estudio fueron los dos Institutos de Estudios Secundarios (I.E.S.) de Calafell (Camí de Mar i La Talaia).

El tipo de diseño utilizado fue observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Los participantes se escogieron por muestreo por conveniencia en una población (N) = 247 padres de alumnos.

La muestra estimada para el estudio fue (n) = 80, para una precisión del 9% (dado que se había utilizado en estudios similares anteriores)², un nivel de confianza del 95% y una proporción estimada del 50%.

Las variables de estudio se describieron como:

Cuantitativa discreta: edad.

Cualitativa dicotómica: sexo

Cualitativas politómicas: fumadores en el núcleo familiar; ayuda en la toma de decisiones; valores/conductas transmitidas; creencias sobre si: su hijo fuma, el tabaco es una droga, las compañías y actitudes influyen; factores predisponentes: amigos fumadores, reforma educativa y droga legal; conocimientos: efectos adversos, donde se trata el consumo y asignatura de ciudadanía.

El instrumento utilizado fue la encuesta ad hoc elaborada por grupo investigador (un miembro es enfermera pediátrica y responsable del Programa Salut i Escola y otro miembro es responsable del Programa de Ajuda al Fumador y del Programa Salut i Escola), revisada por expertos en tabaquismo de l'Equip de Prevenció de Drogodependències de Tarragona y el Director de l'Agència de Salut Pública dels Serveis Territorials de Tarragona, autoadministrada, anónima y voluntaria a grupo cautivo en la primera reunión de padres del curso escolar, previa autorización de la Dirección del Centro.

El análisis estadístico se realizó mediante el Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v.17 mediante cálculo del estadístico descriptivo (media) y el cálculo de frecuencias (porcentajes válidos).

RESULTADOS

La edad media de los encuestados es de 35.7 años, de los que un 76.3% son mujeres. Un 65.6% que afirma que hay algún fumador dentro del núcleo familiar.

Los padres creen que su hijo no fuma en un 92.5%; que las compañías no influyen en un 67.7% y que su actitud ante el tabaco influye en sus hijos en un 47.3%. El 86% de padres considera la confianza y la comunicación como valores y/o conductas decisivas en la prevención del consumo de tabaco en sus hijos y el 82.8% les hace saber su opinión sobre el tabaco.

El 67.7% de padres dice conocer los síntomas de consumir tabaco en la adolescencia y el 53.8% de estos los identifica correctamente. El 80.6% de los padres enseña a los hijos a responder frente a presiones sociales. El 51.6% piensan que el tabaco está relacionado con las drogas.

El 58.1% opina que puede favorecer su consumo entre los jóvenes por ser una droga legalizada y un 69.9% como consecuencia de la reforma educativa. El 59.1% de los padres no conoce la asignatura de ciudadanía educativa (en la que es probable que se comenten este tipo de temas) y el 49.5% no sabe donde dirigirse para la prevención y el tratamiento del tabaquismo en la adolescencia.

DISCUSIÓN

Nos llama la atención que casi la totalidad de los padres cree que su hijo no fuma, cuando en anteriores estudios se habían encontrado resultados que indicaban que la edad de comienzo del hábito tabáquico se sitúa entre los diez y los once años en ambos sexos, siendo la moda a los trece años².

Según el informe FRESC (Factors de Risc en Estudiants de Secundària) en general tanto en chicos como en chicas y para todos los grupos de edad se detectó una tendencia decreciente en el consumo de tabaco. Pero en chicos de segundo de E.S.O. (Educación Secundaria Obligatoria), se observó un pequeño aumento, aunque no significativo, del consumo de tabaco, tanto regular como diario entre el 2004 y el 2008 ³.

Más de la mitad de los padres encuestados creen que las compañías no influyen. En referencia al consumo de tabaco en el núcleo familiar, al igual que concluye en el estudio "Prevalencia del consumo del tabaco en adolescentes. Influencia del entorno familiar"¹, consideramos que la familia ejerce un papel fundamental. Observamos el bajo porcentaje de encuestados que no dan importancia a su actitud como patrones de aprendizaje en sus hijos. Señalamos que un elevado porcentaje de los padres no considera que el tabaco sea una droga y desconoce la materia de ciudadanía. Más de la mitad cree que la legislación vigente potencia su consumo y casi las tres cuartas partes de encuestados que la reforma educativa lo favorece. Dos tercios creen conocer los síntomas pero sólo la mitad de estos los identifica correctamente. Para consultar sobre el tema únicamente la mitad sabría donde dirigirse. Recalcamos dos factores protectores importantes para el consumo de tabaco en adolescentes como son que la mayoría de padres consideran la confianza y la comunicación como valores o conductas decisivas en la prevención del consumo de tabaco en sus hijos y también que la mayoría de los padres enseña a los hijos a responder frente a presiones sociales. Resultado que contrasta con el trabajo "Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia" en el que afirman que la adolescencia es una etapa decisiva en la adquisición y consolidación de los estilos de vida, ya que se consolidan algunas tendencias comportamentales adquiridas en la infancia y se incorporan otras nuevas provenientes de dichos entornos de influencia. La escasa presencia física o accesibilidad de los padres y la falta de supervisión de éstos, acompañada por una ausencia de comunicación con los hijos en relación con las actividades de la vida diaria, se asocian a una mayor tendencia a relacionarse con iguales conflictivos y a realizar conductas de riesgo o de carácter antisocial⁴.

Así pues, como resultado de los datos bibliográficos encontrados y de los resultados del estudio podemos concluir que el foco de atención en el consumo de tabaco en adolescentes tiene que centrarse en etapas previas a las que actualmente venimos desarrollando en el Área Básica de Salud (trece-catorce años) y las actuaciones tienen que ir encaminadas no únicamente a los adolescentes, sino también a sus familias. Por tanto los programas de prevención de esta conducta se tienen que modificar incorporando de alguna manera a padres y madres como participantes de dichos programas.

Además nos preguntamos si la visión y creencias que tienen los padres respecto al tema es la misma que tienen y perciben sus hijos, por eso estamos llevando a cabo un segundo estudio en el que pretendemos comparar resultados entre padres y hijos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Aburto M, Esteban C, Quintana JM, Bilbao A, Moraza FJ, Capelastegui A. Prevalencia del consumo de tabaco en adolescentes Influencia del entorno familiar. *Anales de Pediatría* . 2007; 66(4):367-66.
- (2) Alcalá M, Azañas S, Moreno C, Gálvez L. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes, estudio de dos cortes. *Medicina de Familia* .2002; 2:81-87.
- (3) Nebot M, Pérez A, Gacía-Continente X, Ariza C, Espelt A, Pasarín M et al. Informe FRESC 2008. Resultats principals. Barcelona: Agencia de Salut Pública de Barcelona, 2010.
- (4) Rodrigo MJ, Máiquez ML, García M, Mendoza R, Rubio A, Martínez A et al. Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*. 2004; 16(2):203-210.

AUTORES/AUTHORS:

SAGRARIO CHACÓN GARCÉS

TÍTULO/TITLE:

ACTIVIDAD FÍSICA Y FACTORES DE RIESGO DE LA POBLACIÓN ADULTA JOVEN VS MADURA: REGISTROS DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMA

INTRODUCCIÓN

En Atención Primaria los programas de salud se han desarrollado principalmente en los últimos años en torno al Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) infantil y adulto maduro, en torno al Programa Salud y Escuela, a la mujer gestante, a la tercera edad y a la atención usuarios adultos con las patologías más frecuentes como son la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la obesidad, el tabaquismo, el alcoholismo, problemas psiquiátricos, Cáncer de mama. Pero el adulto joven, en principio, no está incluido en programas específicos.

El adulto joven se encuentra, en un periodo de transición en la vida, donde se pasa del final de la infancia y adolescencia a la plenitud adulta. Los problemas de salud que pueden aparecer en la edad adulta, la más larga en la vida de la persona (unos 40 años), varían si se trata de un adulto joven o maduro. En varios estudios donde se observaron la relación entre los estilos de vida de los individuos y la incidencia posterior de la enfermedad y de la muerte, demostraron que en la madurez más de la mitad de los casos de fallecimiento y de enfermedad tenían relación con factores del estilo de vida y no con la edad (1). La morbilidad en el adulto joven está relacionada con los factores sociales de estilo de vida sedentaria, dietas desequilibradas y consumo de tabaco y alcohol, por lo que es necesario establecer factores y conductas de protección para prevenir los factores de riesgo (2).

Según la evaluación del riesgo cardiovascular en la población española en el 2004, casi la mitad de la población adulta española presentaba al menos un factor de riesgo cardiovascular importante: hipertensión, tabaquismo, colesterol alterado, sobrepeso, sedentarismo o diabetes (3). Muchos de estos individuos desconocían la presencia de los mismos o no recibían tratamiento o carecían de un buen control. Por tanto, concluía que mejorar el grado de conocimiento, tratamiento y control de estos factores de riesgo podría contribuir sustancialmente a reducir la magnitud de la enfermedad cardiovascular como problema de salud pública. Como enfermeras de Atención Primaria tenemos la percepción de que solo un pequeño porcentaje de la población comprendida entre 18 y 30 años acude a la consulta de enfermería para hacerse un control rutinario. La mayoría de los jóvenes tiene buena percepción de salud y su concepto de prevención en cuanto a la salud parece estar ausente. En general los jóvenes sólo acuden al centro de primaria cuando se encuentran mal ya sea por padecer la gripe, una torcedura, una herida, etc, pero inusualmente acuden para revisiones de salud. Con el fin de determinar la dimensión del problema y poder realizar posteriormente actividades preventivas y promoción de la salud en la población joven se decidió llevar a cabo un estudio de los registros de enfermería en este grupo de población. La hipótesis de este trabajo se basó en que las enfermeras tenemos información sobre la actividad física (AF) y factores de riesgo (FR) de la población adulta madura y tercera edad pero desconocemos esta información sobre el adulto joven.

OBJETIVO:

El objetivo principal fue comprobar la escasez de registros de enfermería sobre la Actividad Física y los Factores de Riesgo de la población Adulta Joven (18-30 años). Los objetivos específicos fueron: 1) Analizar la existencia de registros de enfermería sobre la población adulta según la edad; 2) Valorar la diferencia de registros de enfermería entre los Adultos Jóvenes y el resto de adultos.

MÉTODO:

Se llevó a cabo, en primer lugar, un estudio descriptivo-retrospectivo de los datos electrónicos registrados por enfermería en el programa (GoWinAp) del Centro. Posteriormente se realizó un análisis comparativo de los registros sobre los usuarios jóvenes y el resto de usuarios adultos.

La población de estudio estuvo formada por los usuarios adultos asignados al Área Básica de Salud de Calafell. Como muestra se

tomaron todos los usuarios adultos (mayores de 15 años) que asistieron a la consulta de enfermería entre los años 2008 y 2010, por lo tanto se trata de una muestra representativa de la población de Calafell.

Se tomaron como variables sociales el sexo y la edad, que se recodificó en cinco categorías: 15-17 años, 18-30 años, 31-45 años, 45-60 años y mayores de 61 años. Como variables de los FR: tabaco (Fum), bebedor de riesgo (Enol), hipertensión arterial (HTA), dislipemia (DL), obesidad (Ob), diabetes mellitus (DM), presión arterial sistólica (PAS), presión arterial diastólica (PAD), índice de masa corporal (IMC), Glucemia (Glu); como variables sobre la realización de AF: AFdoméstica o laboral, AFtiempo libre, frecuencia, estado de cambio, tipo de consejo sobre AF, sedentarismo; como variable del Proceso de Atención de Enfermería se tomó la Gestión de Salud (GS). El método de medida fue: REGISTRO- NO REGISTRO.

Antes de realizar el estudio, se solicitaron los permisos a Coordinación, a Dirección de Enfermería y a la Comisión Ética y de Investigación Interna. Una vez concedidos se procedió a realizar la recogida y análisis de datos. Para ello previamente se realizó una explotación de los datos del programa de registro clínico Go-Win-Ap de la empresa Consorci de Serveis Bàsics de Salut. Se recogieron todos los datos por cada uno de los diez cupos de enfermería de adultos. Se exportaron en formato Excel y se trasladaron al programa SAS. El análisis estadístico fue realizado por el Servicio de Estadística de la UAB (Universidad Autónoma de Barcelona) con el software: SAS v9.2, SAS Institute Inc., Cary, NC, USA. Las decisiones estadísticas se realizaron tomando como nivel de significación el valor 0,05. Se obtuvieron tablas de frecuencias y se utilizó la prueba de homogeneidad de distribuciones discretas adecuada (Test Ji-Cuadrado). Se realizó un análisis descriptivo, por grupos de edad, de los registros sobre FR, AF y GS para cada una de las diez enfermeras por separado y se compararon las tasas de registros con el grupo de edad de 18 a 30 años.

RESULTADOS:

Los resultados mostraron una población adulta asignada a enfermería de 18.515 usuarios adultos, de la cual 2,3% tenía 15-17 años; 18% de 18-30 años; 32,4% de 31-45 años; 21,3% de 46-60 años y el 26% >60 años.

La ratio enfermera-paciente en 2010 era de 1:1.850, con tendencia al alza.

Las tasas de variables registradas para el grupo de edad de 15-17 años sobre los FR fueron: 14,18% Fum; 13% Enol; 2,36% HTA; 1,18% DL; 15,36% Ob; 1,18% DM; 7,56% PAS/PAD; 5,2% IMC; 0% GLU.

Las tasas de variables registradas para el grupo de edad de 18-30 años sobre los FR fueron: 32,23% Fum; 35,73% Enol; 8,55% HTA; 7,83% DL; 11,47% Ob; 7,14% DM; 13,22% PAS/PAD; 6,89% IMC; 0,4% GLU. La tasa de registros sobre Actividad Física en el grupo de jóvenes fue de 0,21%.

Las tasas de variables registradas para el grupo de edad de 31-45 años sobre los FR fueron: 48,22% Fum; 43,44% Enol; 14,39% HTA; 14% DL; 14,82% Ob; 11,58% DM; 20,33% PAS/PAD; 9,31% IMC; 1,24% GLU.

Las tasas de variables registradas para el grupo de edad de 46-60 años sobre los FR fueron: 71,96% Fum; 56,46% Enol; 31% HTA; 30,66% DL; 27,4% Ob; 22% DM; 39,73% PAS/PAD; 13,64% IMC; 7,52% GLU.

Las tasas de variables registradas para el grupo de edad >60 años sobre los FR fueron: 72,15% Fum; 70,18% Enol; 52,88% HTA; 41,73% DL; 38,92% Ob; 35,74% DM; 63,96% PAS/PAD; 15,76% IMC; 15,8% GLU.

Se registró la Gestión de Salud en un 36,17% de la población adulta de todo el ABS.

En proporción al resto de adultos mayores de 31 años, el grupo de Adulto Joven tenía un 31,96% menos de registros sobre tabaco, un 19,89% menos sobre el alcohol, un 22,81% menos sobre HTA, un 19,65% menos sobre DL, un 10,67% menos sobre Ob, un 15,09% sobre DM, un 26,5% menos sobre PAS/PAD, un 5,68% menos sobre IMC y un 7,26% menos sobre GLU. Se observaron diferencias estadísticamente significativas (p -valor < 0,0001). En los grupos de edad más jóvenes había menos información registrada sobre todas las variables para los 10 cupos de enfermería, excepto para la variable IMC, donde no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los jóvenes y adultos mayores en los cupos Enf 4, Enf 9 y Enf 10.

DISCUSIÓN

El 100 del personal enfermero registraba en el Curso Clínico y había realizado algún diagnóstico enfermero, dato que contrasta con un estudio donde se valoró la utilización de los Diagnósticos de enfermería en AP (4) donde el 75,5% de las enfermeras había

realizado algún Diagnóstico de enfermería.

Aunque en el Curso Clínico los registros de enfermería se cumplieron prácticamente al 100%, se observó un menor registro en las pestañas del programa referentes a presencia/ausencia de Factores de Riesgo y Actividad Física. Además, estas pestañas también eran registradas por el médico de familia, por lo tanto, tan sólo se puede asegurar la actuación de la enfermera en las variables IMC, GLU y Gestión de Salud.

A pesar de que se han hallado numerosos artículos en referencia a registros de enfermería en el ámbito hospitalario y respecto a diagnósticos de enfermería en AP, coincidiendo con Navarro V, 2009 (5), no se ha encontrado información de las CCAA de algunos indicadores asistenciales utilizados habitualmente en AP, como la detección de Factores de Riesgo. Tampoco en cuanto a los registros de la presencia o ausencia del Factor de Riesgo (Si/No) como se ha llevado a cabo en este estudio. El programa Go-Win-AP permite el registro tanto del FR-Si como del FR-No, con lo cual se puede comprobar si se ha valorado o, por el contrario, está pendiente de valorar, aunque posteriormente pueda variar.

El grupo de edad de 15-17 años ha presentado en la mayoría de los cupos una ausencia de datos del 100%, de lo que se desprende que estos usuarios no hacen uso de los servicios de Atención Primaria.

En cuanto al registro de los FRCV, en un estudio para evaluar la efectividad de una intervención conjunta entre niveles asistenciales AP-Salud mental para mejorar la información de los FRCV en la HC, se obtuvo una mejora del registro del FRCV (6). Por lo tanto, se podría plantear a nivel de AP una intervención de refuerzo para mejorar los registros estudiados.

De este estudio se desprende que el usuario joven no acude a la consulta, por lo que debemos buscar como enfermeros líneas estratégicas para conocer su estado de salud y poder realizar prevención y promoción de esta. En Cataluña, en el "Pla de Recerca i Innovació" (PRI) 2010-2013 se identifican, entre los tres focos de investigación e innovación, los retos para las personas y la sociedad. Dentro de este foco, aspectos como la prevención y el cuidado de la salud de las personas, la información y las nuevas formas de trabajo (7), que justificarían esta línea de investigación.

De acuerdo con Pérez MJ, "la gestión de la consulta debe empezar a partir de un análisis de cada realidad concreta. Cuando se conocen el cuánto, el qué y el cómo de lo que se está haciendo en la consulta, se está en disposición de escoger las soluciones más rentables, implementarlas y evaluar después los resultados obtenidos" (8), por lo tanto, tanto el problema detectado como la información analizada en este estudio justifican claramente intervenciones posteriores de captación del Adulto Joven.

CONCLUSIONES

Este estudio nos ha permitido comprobar que las enfermeras desconocemos la información sobre la Actividad Física y Factores de Riesgo de la población adulta joven. Por lo tanto, se cumple la hipótesis.

Con ello se pretende generar evidencia científica sobre los registros de enfermería con el fin de realizar una valoración de la situación actual.

Las enfermeras desconocemos el estado de salud de los jóvenes. Estos constituyen la posible población crónica de las próximas décadas, por lo que una intervención inicial de captación y detección de los factores de riesgo permitiría comenzar a trabajar en la educación, asesoramiento, vigilancia y prevención de posibles complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Deeg et al. La madurez: el desarrollo biosocial. En: Berger, K, Thompson RA. Panamericana, S.A. Psicología del desarrollo: adultez y vejez. 2001; 4: 77-58.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe de un grupo de estudio OMS/FNUAP/UNICEF sobre Programación para la Salud de los Adolescentes. Ginebra; 1999. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_886_spa_\(p1-p142\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_886_spa_(p1-p142).pdf)
3. Aranceta J, Pérez C, Foz M, Mantilla T, Serra L, Moreno B, et al. Tablas de evaluación del riesgo coronario adaptadas a la población española. Estudio DORICA. Med Clin (Barcelona). 2004; 123(18):686-91.

4. Pérez FJ, Carrera C, López MA, Auñón A, García M, Beamud M. Nuevos indicadores en la provisión de servicios: diagnósticos enfermeros en atención primaria. *Enfermería Clínica*. 2004; 14(2):70-6.
5. Navarro V, Martín-Zurro A. La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas. SEMFyC. IDIAP Jordi Gol. 2009.
6. Viñas L, Fernández MI, Martín LM. Efectividad de un proyecto de colaboración entre atención primaria y salud mental para mejorar el registro de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con psicosis. *Atención Primaria*. 2013; 45(6):307-7.
7. La recerca infermera en cures de la salut a Catalunya. Secretaria d'Estratègia i Coordinació. Direcció Estratègica d'Infermeria. Generalitat de Catalunya. 2011.
8. Pérez MJ. Gestión de la consulta en Atención Primaria. Institut Català de la Salut. Gerència Territorial Metropolitana Nord. Unitat Docent de MfiC. 2013. Disponible en: http://www.gencat.cat/salut/uudd/html/ca/dir1565/docs/2_gestionconsulta-ap.pdf

AUTORES/AUTHORS:

Marta Lima Serrano, Casandra Wahl Tovar, Joaquín Salvador Lima Rodríguez

TÍTULO/TITLE:

Influencia de rasgos sociodemográficos de adolescentes de secundaria sobre sus estilos y calidad de vida

Objetivo:

En la actualidad, la población adolescente está expuesta a riesgos para la salud relacionados con estilos de vida no saludables que contribuyen al aumento de la morbilidad, la mortalidad, y a problemas sociales, siendo los principales los relacionados con la alimentación, la realización de ejercicio físico, la sexualidad, el consumo de sustancias adictivas o la seguridad vial (1, 2), con frecuencia se observa una concurrencia de este tipo de comportamientos de riesgo (3).

Diversas teorías que han intentado explicar la conducta de riesgo en esta etapa de la vida, considerando la existencia de diferentes dimensiones relacionadas, tales como la dimensión psicológica, la dimensión familiar, o la dimensión contextual. A todo esto debemos añadir las derivadas de factores como la edad, el desarrollo de la pubertad, el género o la o el bajo estatus socioeconómico ligado a la pobreza (4, 5).

Por otra parte, estos comportamientos o estilos de vida, así como el resto de factores ambientales como las características sociodemográficas, el estado de salud, u otros elementos psicosociales pueden tener un impacto en la calidad de vida. Estas asunciones han permitido que en las últimas décadas, haya incrementado la financiación de la investigación en riesgos y factores protectores que determinan la salud de los adolescentes. En este sentido, se ha afirmado que el concepto de salud se relaciona con la propia percepción que el individuo tiene de su propia vida, atendiendo al contexto sociocultural específico y a su propio sistema de valores, y en relación a sus objetivos, expectativas, valores y perspectivas acerca del bienestar (4, 6-8).

Este estudio piloto se desarrolló como trabajo de fin máster para conocer los estilos de vida respecto a la alimentación, el ejercicio físico y el consumo de sustancias, y la calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL) de adolescentes de 1º ciclo de educación secundaria en Sevilla, y analizar la influencia de características sociodemográficas en dichas variables.

Método:

Estudio epidemiológico transversal, con 60 adolescentes de primer y segundo curso de educación secundaria obligatoria, que cumplimentaron un cuestionario en horario escolar, previo consentimiento informado. Se recogieron: sexo, edad, estatus social (Escala Estatus Social, $\alpha=0.74$), y funcionalidad familiar (Apgar Familiar, $\alpha=0.75$) (9); estilos de vida usando el Health Behaviour School Children Age (HBSC), y la autopercepción de HRQoL mediante el KIDSCREEN-27, validados en población española, y europea. A partir del cuestionario HBSC se construyeron escalas para medir los comportamientos en el área de la alimentación (frecuencia semanal de consumo de lácteos, frutas y verduras, dulces, refrescos, y frecuencia de actividad física, $\alpha=0.55$), y de consumo de tabaco y alcohol ($\alpha=0.78$, referencia marta) (5,10). El KIDSCREEN mide 5 dimensiones: Bienestar Físico (PHY), Bienestar Psicológico (PWB), Relación con Padres y Autonomía (PAR), Apoyo Social y Pares (SOC) y Ambiente Escolar (SCH). El alfa de Cronbach en la población española fue de 0.82 para la puntuación total, 0,62 para la escala de Bienestar Físico, 0.72 para la escala de Bienestar Psicosocial, 0.74 para la escala de Relación con los padres y autonomía, 0.71 para la escala de Apoyo Social y Pares y de 0.73 para la escala de Ambiente Escolar (11).

Se realizó análisis descriptivo y bivalente ($\alpha=0.05$) mediante análisis de regresión múltiple jerárquica supuestos de linealidad, homocedasticidad, normalidad, independencia de los errores, y no colinealidad, en dichos modelos se incluyeron como variables predictoras el sexo, la edad, el estado de funcionalidad familiar y el estatus social de los participantes, y como variables dependientes los variables comportamentales y las escala sobre la calidad de vida. Se midió el tamaño de efecto (R^2 : 0,01=bajo, 0,06=medio, 0,14=alto).

Resultados:

El 51,7% eran chicos, el rango de edad fue de 12 a 16 años (ME=13,38±1,29).

Respecto a los comportamientos en el área de la alimentación, desayunaban una ME=3,57±2,02 días/semana (el 17,2% no lo hacía nunca), y de ME=1,93±0,14 días/fines de semana, la media de veces/semana de consumo de frutas fue ME=5,17±2,53, verduras ME=4,49±2,58, refrescos ME=3,87±2,43 y dulces ME=3,66±2,38, y la media de veces/semana de actividad física (al menos 1 hora/día) fue ME=4,55±2,18.

En el análisis de regresión para determinar la influencia de variables sociodemográficas sobre hábitos de alimentación y actividad física, el modelo no fue estadísticamente significativo ($p=.051$, $R^2=0,207$), siendo solo significativo el efecto positivo del estatus social ($t[37]=-2,35$, $p=.025$, $R^2=0,13$).

Con respecto al consumo de sustancias, el 20% había consumido tabaco (edad de inicio ME=12,64±1,03), el 51,7% había consumido alcohol (edad de inicio ME=12,96±1,40), el 15% había tenido episodios de embriaguez (edad del primer episodio ME=13,86±1,35). En el análisis de regresión, el modelo fue significativo ($p=.000$, $R^2=0,55$) siendo estadísticamente significativa la influencia positiva de la edad sobre el aumento del consumo de sustancias ($t[44]=4,54$, $p=.000$, $R^2=0,45$).

Los índices de HRQoL fueron de PHY=46,10±7,62, de PWB=37,88±3,58, de PAR=49,33±9,78, 53, de SOC=60±10,27, y de SCH=48,03±9,38. En el análisis de regresión lineal, el modelo fue significativo ($p=.005$, $R^2=0,31$), con una influencia negativa significativa de la edad ($t[44]=-2,58$, $p=.005$, $R^2=0,14$) y una influencia positiva significativa de la funcionalidad familiar ($t[44]=2,94$, $p=.006$, $R^2=0,15$) sobre la calidad de vida de los adolescentes encuestados.

Conclusión:

Destaca la baja frecuencia de desayuno entre semana, el elevado consumo de alcohol, y la baja puntuación en la dimensión bienestar psicológico de la HRQoL, esto concuerda con estudios previos (5, 11). Al igual que en otros trabajos, se observaron elevados efectos de variables sociodemográficas en estilos de vida y HRQoL, tales como la edad, la funcionalidad familiar, y el estatus social (4-6, 8, 11). La ausencia de otros efectos puede estar relacionada con el reducido tamaño de la muestra, que debería aumentarse en un futuro.

Los resultados de este estudio pueden tener una gran repercusión en el área de la salud pública, ya que permitirán aumentar la calidad de los servicios socio-sanitarios, concretamente de una política pública de promoción y protección de la salud de una parte importante de la población, como son los adolescentes. El presente trabajo tiene implicaciones para la práctica clínica, para la gestión sanitaria y para la investigación, en la medida que permite aumentar el conocimiento acerca de los estilos de vida y la calidad de vida percibida en la infancia y la adolescencia, pues la calidad de vida en este periodo de vida es la base para la salud y la calidad de vida en la edad adulta (8).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Guía Forma Joven. Sevilla: Dirección General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2004.
2. Meneses C, Gil E, Romo N. Adolescentes, situaciones de riesgo y seguridad vial. Aten Primaria. 2010; 42:452-62.
3. Meneses C, Rúa A, Romo N, Gil E, Uroz J, Markez I. Co-occurrence of risk behaviors among Spanish adolescents, Rev Int Sociol. 2012; 60(3), 665-689. doi: 10.3989/ris.2011.03.18.
4. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, De Looze M, Roberts C, et al. (eds.). Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study. International report from the 2009/2010 survey. Health policy for children and adolescents, no.6. Copenhagen: WHO, 2012
5. Moreno C, Muñoz V, Pérez PJ, Sánchez I, Granado MC, Ramos P, et al. Desarrollo adolescente y salud. Resultados del estudio HBSC-2006 con chicos y chicas españoles de 11 a 17 años. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2006 [acceso 9 Sept 2013]. Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/autonomicosHBSC.htm>

6. Ramos P, Moreno C, Rivera F, Pérez PJ. Integrated analysis of the health and social inequalities of Spanish adolescents. *International Int J Clin Health Psychol*. 2010 Sep; 10(3): 477-98.
7. Aparecida R, Trench ME: The university as a place that promotes quality of life: perceptions and experiences of nursing students. *Texto contexto -enferm*. 2006 Apr-June; 15(2): 254-61.
8. Gaspar T, Gaspar M, Pais R, José L, Leal I, Ferreira A. Health-related quality of life in children and adolescents and associated psychosocial factors. *J Cogn Behav Psychother*. 2009 Mar; 9(1): 33-48.
9. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria*. 1996; 18(6), 289-295.
10. Lima M [tesis doctoral]. Evaluación de la implantación y del efecto del programa Forma Joven sobre actitudes y comportamientos del alumnado de cuarto curso de Educación Secundaria Obligatoria en Sevilla, España. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2013.
11. Ravens-Sieberer U, Auquier P, Erhart M, Gosch A, Rajmil L, Bruil J, et al (KIDSCREEN Group). The KIDSCREEN-27 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Qual Life Res*. 2007 Oct; 16(8): 1347-56.

Mesa de comunicaciones 17: Cuidados a pacientes crónicos

Concurrent session 17: Chronic Care

AUTORES/AUTHORS:

J C Rocha, M T B Teixeira

TÍTULO/TITLE:

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA PRÉ-HIPERTENSIÓN Y A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN MUJERES MATRICULADAS EN UNIDADES

Objetivo - Estimar la prevalencia y factores asociados a la pré-hipertensión y hipertensión arterial en mujeres de 20 a 59 años, matriculadas en dos Unidades Básicas de Salud que adoptan la Estrategia de Salud de la Familia. Métodos - Estudio transversal sobre la salud de la mujer, desarrollado en asociación entre la Universidad Federal de Juiz de Fora y Universidad Estadual do Rio de Janeiro. La población consistió en 2.077 mujeres de 20 a 59 años. Las variables dependientes fueron pré-hipertensión (Presión arterial > 120 | 80 mmHg) y hipertensión arterial (Presión arterial \geq 140 | 90 mmHg) y / o afirmativa de diagnóstico médico sobre hipertensión arterial. El análisis de los datos incluyó: análisis univariada, bivariada y multivariada utilizando el modelo de regresión de Poisson, que incluyó las variables con $p < 0,20$ e IC 95%. Resultados – La prevalencia de hipertensión fue de 28,70% y la prevalencia de pré-hipertensión fue de 20,64%.

Las variables independientes con mayor significación estadística tras el análisis multivariante fueron: antecedentes familiares de hipertensión, raza / color de piel (negro y otros), el nivel de educación (hasta 9 años de escolaridad o más), la edad (20 a 29 , 30-39, 40-49, 50-59 años de edad), el sobrepeso según el índice de masa corporal superior a 25 kg por metro cuadrado, y la circunferencia de la cintura \geq 88 cm.

Las variables independientes con mayor significado estadística después del análisis multivariada fueron: historia familiar positiva de hipertensión, color de la piel, enseñanza, edad, exceso de peso. Conclusión - El exceso de peso está estadísticamente asociado con hipertensión arterial y con la pré-hipertensión. Así, el planeamiento del cuidado debe converger para el control del sobrepeso y sistematizar la inclusión de datos antropométricos en las intervenciones de salud

Palabras-clave: Estudios transversales. Hipertensión. Hipertensión y pré-hipertensión. Mujeres.

La variable presión arterial (PA) tiene distribución normal y su alteración está asociada a la enfermedad cardiovascular. No existe un valor-límite que separe los hipertensos que futuramente tendrán un evento cardiovascular. The Seventh Joint National Committee (JNC 7) consideró, en 2003, presión arterial normal y normal-alta en un único grupo, denominado "pré-hipertensión"¹.

La PA puede ser clasificada como limítrofe, sistólica entre 130-139 mmHg y diastólica entre 85-89 mmHg, y óptima si más pequeña que 120-80 mmHg. Las Organizaciones de Salud fomentan disminuir impactos causados por las alteraciones de la PA por medio de control y prevención de factores asociados².

El temo pré-hipertensión fue cuñado para alertar sobre la elevación de la presión sanguínea y el riesgo de progresión para hipertensión. Se consideran pré-hipertensas personas con niveles de presión sanguínea sistólica más grande que 120 hasta 139 mmHg y/o la presión diastólica más grande que 80 hasta 89 mmHg. La pré-hipertensión es una etapa intermediária para la hipertensión^{3,4}.

Entre los factores de riesgo para enfermedades crónicas se destacan tabagismo, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, la obesidad y el sedentarismo³. La obesidad es el principal factor relacionado a la hipertensión arterial. El sobrepeso abdominal puede tener mayor capacidad predictiva para el infarto del miocárdio y el accidente vascular cerebral^{4,5,6}. La prevención y el control de factores asociados reflejan la práctica clínica y la asistencia de enfermería que, más allá de medir la presión arterial, orienta sobre cuidados con la salud y proporciona datos para pesquisas.

Objetivo: estimar la prevalencia y factores asociados a la pré-hipertensión y a la hipertensión arterial en mujeres de 20 a 59 años, matriculadas en dos Unidades de Salud de la Familia de un município del interior de Minas Gerais – Brasil.

Metodología

Estudio transversal, realizado en dos Unidades de Salud de la Familia en un município del sureste de Minas Gerais, Brasil, en el período de agosto de 2010 a septiembre de 2011, conforme parecer del comite de ética de pesquisa número 0026.1.259.180-09. La muestra es compuesta por 2077 mujeres matriculadas en las unidades de salud. El cuestionário aplicado abordó factores sociodemográficos, apoyo social, autoevaluación de estado de salud, estilo de vida, mortalidad y salud de la mujer. Después de la entrevista, fueron medidos el peso, la altura, la circunferencia abdominal y la presión arterial, y fue realizado el examen

colpocitología.

Las variables dependientes fueron pré- hipertensión ($PA > 120 | 80$ mmHg) y hipertensión arterial ($PA \geq 140 | 90$ mmHg y / o afirmativa de diagnóstico médico sobre hipertensión arterial). El análisis de los datos incluyó: análisis univariado, bivariada y multivariada utilizando el modelo de regresión de Poisson, que incluyó las variables con $p < 0,20$, e IC 95%.

Fueron consideradas como hipertensas las mujeres que afirmaron diagnóstico médico de presión alta y las mujeres con los niveles de presión arterial comparados conforme la clasificación JNC-7 7. Para avaliar el sobrepeso, fue adoptado el Índice de Masa Corporal (IMC), obtenido por la división entre el peso (en kilogramas) y altura (en metros elevado al cuadrado)8. Fue considerado exceso de peso el IMC igual o superior a 25 kg/m^2 y obesidad abdominal la cintura abdominal más grande o igual a 88 cm^2 .

Resultados y discusión

La prevalencia de hipertensión fue de 28,70%, y la de pré- hipertensión fue de 20,64%.

La média de edad de las participantes fue de 38,5 años. 53% si referido ser del color negro o parda. Las mujeres de color parda y con menor nivel de enseñanza tuvieron mayores tasas de prevalencia de H A. En relación a la enseñanza, 82% concluyeron, en lo mínimo, la enseñanza fundamental, teniendo 31% la enseñanza media completa y sólo 2% la enseñanza superior.

Participan de actividades religiosas por lo menos alguna vez al año 91% y 71,7% regularmente. Es baja la adhesión de las mujeres en actividades sociales en grupo o en trabajos voluntários, declarada por sólo 8%. Sin embargo, se verificó una alta adhesión a actividades o cultos religiosos, sumando 90,70%. Para Vasconcelos9, la busca de la religiosidad para el alívio de los sufrimientos realizados por las clases más populares puede ser entendido en dos sentidos: alívio del sufrimiento físico y mental. El estudio en cuestión reveló que la práctica regular de actividad física es ejercida por 23%, bebidas alcohólicas y tabaco son consumidos por 42,7% y 22% respectivamente, siendo que 21% afirmaron consumir más de 4 dosis de bebida alcohólica en una única ocasión. La historia familiar positiva para hipertensión fue común a 82%. Cerca de 60% de las mujeres presentaron sobrepeso corporal y abdominal con probabilidad 159% y 139% mayor, respectivamente, de HA. La hipertensión es de dos a tres veces más común en usuárias de anticoncepcionales orales, especialmente entre las más idosas y obesas. En mujeres con más de 35 años y fumantes, el anticoncepcional oral está contra-indicado10. El aparecimiento de hipertensión arterial durante el uso de anticoncepcional oral impone la interrupción inmediata del contraceptivo1. Las variables con mayor significado estadística para el desfecho hipertensión arterial y pré- hipertensión arterial después del análisis multivariada fueron: faja etaria, color de la piel, edad, nivel de enseñanza, historia familiar positiva para hipertensión arterial y sobrepeso. La prevalencia hipertensión arterial fue próxima a de los resultados encontrados por Hartman et al.11, que estudiaron 1.020 mujeres de 20 a 60 años de edad en el sur de Brasil y encontraron prevalencia de 26,2%. La hipertensión arterial en el Brasil logra de 22,3 a 44% de los adultos Fuchs et al.12.

Después del análisis multivariada, la prevalencia de HA se mostró creciente en cada faja etaria siendo que en mujeres mayores la prevalencia fue cinco veces más grande que las mujeres de la faja etaria de 20 a 29 años (IC95% 4,27-8,48). La Hipertensión prevalece en mujeres afrodescendientes con exceso de riesgo de hasta 130% en relación a las mujeres blancas13,17. Pinto et al.13, evaluando la asociación entre niveles presóricos altos y el estado antropométrico, observaron, para los que presentaron exceso de peso, una posibilidad 3,13 veces más grande de presentar pré- hipertensión arterial y 3,02 veces más grande de hipertensión arterial. En mujeres, evaluando el IMC, observaron 40% de sobrepeso. Los resultados del presente estudio mostraron que 60% de las mujeres estudiadas están con sobrepeso corporal y tuvieron $RP = 2,59$ CI95% 2,11-3. Moreira et al.15 encontraron asociación positiva entre alteración de PA e indicadores antropométricos. En sus estudios, el autor destaca que individuos con $IMC > 24,49$ presentan 2,75 veces más chances de elevación de P A.

Las principales limitaciones de los estudios transversales son las dificultades de causalidad reversa, una vez que las variables dependientes y independientes son verificadas en un mismo momento, imposibilitando la temporalidad como critério causal. Una única estandarización de PA puede ser caracterizada factor limitante, aunque el procedimiento pueda llamar la atención para la necesidad de acompañamiento. Pocos articulos publicaron sobre la pré-hipertensión en el Brasil, pero un libro texto de enfermería,

fuelle de enseñanza y pesquisa en el municipio en cuestión, dice lo siguiente. Una estandarización de presión arterial elevada no es cualificada como diagnóstico de hipertensión arterial. Sin embargo si el enfermero evalua una lectura alta durante la primera consulta el paciente es animado a retornar para futuras evaluaciones. Cuando el diagnóstico sea establecido el enfermero educa sobre los valores de la presión arterial, sobre la continuidad del cuidado y la terapia a largo plazo. Además de eso, la falta de síntomas usuales, la capacidad de la terapia para controlar y no curar la enfermedad de un plano de tratamiento orientado y consistente que pueda asegurarse un estilo vida normal haga parte del cuidado de enfermería.

Conclusión

La pré- hipertensión ganó destaque en las dos últimas décadas, después de la publicación de los consensos modernos sobre alteraciones de PA, teniendo en vista los beneficios de prevenir riesgos. I. Altas prevalencias de hipertensión y pré- hipertensión arterial deben llamar la atención para que medidas de prevención y monitoreamiento sean estimuladas, financiadas y asumidas por los equipos de salud. La identificación de la pré- hipertensión y de los factores asociados tales como sobrepeso corporal y obesidad puede contribuir para prevenir complicaciones y proporcionar mejores condiciones de salud y de vínculo que amplian el concepto de salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Referencias

- 1-Pimenta E. Hypertension in women. *Hypertens Res.* 2012 Feb;35(2):148-52.
- 2-Slimko ML, Mensah GA. The role of diets, food, and nutrients in the prevention and control of hypertension and prehypertension. *Cardiol Clin.* 2010 Nov;28(4):665-74.
- 3-World Health Organization. Global Strategy on diet, physical activity and health. In: World Health Organization. Fifty-seventh world health assembly. 2004. [citado em 4 set 2011].
- 4-Meng XJ, Dong GH, Wang D, Liu MM, Liu YQ, Zhao Y, et al. Epidemiology of prehypertension and associated risk factors in urban adults from 33 communities in China--the CHPSNE study. *Circ J.* 2012;76(4):900-6.
- 5-Atallah A, Kelly-Irving M, Zouini N, Ruidavets JB, Inamo J, Lang T. Controlling arterial hypertension in the French West Indies: a separate strategy for women? *Eur J Public Health.* 2010 Dec;20(6):665-70.
- 6-Castro LCV, Franceschini SCC, Priore SE, Pelúzio MCG. Nutrição e doenças cardiovasculares: os marcadores de risco em adultos. *Rev. Nutr.* 2004 Sep;17(3): 369-77.
- 7-National Institutes Of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7). Bethesda: National Institutes of Health; 2003.
- 8-World Health Organization. Technical report series 894: "Obesity: preventing and managing the global epidemic". Geneva: World Health Organization; 2000.
- 9-Vasconcelos EM. A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
- Ministério da Saúde (Brasil). Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Hartmann M, Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Pattussil MP, Tramontini A. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2007;23(8):1857-66.
- Fuchs FD, Fuchs SC, Moreira LB, Gus M, Nóbrega AC, Poli-de-Figueiredo CE, et al. Prevention of hypertension in patients with pre-hypertension: protocol for the PREVER-prevention trial. *Trials.* 2011 Mar 5;12:65.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(1 supl.1):1-51
- Moreira OC, Oliveira RAR, Andrade Neto F, Amorim W, Oliveira CEP, DoimoLA et al. Associação entre risco cardiovascular e hipertensão arterial em professores universitários. *Rev. bras. educ. fís. Esp* 2011;25(3):397-406

AUTORES/AUTHORS:

Chaves Lucieli Dias Pedreschi , Laus Ana Maria , Camelo Silvia Helena Henriques , Lemos Carolina, Tanaka Oswaldo Yoshimi

TÍTULO/TITLE:

Regional assessment of comprehensive care for cardiovascular diseases

Introduction: The proposal organizational of Brazilian's public health system is included in the guidelines established by the National Health System, initially in the Organic Laws of Health No. 8080/90 and No. 8142/90, mainly regarding the operationalization of the principle of decentralization, including regionalization and hierarchical network of health services. In addition to this legislation, the Operating Standards and the Health Act 2006 are instruments edited by the Ministry of Health, in order to complement legislation on issues of organization and operationalization of actions and health services's decentralization in various levels of government. The construction of integrality arises as a basis to overcome contradictions and challenges in the consolidation of the Unified Health System. The guarantee of integral assistance to health as a right and duty of citizens, professionals and managers implies in active individuals. This integrality implies in access to goods, services, formulation, management and participative control of public policies, interaction between user/professional without losing the perspective of what is common to everyone and should be universal: the right to live and be treated respecting integrity and dignity of the human condition in situations of health, disease and death (VIEGAS , PENNA, 2013). In this sense, the Presidential Decree n° 7508/11 defines regions and health care networks in the perspective of geographical location of municipalities, delimited according to cultural, economic and social characteristics, communication networks and infrastructure of public transport aiming to integrate the organization, planning and execution of actions and health services. It represents a breakthrough to form themselves into an instrument to operationalize the health regions, not only regarding the organization of health services and care networks, but also the transfer of financial resources (BRASIL, 2011). It should be noted that the attention networks require joints to integrate services and resources available at different levels of care at the local and regional references and establishing mechanisms for regulated access, due to provide integral care to the patient. So the prospect of assessing the comprehensiveness of care, attention to the relevance of cardiovascular diseases in health systems, the possibility of advancing the evaluation of regional health systems and the representation of cardiovascular diseases in the work of health professionals justify conducting this research. Objective: To evaluate attention to cardiovascular diseases as a tracer of the joint results in the different levels of care regional health system, from the perspective of managers and responsible for regulation services. Methodology : evaluation research, using quantitative and qualitative data , in 26 municipalities in the region of Ribeirão Preto - SP - BR , with an approximate population of 1,300,000 inhabitants. Using secondary data information systems of the Ministry of Health - BR , we analyzed all outpatient procedures and hospital care for cardiovascular diseases, for January 2000 to December 2010 , totaling 774 463 74 375 hospitalizations and diagnostic tests , the data were stored in Excel spreadsheets. For qualitative data collection were carried out semi-structured interviews with managers (regional and municipal) , adding up to a total of 24 subjects , whose administrative responsibility includes decision making in regional health system. For data analysis we used content analysis in its thematic side. Results: The results of this study show significant growth in production of diagnostic tests, indicating an increase in the supply of services that enable early diagnosis and monitoring of users who already manifest cardiovascular problems. The comparison of the ratio of diagnostic tests and total hospitalizations evidences that production of tests in relation to admissions has increased and infer that users are being met more frequently on an outpatient basis. In 2000, the ratio was 6.86 for a hospital electrocardiograms and this proportion rose to 16.51 electrocardiograms for a hospital in 2010, indicating an increase in the supply of tests that enable early diagnosis and monitoring of outpatient users who already manifest problems cardiovascular. Among the admissions, 19.8 % and 80.2 % were surgical clinics. In the interviews emerged relevant aspects of the reorganization of the regional health system , constituting the thematic categories : Increment of Primary Shares (presents insight into the relevance of basic care such as access to health care , as well as the possibility of qualified attention to monitoring in patients with cardiovascular diseases)

and Organization of care Access for High Complexity (aspects concerning the regulation of attention to high complexity services in view of the comprehensive care) . This division is a way of organizing the data, however, the themes are complementary.

Conclusions: The observed increase in the production of diagnostic tests may follow from the adoption of strategies to improve access of the users, promoting early diagnosis of problems. Also, it may reflect the provision of services to more structured attention to cardiovascular diseases. The expansion of coverage and access to health services represent an important step in building health systems. Ensuring access is the first response that should be given by the health system while in their search for the user and requires the implementation of solid management structures involving the planning, control, regulation and evaluation of the assistance. The results show that there was also a growth in the production of more complex tests , including the Holter and cardiac catheterization , pointing out that there was an expansion of resources for diagnostic confirmation and/or case tracking. These tests require human resources, materials and equipment. The fact that they are available in only one city of the region seems to be the appropriate condition from the perspective of scale's economies, with optimization and rationalization of resources, but which requires regional coordination that favors regulated access, equitable and timely, avoiding pent-up demand. These more complex tests require protocols of indications that will be agreed in the regional system, due to order access and minimize the realization of multiple diagnostic tests without adequate clinical indication. Note that , in Brazil , the high cost and complexity of these tests are often performed by private providers under contracts / contractors who provide services to the National Health System. The exams centralization increased complexity in a city, observed in this study, has the following advantages: rationalization of human resources and materials, optimization of the use of equipment and materials; on the other hand, it requires the organization of reference and counter flows that ensure user access to exams. It should be noted that the resulting optimization of the supply of more complex health services, in a specific city, may cause additional cost to the user when accessing the service that is not always accounted for by regional health system. Depending on the population size of the city, it cannot provide resources that meet all the demands of users. In this sense, the construction of attention's networks with regional coverage contributes to the achievement of comprehensiveness, continuity of care , equity and clinical efficacy and efficiency of health services . Results show links between levels of care at regional health system. The growth in the proportion of diagnostic tests in relation to hospital admissions shows increased access. However, it requires the adoption of measures of organization of primary care and access to high complexity care. This study brings contributions as establishing benchmarks assistance in ambulatory and hospital care in cardiology , which can subsidize health systems organization and allows nurses and managers to reorder resources for care in that specialty . Studies of this nature instrumentalize nurses in decision-making positions and propose policies, expanding its presence in health systems , as well as allow you to share successful initiatives implemented in Brazil that bring benefits to health systems of other countries , particularly in the search for the qualifications attention.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 148 p.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 181-190, 2013.

AUTORES/AUTHORS:

Ana Paula Prata, Cândida Koch, Margarida Reis Santos, Josefina Frade

TÍTULO/TITLE:

The importance of competencies for nurses' mobility

OBJECTIVE: To identify abilities and competencies required for nurses mobility to other countries. This work was developed within the Training Requirement and Nursing Skills for Mobility (TRaNSforM) project, sponsored by the European Union, in parallel with the Leonardo da Vinci program, between August/2010 and July/2012.

METHODS: The Appreciative Inquiry (AI) was the methodology chosen for the development of TRaNSforM. It is described as a collaborative effort aimed at valuing and recognizing the best in people, organizations and surrounding world (Cooperrider, Whitney & Stravos, 2003). Instead of focusing on problems, researchers appreciate the positives and focus on what is considered to work well nowadays. AI uses the 5 D cycle, that consists of five phases: discovery (the best of what is or of what has been); dreaming (what might be); designing (what should be), destiny (what will be) and definition (defining the framework). Finally, AI has a non-problem orientation, meaning that researchers study what is already working well instead of focusing on actual problems. It actively searches out the best, concentrating on what is good, strong, already working and being achieved.

We used Focus Group interviews as the technique for data collection. From January to February 2012, we conducted two semi-structured interviews with two different groups. The script of the interviews common to all participating countries/universities (United Kingdom/University of Nottingham; Portugal/Nursing College of Porto; Belgium/Hogeschool of Gent; Ireland/St. Angela's College, Sligo; Germany/Fachhochschule Bielefeld; Finland/ University Mikkeli; Turkey/Dokuz Eylül University) included five thematic areas. In order to obtain comprehensive data, both the Discovery and Dreaming phases of the AI cycle were integrated in the research questions. The interviews were recorded and lasted 90-120 minutes each. The interviews were then fully transcribed to permit the thematic content analysis of Bardin (2009).

RESULTS: The participants were 14 nurses (5 males, 9 females), aged between 23-61 years - average 35.7 years (SD=13.57). 92.9% (n=13) were Portuguese and 7.1% (n=1) French, all with experience in nursing mobility (during the degree, ERASMUS, master course or working abroad). Regarding occupation, 64.3% (n=9) were nurses, 21.4% (n=3) head nurses, 14.3% (n=2) represented the Portuguese silent partner (European Federation of Nurse Educators - FINE). Years of experience in nursing was between 1- 35 (Average = 12.46 years; SD= 1328). From the data analysis, we concluded that nurses believe the following are relevant competencies for mobility: basic knowledge of general cultural and societal background, creativity/inventiveness, linguistic knowledge, flexibility, open mindedness, ability to transcend cultural issues, empathy, ethical competencies, and ability to establish a trusting relationship. Furthermore, team-work, communication and respect were core skills to migration. The results obtained by the Portuguese team were similar to those found by researchers from other countries participating in the project.

DISCUSSION: Nowadays, mobility is a growing phenomenon not only in the nursing field but also among other health professions (Buchan, 2006). In reality, nurses represent only a small proportion of the highly skilled workers who migrate (Stilwell, et al., 2004). The migration of nurses is a current reality and the right to mobility and the free practice in Europe is safeguarded by policies from the 70s. Cross-border mobility has both positive and negative impacts for the countries and individuals involved (Bach, 2003). In general, facilitating mobility of the nurse workforce may serve to alleviate shortages of nurses in some countries by drawing on a surplus of nurses in others (Cowan, et al., 2007). Additionally, patients have the right to receive high quality health care, which meets their

expectations and needs. Maintaining the competent practice of nursing is essential for the provision of quality patient care. A competent nurse delivers culturally competent care, and thus the notion of competency is necessarily linked to nurses' professional performance.

The identification of competencies needed for mobility and the factors that can influence mobility is an important contribution to job satisfaction, the promotion of a safe environment of care and excellence in care provision. Other important elements in the promotion of mobility include multicultural nursing practices, international experiences, and language skills. The theme of communication was a central one, and reflects the importance that participants placed on developing adequate communication skills, both verbal and non-verbal. Knowledge of the language of the country of destination was identified as an important asset and a central facilitator of integration. The results of our study are consistent with those of other researchers who found that language skills are essential and can facilitate either integration or exclusion of nurses in mobility (Hancock, 2008). Likewise, communication is a core competency in nursing and allied to the knowledge of foreign languages can contribute positively to the quality of care and services and be of reassurance to the clients.

The social skills associated with fluent communication are generally the most valued factors in mobility (Adel et al., 2004, Woodbridge & Bland, 2010). Undeniably, nurses must be skilled communicators to be able to develop a pattern of consistency with patients, clients, careers and colleagues (Bach, 2003). When one reflects on the diversity of health care settings and the many different countries nurses find themselves working in, one easily realizes how cultural competencies are essential to these professionals (Sargent, Sedlak & Martsof, 2005). As one of the interviewed nurses said, "nursing mobility should not be considered out of economical and/or political reasons". The study of the phenomenon of migration in nursing and of the support that should be provided to these professionals is not only important to nurses' satisfaction and the provision of safe care, but can also help reduce the adverse effects associated with a practice that is not culturally sensitive, financial loss and health costs, which are inherent to non-efficient care provision.

We believe this study to be of great relevance in clinical practice as it validates the importance of and the need to promote and advance international/multicultural nursing experiences and practices, while also emphasizing the potential for health care organizations to have multilingual mentors that can support foreign nurses working for their organizations.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

References:

- Adel, M., Blau, W., Dobson, J., Hoesh, K. & Salt, J. (2004), Recruitment and the migration of foreign workers in health and social care, *IMIS-Beiträge*, 25, 201-30.
- Bach, S. (2003), *International Migration of Health Workers: labour and social issues*, IOM Working Paper, Geneva: International Labour Office.
- Buchan, J. (2006). The Impact of Global Nursing Migration on Health Services Delivery. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 7(3 Supplement), 16S-25S.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 5ªed.
- Cooperrider, D. L., Whitney, D. & Stravos, J. M. (2003). *The Appreciative Inquiry Handbook*. San Francisco. Berrett-Koehler.
- Cowan, D. T; Wilson-Barnett, J & Norman, I. J. (2007). A European survey of general nurses' self assessment of competence. *Nurse Education Today*, 27, 452-458.
- Hancock, P.K. (2008) Nurse migration: the effects on nursing education. *International Nursing Review* 55 (3), 258–264.
- Sargent, S. E., Sedlak, C. A. & Martsof, D. S. (2005). Cultural competence among nursing students and faculty. *Nurse Education Today*, 25, 214-221.

Stilwell, B., Diallo, K., Zurn, P., Vujcic, M., Adams, O. & Dal Poz M. (2004). Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches to its management. *Bull World Health Organ*, 82(8), 595-600. Available from:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862004000800009&lng=en.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862004000800009>.

Woodbridge, M. & Bland, M. (2010) 'Supporting Indian nurses migrating to New Zealand: a literature review.' *International Nursing Review* 57(1), 40-48.

AUTORES/AUTHORS:

YASUE YAMAZUMI, AKIRA KITAGAWA, FUMIKO YASUKATA

TÍTULO/TITLE:

Job-Leaving in New Nurses in Japan in their Sixth Month of Employment

Objectives

According to the Japanese Nursing Association, newly graduated nurse's turnover rate continued decreasing from 2007 to 2011, and the turnover rate of the newly graduated nurses in 2011 was 7.5%. When converting the 7.5% attrition rate of novice nurses to 50,200 new employees (2013), it is equivalent to 3,900 graduates from 50 nursing colleges resigning early from their jobs. Compared to the turnover rate of 11.4% for all new hires who graduated from college in 2009 this turnover rate for nurses is not particularly high. However, considering that one in nine new hires in the specialized profession of nursing leaves his or her job, measures designed to prevent job separation are clearly necessary.

The cause of this is not only the support system in the workplace, but also complex causes such as stressors and a lack of stress coping abilities in individuals.

In Japan, studies regarding novice nurse leaving their jobs have investigated the relation between the General Health Questionnaire (mental health status) and job stress (stressors). However, few studies have investigated the association between coping profile (coping traits) and sense of coherence (SOC).

Therefore, the present study aimed to clarify the correlation between the desire of newly graduated nurses to leave their job six months after being hired with sense of coherence (SOC), stressors, stress response, and coping in order to identify suggestions that could assist in establishing measures to prevent job separation.

Method

Survey requests were made to directors of nursing at accredited hospitals of the Japan Council for Quality Health Care Hospital Evaluation Program with 300 beds or more in the Tokyo metropolitan area, Osaka and Fukuoka Prefectures. Self-administered questionnaires were distributed to 914 novice nurses hired in 2012 at 37 facilities from which consent was obtained. Returning the questionnaire constituted consent to participate in the study, and responses were collected from 283 individuals by mail (response rate 30.9%). After excluding the questionnaires of three individuals due to missing data, 280 individuals were subject to analysis (valid response rate 98.9%).

The questionnaire surveyed basic attributes such as age, sex, and basic educational background, comprised the 13 items in the simplified Japanese sense of coherence scale, the Brief Scales for Coping Profile (BSCP), and the Brief Job Stress Questionnaire. The 13 question items from the sense of coherence involved selecting 1 of 7 answers from "I completely agree" to "I completely disagree," with the lowest possible score being 7 points and the highest score 91 points. The sense of coherence is composed of the three subordinate concepts of meaningfulness, comprehensibility, and manageability. The Cronbach's alpha was 0.78.

The Brief Scales for Coping Profile comprised 18 question items with one answer selected from a scale of four: "never"; "seldom"; "sometimes"; and "often." The profile is composed of six subordinate concepts: "active solutions for problems," "seeking help for solutions"; emotion-centered coping involving "changing mood," "emotional expression involving others," "changing a point of view"; and avoidance-based coping involving "avoidance and suppression." Scoring was done starting with the lowest from one to four points, and the highest score indicates that the coping method in question is most likely to be selected. The Cronbach's alpha was 0.68.

The Brief Job Stress Questionnaire comprises the following nine stressors: "the psychological strain from work (volume)," "the

psychological strain from work (quality), "subjective degree of physical stress," "stress in interpersonal relationships in the workplace," "stress caused by work environment," "degree of control in your job," "degree of utilization of technical skills," "perceived adequacy of your job" and "job satisfaction." The Cronbach's alpha was 0.75.

Stress responses comprised the following six items: "liveliness," "feeling of irritation," "feeling of fatigue," "feeling of insecurity," "depression" and "physical complaints." The Cronbach's alpha was 0.93.

An additional scale measured the following four stress relaxation factors: support from "family and friends," "colleagues" and "superiors," and "social support." The Cronbach's alpha was 0.78.

The desire to leave their job was measured by asking respondents to select the appropriate response from a five-item scale regarding whether they wanted to quit being a nurse and leave the hospital. Sequential regression analysis was performed using "I want to quit being a nurse" and "I want to leave the hospital" as the dependent variables and basic attributes, sense of coherence (SOC), Coping Profiler, and Job Stress as independent variables.

In regard to ethical considerations, we explained the following to subjects: responding to the questionnaire constituted consent to participate in the study; subjects would not suffer any disadvantages by refusing to participate; and identities would be protected by making questionnaires anonymous.

This survey was conducted with the approval of the ethics committee of Fukuoka Prefectural University.

Result

I think there are three reasons why the survey questionnaire recovery rate is low. There are 16 pages of questions, which is quite a lot. Subjects may not have answered the high number of personal questions out of concern for their privacy. The survey objectives may not have been communicated clearly to the respondents.

Subjects' mean age was 25.6±6.0 (mean ± S.D.), ranging from 20 to 49 years old. Males comprised 5.7% while females comprised 94.3%. Basic education was obtained from universities (30%), junior colleges (61%) and other (9%).

Novice nurses who responded that they had "often" or "sometimes" thought of quitting nursing accounted for 64.3%; novice nurses who responded with "almost never" or "never" accounted for 26.1%.

Novice nurses who responded that they had "often" or "sometimes" thought of quitting the hospital accounted for 52.1%; novice nurses who responded with "almost never" or "never" accounted for 33.2%.

The individuals most likely to be consulted when novice nurses thought of quitting nursing or the hospital were fellow nurses in the workplace (32%), followed by friends outside of work (24%) and family (24%).

The average sense of coherence (SOC) score for all respondents was 50.4±10.6, with the highest score at 82 and the lowest score at 24. The Cronbach's alpha was 0.78.

The results of the sequential regression analysis showed that the factors that had a correlation with "I want to quit being a nurse" were "change of mood" (B=0.066*), "the psychological strain from work (quality)" (B=-0.115*), "degree of control in your job" (B=-0.110*), "degree of utilization of technical skills" (B=0.269**), "worthwhileness of the job" (B=0.395***), "feeling exhausted" (B=0.092*), and "satisfaction with job and life balance" (B=0.170**) (Cox and Snell's false R-square = 0.443). In contrast, factors that had a correlation with "I want to leave my hospital" were "sense of coherence (SOC)" (B=-0.039*), "stress from interpersonal relations at the workplace" (B=-0.241***), "worthwhileness of the job" (B=-0.252*), and satisfaction with job and life balance (B=0.171*) (Cox and Snell's false R-square = 0.428) (**p<0.001, *p<0.01, **p<0.05).

Discussion

The factors to explain turnover in Japanese newly graduated nurses were explained in this study, adding to existing knowledge.

Burnout leading to leaving one's job is thought to be correlated to psychosocial working environment factors such as overwork and

lack of job control, rather than personal factors. In the present study, a similar relationship was seen between “I want to quit nursing” and “the psychological strain from work (quality),” “degree of control in your job” and “feeling of fatigue.” Factors associated with both “I want to quit nursing” and “I want to quit the hospital” were “job satisfaction” and “satisfaction with work and life.” Therefore, it is important to develop postgraduate education that encourages the establishment of an occupational identity soon after employment, and work structures and environments to maintain a work–life balance.

It is important that measures to prevent nurses quitting their jobs reduce “the psychological strain from work (quality)”, sense of exhaustion, and stress from interpersonal relations at the workplace while at the same time increasing the sense that work is rewarding and satisfaction with job and life balance.

In contrast, factors that had a correlation with “I want to leave my hospital” were sense of coherence. Data from respondents with high sense of coherence (SOC) scores was compared to those with low scores. It was considered that those with higher scores were able to deal well with stress and were better at acquiring support from workplace colleagues as they were highly capable at seeking help. Further, it was felt that they were able to smoothly establish an occupational identity and had a strong sense of self-efficacy. The formation and development of sense of coherence (SOC) is important in preventing resignations and workplace burnout, so going forward it is necessary to enhance workplace support for this group, to carry out a phased expansion of their discretionary powers, and to conduct measures to encourage them to have successful experiences of coping with stress.

To provide support for novice nurses to continue in the profession without quitting, it is important for the novice nurse to be accepted as a member of the team, for good human relations to be established, and for practical abilities to be enabled, with supervisors providing concrete practical support to this end;

These results indicate that the most effective way to support novice nurses would be to enhance certain existing measures, such as by making the best use of experienced nurses, encouraging help by supervisors and interaction between nurses who joined in the same year, and by generally creating a more sympathetic and welcoming atmosphere.

Acknowledgment

This work was supported by Japan Society for the Promotion of Science KAKENHI Grant Number 24593237.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Anne Fothergill, Deborah Edwards, Philip Burnard. (2004): Stress, Burnout, Coping and Stress Management in Psychiatrists: Findings from a Systematic Review. *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 50, no.1: p.54-65.

Antonovsky A. (1996): The sense of coherence. An historical and future perspective. *Israeli Journal of Medical Science*, no.32, p.170-178.

Beecroft, P.C., & Santner, S., & Mary Lee Lacy, M.L., & Kunzman, L., & Dfrey, F. (2006): New Graduate Nurses' Perceptions of Mentoring. *Journal of Advanced Nursing*, vol.55, no.6, p.736-747

Japan Nursing Association: “2013 survey on supply and demand of nursing in hospitals”, http://www.nurse.or.jp/up_pdf/20130307163239_f.pdf (accessed on 2013/05/10).

Jelena Ogresta, Silvia Rusac, Lea Zorec. (2008): Relation between burnout syndrome and job satisfaction among mental health workers. *Croat Med J*, no.49: p.364-374.

Rhoades, L., & Eisenberger, R. (2002) : Perceived organizational support; A review of the literature. *Journal of Applied Psychology*, no.87, p.697-74.

Takayuki Kageyama, Toshio Kobayashi, Mieko Kawashima, Yukiko Kanamaru (2004): Development of the Brief Scales for Coping Profile (BSCP) for Workers: Basic Information about its Reliability and Validity. *Journal of Occupational Health*, no.46, p.103-114.

Teruichi Shimomitsu: Stress measurement study group report, “Fiscal Year 1999 Ministry of Labor research report on stress in the field of research and its impact on health in regard to the prevention of work-related diseases,” Ministry of Labor, 2000.

Yasuko Tamai, Takayuki Kageyama, Hitomi Maeda. (2007): Self-expression attitude of senior nurses toward novice nurse from the aspect of assertion theory. *The Japanese journal of mental health*, vol.22, no.2: p.66-79.

Taisuke Togari.(2008): Social determinants and developmental factors of sense of coherence in 20 to 40 years old population, Discussion Paper Series, University of Tokyo Institute of Social Science Panel Survey, no.5 : p.1-43.

Yoshihiko Yamazaki, Taisuke Togari, Junko Sakano (2008): *Sense of Coherence SOC*, Tokyo: Yusindo.

Mesa de comunicaciones 18: Cuidados a pacientes crónicos

Concurrent session 18: Chronic Care

AUTORES/AUTHORS:

Anna Bonmatí-Tomàs , M^o Carmen Malagon-Aguilera , Carolina Rascon Hernan , Cristina Bosch-Farré , M M García Gil , M^o Rosa Suñer-Soler , Sandra Gelabert Vilella , Rosario Fernández-Peña, Dolors Juvinyà Canal

TÍTULO/TITLE:

Estudio GAMCA: Percepción de la enfermedad crónica en personas de origen gambiano residentes en Cataluña

Introducción.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la enfermedad crónica como una patología de larga duración y de progresión lenta. Se consideran enfermedades crónicas: enfermedades cardiovasculares y respiratorias, cáncer, y diabetes. La previsión en las próximas décadas, hace referencia a una pandemia en relación al aumento significativo del número de personas afectadas por estas enfermedades.

Se conoce que la capacidad de autocuidado de cada individuo frente a una enfermedad crónica es un factor determinante para el control efectivo de ésta. En este sentido, existen evidencias que sugieren que las creencias y valores sobre la salud pueden influir en el proceso de autocuidado. Shaw definió el concepto "cultura de la salud" como las interacciones complejas entre: creencias culturales, prácticas y la salud a partir de las cuales se obtienen unos resultados de salud. Asimismo la aculturación, definida por Gilbert i Khohar como la pérdida de los rasgos y características propios de una cultura para poder integrar las de la de acogida, pudiera ser un factor a considerar en el autocuidado de las personas.

Actualmente el colectivo de personas inmigrantes en Cataluña suponen un 15% de la población. A pesar de ser un colectivo joven, forma parte en su mayoría de la población vulnerable tanto social como económicamente. Por ello, se considera un colectivo clave a tener en cuenta como futuros enfermos crónicos.

Objetivos.

Describir la percepción de la enfermedad crónica y conocer la influencia de la aculturación en ésta, en personas de origen gambiano residentes en Cataluña.

Métodos.

Estudio cualitativo fenomenológico en el ámbito de Atención Primaria concretamente en el Área Básica de Salud de Salt (Girona). Se seleccionó mediante una estrategia definida, una muestra de conveniencia de 6 personas de origen gambiano con hipertensión y/o diabetes mellitus, mayores de 18 años. La técnica de recogida de datos fue la entrevista en profundidad semiestructurada, según las fases de Rubin, registrada y posteriormente transcrita literalmente. Todas las entrevistas se llevaron a cabo en lengua española. El análisis y categorización de la información se realizó con el programa informático Atlas Ti v. 7. En una primera fase se categorizaron aspectos generales. A continuación, se definieron los códigos según el fundamento teórico y los objetivos de investigación. En una tercera fase, se codificaron las entrevistas y finalmente se subclasificaron los códigos y se analizó conceptualmente el texto apareciendo como principales dimensiones: aculturación, conocimiento de la enfermedad, dietética, tratamiento y vivencia de enfermedad. Se alcanzó la saturación de la información según los objetivos del estudio. Este proyecto ha sido evaluado y aprobado por el CEIC IDIAP-Gol i Gorina.

Resultados.

La cronicidad en las enfermedades es un concepto poco habitual en la cultura gambiana "Toda la vida, no sé (ríe)... No sé hay gente que tiene cosa de esa y puede ser un día está grave y otro bien", aunque este concepto no es un tema tabú en su comunidad. De este modo, describen la importancia de dar a conocer a familiares y amigos su enfermedad: "Bueno depende, si normalmente si no te encuentras bien la gente que están que debe saber que te pasa por mi manera de pensar una enfermedad no es una cosa que se tiene que esconder" o "No vas por la calle contando (reímos) pero cada una tiene familia, tiene amigos, tienen amigas y hay gente que se puede hablar." A su vez, cuatro de ellos se consideran personas sanas.

Los participantes desconocen las causas que provocan las enfermedades que sufren "Eso yo no sé cómo viene a la persona" y consideran el diagnóstico un momento clave para la aceptación de la enfermedad "Me he asustado mucho porque no sé qué es, no

sé qué va a pasar". Con referencia a las complicaciones y/o consecuencias de la enfermedad crónica, son aceptadas con resignación "Sí, porque con azúcar los pies tienen que curar y si no va bien cortan, mira" o bien consideran que pueden ser evitadas si se realiza un buen control "si no lo tomas puedes tener ataque y después estar mal y en cambio sí lo tomas lo puedes controlar y vivir con eso pero hay que tomar pastilla sin falta".

La mayoría de ellos valoran de modo muy positivo al equipo sanitario que los atiende, especialmente en la educación para la salud recibida "explican muy bien el tema de la comida te lo explican en la consulta. Ellos dicen que tienen que comer y con una foto grande te enseñan "eso le va bien y eso le das ahora".

En esta línea, tienen presente que deben realizar controles para el seguimiento de su enfermedad, aunque reconocen no siempre cumplir con ellos. "me dan cita y me miran y me dicen si tengo que cambiar pastilla o si me dan consejos que no tengo que comer tanta sal porque la sal también me la hace subir" o "Sí, pero si no estoy enferma no voy. Yo antes que no tenía esto no voy en mucho tiempo pero como tengo esto ahora tengo que controlar."

Referente a la aculturación, los participantes muestran características propias de un grado de aculturación elevado como son: compartir las tareas del hogar con la pareja, sentimientos de pertenencia a Cataluña, hablar catalán e identificar diferencias entre ellos y sus familiares que residen en Gambia. Asimismo, la mayoría consideran a sus hijos como catalanes al haber nacido en Cataluña y por las preferencias de éstos en cuanto a la comida del país de acogida.

Discusión.

En relación a la percepción de enfermedad crónica, los participantes en este estudio explican que se consideran personas sanas que deben cuidar algunos aspectos de su enfermedad. Este resultado abre el debate sobre el cambio de paradigma del concepto de salud definido por la OMS, como un estado, ya que según nuestros resultados y los de otros autores como Antonovsky la salud se entiende como un proceso continuo en la vida.

Nuestros resultados se suman a los de Riedel y colaboradores que concluyen que una elevada aculturación de los participantes inmigrantes permite una nueva percepción de la enfermedad, distinta de la población residente en el país de origen (Gambia). De este modo, la principal limitación del estudio está relacionada con el grado elevado de aculturación observado en los participantes. El mismo autor, basándose en los elementos del modelo de Berry y la teoría salutogénica de Antonovsky, describe que el Sentido de coherencia (SOC) inicial (SOC1) de una persona en una cultura (C1), en el proceso de niveles de aculturación de Berry, cambia a un SOC diferente (SOC2) en una cultura receptora (C2) afirmando que se obtienen resultados positivos a nivel de salud física, psicológica y mental.

Consideramos que debería estudiarse la percepción de la enfermedad crónica en personas de origen gambiano residentes en Cataluña con un bajo grado de aculturación y comparar los resultados con los obtenidos en esta investigación.

Por lo que hace referencia a la implicación para la práctica de los resultados, creemos que el conocimiento de la percepción de la enfermedad crónica abre caminos para crear intervenciones enfermeras que aumenten el empoderamiento de las personas sobre su salud. Según nuestros resultados es prioritario desarrollar estrategias desde la perspectiva enfermera para adquirir y potenciar el autocuidado en la población inmigrante teniendo en cuenta su percepción sobre la misma.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

-OMS. [sede web]. Ginebra: Organització Mundial de la Salut [accés 16 de juliol de 2012]. Disponible a http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

-Organització Mundial de la Salut. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non communicable Diseases. Ginebra: Organització Mundial de la Salut; 2008.

-Becker G. Cultural expressions of Bodily awareness among chronically ill filipino americans. Ann Fam Med. July-August 2003; 1:

113-118

- Shaw SJ, Huebner C, Armin J, Orzech K, Vivian J. Role of culture in Health and chronic disease Screening and Management. *Immigrant minority Health*. 2009;11:460-467
- Gilbert PA, KhoKhar S. Changing dietary habits of ethnics groups in Europe and implications of health. *Nutrition reviews*. 2008;66(4): 203-215
- Direcció General per a la Immigració. Monogràfic del butlletí de la Direcció General per a la immigració. La immigració en xifres; nº 10; 2011. [monografia en internet]. Barcelona: Departament de Benestar Social i Família; [accés 13 de març de 2012]. Disponible a http://www20.gencat.cat/docs/dasc/03Ambits%20tematics/05Immigracio/02Dadesimmigraciocatalunya/01perfildemografics/Documents/PERFIL_Paisos.pdf
- Rubin, Herbert J. *Qualitative interviewing: the art of hearing data*. 2º ed. London: Sage publications; 2005
- Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco. Jossey-Bass Publishers. 1988
- Riedel J, Wiesmann U, Hannich HJ. An integrative theoretical framework of acculturation and salutogenesis. *International Review of Psychiatry*. December 2011;23 (6): 555-564
- Berry JW. Immigration, acculturation and adaptation. *Applied Psychology*. 1997; 46:5-34

AUTORES/AUTHORS:

M^a Pilar Marqués Macías, Candelas Laguna Peláez, Rosa M^a García Martín, Almudena Cantalejo Martín, M^a Nieves García Hernández, M^a Jesús Llorente Castronuevo, Silvia Fernández Sánchez

TÍTULO/TITLE:

Formar parte de un proyecto de investigación con intervención educativa: percepción de los participantes.

Justificación:

Tras cinco años trabajando con personas con riesgo de diabetes tipo 2 en un proyecto cuantitativo de intervención educativa para prevención de la enfermedad (Estudio DE_PLAN) (1), los profesionales que realizan el estudio sienten la necesidad de dar un nuevo enfoque a la investigación y mirar desde una perspectiva que englobe nuevas dimensiones, aquella en la que se acerquen al conocimiento de las personas participantes en el proyecto, a sus sentimientos y las sensaciones que experimentan al formar parte del mismo. Esto sólo es posible desde el enfoque que nos da la metodología cualitativa (2, 3, 4,5).

Objetivos:

Conocer la satisfacción, expectativas, y motivación de las personas que participan en un proyecto preventivo de investigación en diabetes tipo 2.

Valorar la satisfacción personal de los participantes con el método utilizado.

Analizar las posibles dificultades encontradas para alcanzar los objetivos del proyecto educativo.

Detectar el nivel de conocimientos adquiridos en relación a la prevención del riesgo.

Plantear mejoras y sugerencias para la continuidad del proyecto.

Método:

El estudio se realiza en el ámbito de la Atención Primaria en la Zona Básica de Salud de Arévalo (Ávila). Se plantea como un estudio cualitativo, fenomenológico e inductivo.

Población incluida: todos los participantes en el proyecto de intervención educativa para la prevención de diabetes tipo 2 (Estudio DE_PLAN).

Para la muestra se toman las personas que acuden a la revisión anual del 5º año, captadas a través de llamadas telefónicas o en la consulta con su enfermera. El periodo en el que se realiza es de Junio de 2012 a Abril 2013.

Participan cuatro grupos que corresponden a los núcleos de población en los que se lleva a cabo la investigación: tres grupos de edades entre 45 a 70 años y un grupo de mayores de 70 años. Cada grupo de población forma un grupo focal. Para la obtención de los datos se realizan preguntas semidirigidas y se graba la información en vídeo, con el consentimiento de los participantes.

Los vídeos son analizados por dos de los investigadores de manera independiente y consensuando los resultados obtenidos. El análisis se realiza de manera manual por uno de ellos y por medio del programa WELF QDA versión 1.0.1. el otro investigador. El análisis se centra en la percepción de los pacientes respecto al desarrollo del proyecto educativo.

Se estudian las siguientes dimensiones:

-Satisfacción, explorando los siguientes puntos: acogida, identidad de grupo y control- prevención.

-Expectativas al inicio.

-Utilidad, dividida en las subcategorías de: aprendizaje, conocimiento, método y dependencia.

-Motivación: buscando dificultades, debilidades y actitud positiva.

-Sugerencias.

Resultados:

Satisfacción: los participantes se sienten muy satisfechos y seguros con el proyecto. Creen que su salud está controlada y están previniendo la diabetes. Saben que pertenecen a un grupo, aunque tienen dudas. Se sienten acogidos tanto por los profesionales

como por el resto de los participantes.

Expectativas al inicio: esperaban fundamentalmente tener un control de su salud.

Utilidad: han adquirido conocimientos sobre el riesgo de diabetes y mejorado sus hábitos saludables. El método utilizado les parece adecuado pero reconocen no conocer otro. Se observa en todos los grupos una dependencia hacia los profesionales que trabajan en el proyecto y en especial hacia su enfermera de referencia, para poder continuar en el estudio.

Motivación: es muy importante tanto el refuerzo grupal realizado desde la coordinación central como por los profesionales de enfermería del proyecto. Existen problemas para motivar el cambio de hábitos: la "voluntad", el "ánimo", los hábitos arraigados en la población, las "tentaciones". Hay una actitud positiva para seguir con los cambios, consideran que es bueno para su salud, se sienten a gusto, "privilegiados" y consideran que con voluntad conseguirán prevenir la enfermedad.

Sugerencias: dificultades a la hora de sugerir nuevas actividades, esperan que sean propuestas por los profesionales y están dispuestos a seguirlas pero no son capaces de proponerlas por sí mismos.

Se encuentra una interrelación clara entre las categorías de Satisfacción, Utilidad y Motivación

Discusión:

El proyecto DE_PLAN es útil desde el punto de vista de los participantes para prevenir la diabetes tipo 2. La alta satisfacción les motiva para el cambio de hábitos y parece que los conocimientos adquiridos son suficientes, aunque se encuentran debilidades en lo que se refiere a la voluntad y al arraigo de los hábitos menos saludables. Es fundamental encontrar estrategias para reforzar la motivación. También se observa que existe una dependencia de los pacientes hacia los profesionales, lo que constituye un problema a solucionar. Es necesario buscar nuevos métodos con los que los pacientes se impliquen más personalmente y sean los protagonistas de su cambio.

Existen escasas referencias en la literatura en lo concerniente a estudios cualitativos sobre la perspectiva de los participantes en proyectos de prevención de diabetes tipo 2 (6). La mayoría son realizados en personas que ya tienen la enfermedad (7, 8, 9,10), por lo que sería importante seguir investigando desde este punto de vista para poder afirmar que este tipo de proyectos de prevención resulta satisfactorio, útil y positivo en personas con riesgo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1.- Marqués Macías M P, Cantalejo Martín A, Fernández Sánchez S, García Hernández M N, García Martín R M, Laguna Peláez C, et al. Prevención de la Diabetes tipo 2 a través de un programa estandarizado de educación para la salud en atención primaria.

Metas Enf. 2009; 12(5): 58-64

2.-Carlos Calderón Gómez. ¿Se puede integrar la evidencia procedente de la investigación cualitativa y la cuantitativa?. FMC 2004; 11(3); 157-58.

3.-Cuesta Benjumea C. La contribución de la Evidencia Cualitativa al campo del cuidado y la salud comunitaria. Index Enferm [Internet]. 2005 Nov [citado 2013 Ago 21]; 14(50): 47-52. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000200010&Ing=es.

<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962005000200010>.

4.-Cuesta Benjumea. La investigación cualitativa y el desarrollo del conocimiento en enfermería. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2010 Dic [citado 2013 Ago 21]; 19 (4): 762-766. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400020&Ing=es.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000400020>.

- 5.-Canales M. El Grupo de Discusión y el Grupo Focal. En: Canales. Metodología de investigación social. Santiago de Chile. LOM; 2006. p. 265-287.
- 6.-Whittemore R, Melkus GD, Alexander N, Zibel S, Visone E, Muench U, et al . Implementation of a lifestyle program in primary care by nurse practitioners. J Am Acad Nurse Pract. 2010 Dec; 22(12):684-93
- 7.-Arruda C, Guerreiro Vieira da Silva D M.Acolhimento e vinculo na humanizacao do cuidado de enfermagem as pessoas com diabetes mellitus. Rev Bras Enferm. 2012 set-out; 65(5): 758-66.
- 8.-Bolaños E, et al. Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. Aten Primaria 2003; 32(4):195-202
- 9.-Lopez-Amador KH, Ocampo-Barrio P. Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. Archivos en Medicina Familiar 2007; 9 (2) 80-86.
- 10.-Tabrizi, J. S., Wilson, A. J., Coyne, E. T. and O'Rourke, P. K. (2007), Clients' perspective on service quality for type 2 diabetes in Australia. Australian and New Zealand Journal of Public Health, 31: 511–515

AUTORES/AUTHORS:

Alejandro Morales Jinez, Rosa Dalia Aguirre Quezada, Alicia Ugarte Esquivel, Yolanda Trujillo León, Juan Jesús Vázquez Díaz

TÍTULO/TITLE:

Significado del cuidado de enfermería para los adultos mayores en estado de cronicidad.

Objetivo: Comprender el significado del cuidado de enfermería de los adultos mayores con enfermedad crónica.

Métodos: Para llevar a cabo este estudio se utilizó el método fenomenológico, ya que es necesario comprender la perspectiva del adulto mayor desde la vivencia y sentimientos que experimenta al momento del cuidado, además tomar en cuenta sus ideas acerca del fenómeno a explorar. Los participantes del estudio fueron 8 adultos mayores entre 60 a 70 años de un hospital para población abierta, en la ciudad de Torreón Coahuila, México con hospitalizaciones recurrentes debidas a su enfermedad crónica. El número de participantes no fue predeterminado, resultó del muestreo teórico, el cual forma parte de la metodología utilizada.

La recolección de datos fue mediante entrevistas semiestructuradas, se grabaron con un dispositivo de voz y se tomaron notas de campo en un diario. Se inició la entrevista con preguntas directas sobre el estado de salud el paciente (por ejemplo: ¿Cuál es su padecimiento actual? y ¿Cómo se ha sentido desde que le diagnosticaron el padecimiento que tiene?) para establecer confianza entre el investigador y el sujeto de investigación, después se realizaron preguntas de seguimiento para esclarecer y fundamentar las experiencias de los participantes.

Las entrevistas se realizaron por los investigadores a cargo del proyecto, antes de iniciar la colecta se reunieron con un experto en metodología cualitativa para recibir entrenamiento acerca del método cualitativo utilizado y cómo realizar las entrevistas. La colecta de datos se realizó los sábados por las mañanas, porque las visitas de familiares al hospital son menores y con ello se evitaron distracciones durante el diálogo entre el investigador y el participante. La información se colectó en la misma sala donde se encontraba el paciente, su duración no se determinó, ya que variaron de 30 a 45 minutos. Todas las entrevistas se realizaron bajo condiciones para proteger la privacidad del participante, ninguno mostró inhibición ante la grabadora de voz al proporcionar la información.

El proyecto fue aprobado por el comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Coahuila y el hospital en el cual se colectó la información. Se respetaron los lineamientos internacionales y nacionales en materia de investigación en salud. Se les informó a los participantes que podían abandonar la investigación en el momento que lo decidieran, que no se proporcionarían datos que pudieran revelar su identidad y se les dio a firmar el consentimiento informado a las personas que pudieran hacerlo o colocar su huella digital en caso que no supieran escribir.

Para el análisis de datos se siguieron los cuatro momentos propuestos por Morse (1), estos son: Comprender, que inicia con la lectura de literatura científica previa, y al momento de la colecta de datos se deja en suspensión para evitar prejuicios. En seguida se aborda el campo y se buscan estrategias para acercarse a los participantes y generar confianza e iniciar la entrevista en forma de una conversación. Una vez grabado el diálogo, se transcribe en un procesador de textos la información obtenida el mismo día si es posible, se imprime y se inician las lecturas repetidas para ir generando códigos línea por línea.

Sintetizar se refiere a la capacidad del investigador para fusionar varios casos o experiencias. Este proceso requiere separar información relevante de aquello que es insignificante, con la finalidad de visualizar lo que sucede en el fenómeno que se explora. En esta etapa el investigador tiene idea acerca de la variación y las repeticiones del significado en las experiencias vividas, que se obtienen por la interpretación, vinculación de datos y relaciones entre los datos.

Teorizar o vincular los datos con el conocimiento teórico existente. La teoría es una herramienta que da estructura a los datos cualitativos y proporciona aplicación a los hallazgos, dicho en otras palabras, conecta los datos que al momento del análisis se separan. Este proceso implica la generación de esquemas teóricos, los cuales se van modificando conforme avanza la investigación y la búsqueda de literatura científica que dan sentido a la información, hasta encontrar el esquema que revele mejor lo obvio o lo

desconocido.

Recontextualizar implica desarrollar una explicación emergente al fenómeno y proporcionar el contexto en el cual encajan los nuevos hallazgos, haciendo avanzar el conocimiento en la disciplina. El objetivo es ser capaz de situar los resultados en el contexto del conocimiento establecido, reconocer los hallazgos que apoyan el conocimiento y la teoría establecidos e incluso argumentar nuevas contribuciones de forma clara.

Resultados:

Alivio físico: La atención a la parte biológica o física de la persona se vuelve imprescindible para mantener la vida y el bienestar de las personas. Para dar una atención adecuada a este elemento del cuidado de enfermería se recurre al conocimiento empírico (2). El adulto mayor detecta algunas acciones que el personal de enfermería realiza para mitigar el sufrimiento físico y las alternativas para la aplicación del tratamiento: “yo por ejemplo que tengo un dolor, vienen y ya me dicen, ¿trae catéter?, pues que no traigo y me lo ponen muscular” (AM7), “cuando llegué aquí venía hecho un desastre porque venía tapada la sonda, pero pronto la destapó una enfermera y me sentí mejor” (AM1).

Confianza: El proceso de cuidado debe desarrollarse en un ambiente de confianza entre el cuidador y el paciente. Esta confianza brinda seguridad al paciente durante el acto de cuidado. De acuerdo a Hildegard Peplau (3) debe existir una relación interpersonal de confianza para que se de el cuidado de enfermería. Esta relación se establece en el momento en que un paciente expresa una necesidad y reconoce al profesional que tiene las habilidades para dar respuesta a los requerimientos, además un indicador de satisfacción en los pacientes hospitalizados es el dominio de habilidades técnicas durante los procedimientos (4). Los adultos mayores expresaron confiar al personal de enfermería con la siguiente cita: “si a mí no me trae una enfermera para canalizarme, no me dejo” (AM4).

Ambiente cómodo: Una representación importante del cuidado de enfermería es proporcionar un ambiente que genere bienestar a los pacientes. Esta categoría coincide con lo expuesto por Florencia Nightingale (5) en sus notas de enfermería, en las cuales revela que se debe colocar al usuario en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza actúe sobre él. En las narraciones la enfermera proporciona las condiciones idóneas para generar sensación de comodidad y contribuir a la recuperación de la salud: “En la noche, cuando llega la enfermera prende la luz, me pone mi medicamento y me apaga la luz antes de irse, pero lo hace con mucho cuidado que ni me molesta tanto” (AM5).

Atención inmediata: Los estudios de satisfacción con la atención de salud se encuentran íntimamente relacionados con el tiempo de atención, los resultados del estudio de Anderson (6) indican que a mayor tiempo de espera en la atención de salud menor satisfacción en los usuarios, esto se puede explicar porque los usuarios expresan una sensación de bienestar al momento de ser atendidos en un tiempo corto: “me siento bien porque me atienden rápido” (AM1), “aunque ande ocupada en otro lado...corre hacer aquella cosa y viene a atenderme” (AM2).

Estar pendiente: Para el adulto mayor tuvo un gran significado que una enfermera se encuentre pendiente de sus necesidades, ya que siente el acompañamiento del personal de enfermería en el momento del cuidado. Esto genera una percepción de preocupación de la enfermera y los adultos mayores se sienten importantes, de acuerdo a Luévano (7) el cuidado de enfermería implica que el profesional se preocupe por el bienestar y las necesidades del otro, por ello hay que conocer y vigilar al paciente para dar respuesta a sus necesidades, los adultos mayores lo expresan en los siguientes comentarios: “andan ellas ahí a vuelta y vuelta a ver que se me ofrece” (AM3), “Siempre anda aquí para ver que necesitamos” (AM2)

Trato digno: El cuidado de enfermería bajo el análisis de Caro (8) es un deber moral donde se tiene el compromiso de proteger la dignidad humana por medio de la responsabilidad ética. Para los adultos mayores, el trato es una condición importante durante la interacción entre la enfermera y el paciente. Esta interacción se realiza bajo condiciones de respeto, amabilidad e igualmente proporcionar el tratamiento que corresponde a la competencia de la enfermera en el ámbito clínico. Esto se refleja en lo que lo expresan: “pues que atendieran a uno como debe ser...así muy amable” (AM8) “porque las personas (enfermeras) se presentan, leen el expediente y revisan si hay medicamentos” (AM6)

Conocer al paciente: Durante el proceso de cuidado, la necesidad de reconocer al paciente como persona con diversas necesidades, representa un pilar fundamental para la interacción entre la enfermera y el cliente. Una condición para que una atención de enfermería logre la categoría de cuidado es que el personal se involucre con el paciente para conocer lo que piensa y siente, lo acompañe durante el proceso de salud-enfermedad, que compartan sus experiencias y lograr un grado de comprensión mutuo para fortalecer el bienestar (7). Esto se revela en la siguiente expresión: “no saben como viene uno psicológicamente de su casa... si está solo, si vive solo, sin atención médica, sin atención moral, sin atención económica... viene uno arrastrando la cobija porque ya no trae ni un cinco... o problemas así” (AM4).

Amor: El amor es un sentimiento que manifiesta la parte humana del proceso de cuidar, dejando atrás estereotipos de un cuidado visualizado como algo frío, muy técnico y que se desarrolla en un ambiente poco amigable al adulto mayor con enfermedad crónica. Este es un componente subjetivo que en la teoría del Cuidado Humano de Jean Watson considera esencial, ya que sus supuestos indican que las personas requieren ayuda y amor de los demás. Esta emoción representa una forma de unión entre enfermera (o) – paciente y logra mantener la perspectiva de que ambos con personas, independientemente del rol como cliente y profesional de la salud (9,10,11). Este sentimiento es revelado cuando refieren: “yo digo que la profesión del enfermero o enfermera es dar amor”, “lo que tiene de chaparrito lo tiene de un amor increíble para nosotros” (AM2).

Discusión: El estudio de Mejía (12) sobre el significado del cuidado de enfermería en adultos con enfermedad crónica, indican categorías similares a las de este estudio. Esta autora reporta el estar pendiente, la confianza y el buen trato, pero, no aparece el componente del amor. Probablemente, el adulto mayor percibe a necesidad de una emoción tan fuerte como el cariño y la amabilidad ante la situación que vive, y que en ocasiones sienten son una carga para la familia.

El significado del cuidado de enfermería en los adultos mayores con enfermedades crónicas incluye la conjunción de elementos objetivos y subjetivos. Cuando las necesidades fisiológicas de los adultos mayores se hacen presentes, la parte objetiva que tiene como base el conocimiento empírico es la predominante. Una vez que esta necesidad es cubierta surgen otras necesidades de tipo subjetivas que son cruciales para la satisfacción del paciente con el servicio de enfermería. Es necesario incorporar ambos elementos a la práctica clínica del cuidado para obtener mejores resultados de salud en los adultos mayores.

Para futuros trabajos de investigación se recomienda que las entrevistas se realicen en el domicilio del paciente, ya que una limitación en este estudio fue la colecta de los datos en un ambiente que es dominado por personal de salud, situación que interfiere en la expresión de sentimientos y opiniones de forma abierta hacia los investigadores.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Morse JM. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín, Colombia. Universidad de Antioquia, 2003.
2. Kuerten P, Do Prado LM, De Gasperi P, Sebold LF, Waterkemper R, Bus MBC. El cuidado y la enfermería. Avances en enfermería. 2009; 1 (27): 102-109. Disponible en: < <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v27n1/v27n1a11.pdf>> [Consultado el 10.01.2012]
3. Peplau H. Relaciones interpersonales en enfermería. Barcelona: Salvat, 1990.
4. Contreras R, Coronado M, López NH, Aguilar RM, Félix A, Vega MC. Satisfacción con el cuidado de enfermería del adulto mayor hospitalizado. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2008; 5 (1): 14-20. Disponible en: < <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/30256>> [Consultado el 10.03.2012]
5. Nightingale F. Notas de Enfermería, qué es y qué no es. Barcelona: Masson, 1990.
6. Anderson R, Camacho F, Balkrishnan R. Willing to wait?: the influence of patient wait time on satisfaction with primary care. BMC. Health Services Research. 2007; 7 (31).
7. Luévano S. El arte del cuidado de enfermería: de Florencia Nightingale a Jean Watson. Synthesis. 2008: 1-3. Disponible en < http://www.uach.mx/extension_y_difusion/synthesis/2008/10/21/enfermeria.pdf<

[Consultado el 10.03.2012]

8. Caro S. Enfermería: integración del cuidado y del amor. Una perspectiva humana. Salud unino. 2009; 25 (1): 172-178.

9. Watson J. Nursing: Human Science and Human Care, A theory of Nursing. Editorial Jones and Bartlett publishers. Boston, Massachusetts, 1999.

10. Escobar D, Lorenzini A. El poder del cuidado humano amoroso en la enfermería. Rev Latino-am Enfermagem. 2007; 15(4).

Disponible en: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000400015&script=sci_arttext&lng=es>

[Consultado el 17.04.2012]

11. Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul Enferm.

2007; 20(4): 499-503. Disponible en: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>>

[Consultado el 20.04.2012]

12. Mejía ME. Significado del cuidado de enfermería para el paciente en estado de cronicidad. Index de Enfermería. 2008; 17(4):

231-235. Disponible en: < http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000400002&script=sci_arttext>

[Consultado el 15.05.2012]

Mesa de comunicaciones 19: Cáncer / Dolor**Concurrent Session 19: Cancer / Pain****AUTORES/AUTHORS:**

CRISTINA BOSCH-FARRÉ, MARIA CARMEN MALAGÓN-AGUILERA, MARIA ROSA SUÑER-SOLER, ANNA BONMATÍ-TOMÀS, CAROLINA RASCÓN-HERNAN, ROSARIO FERNANDEZ-PEÑA, SANDRA GELABERT-VILELLA

TÍTULO/TITLE:

La Resiliencia en las mujeres supervivientes al Cáncer de Mama

Objetivos:

Conocer el proceso resiliente en mujeres que han sobrevivido al cáncer de mama. Se pretende investigar desde una vertiente comprensiva e interpretativa el fenómeno de la resiliencia en las mujeres supervivientes al cáncer de mama.

Métodos:

Estudio cualitativo fenomenológico siguiendo el método lingüístico y propositivo estratificado. Ámbito: oncología. Muestra intencional y de conveniencia. La técnica de elección de informantes fue por "bola de nieve". Los criterios de inclusión: diagnóstico de cáncer de mama, tratamiento agudo finalizado, mayoría de edad, hablar catalán o castellano. La muestra fue de 5 mujeres. La recogida de datos se realizó a través de entrevistas en profundidad semiestructuradas con preguntas abiertas. El guión de la entrevista se creó siguiendo el modelo propuesto por Kvale. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas. El análisis del contenido se realizó con el programa Atlas Ti v. 7. Para ello, en primer lugar se partió de un esquema de posibles códigos según literatura científica. En una primera fase del análisis textual de la transcripción (línea por línea y holísticamente) se generaron nuevos códigos. Posteriormente se procedió al análisis conceptual. Se cumplieron los principios éticos de la Declaración de Helsinki.

Resultados:

El primer eje conceptual que emergió fue el relativo a las repercusiones del cáncer después del tratamiento: no son muchas y disminuyen con los años. A nivel físico se reportó un cansancio persistente causado en parte por la anemia, que con el paso de los años va disminuyendo (incluso alguna participante lo achacó a la edad más que a la propia enfermedad). También el dolor relacionado con la cicatriz, los problemas de drenaje linfático debido al vaciamiento ganglionar, así como los efectos producidos por la menopausia inducida (osteoporosis y sobrepeso). En relación a las repercusiones psíquicas destacó en todas las participantes el miedo a la recurrencia (que reaparece principalmente los días previos a los controles médicos). A nivel social, alguna de las mujeres refirió haber reducido su jornada laboral.

El siguiente eje de conocimiento fue en relación a las fases del proceso, se distinguieron 4 fases: descubrir la enfermedad, aceptarla, vencerla, adaptarse:

En relación al hecho de descubrir la enfermedad, destacó la divergencia en el significado subjetivo frente al social del cáncer. En el significado subjetivo aparecieron palabras como: inesperado, impacto, amenaza (por la conciencia de muerte): "el mundo me cayó encima", "parece que te den una sentencia de muerte". Para las mujeres representaba un paréntesis, un momento realmente duro en sus vidas. Sin embargo, las participantes refirieron que a medida que iban superando las fases, el concepto de la enfermedad cambiaba de extremadamente grave a considerarla una enfermedad crónica e incluso superada. Por otro lado y en relación al significado social, emergió que en ocasiones, para el entorno, la enfermedad suponía una mayor carga a razón de los mitos que la rodean. En este sentido algunas mujeres se sentían enterradas: "el vox populi por ejemplo decían: [-Ostras R. tiene un cáncer de mama, que mala suerte...] Sabes, ya me habían enterrado". También se sentían con la etiqueta de enferma que desaparecía con el tiempo, y principalmente cuando se producía la reincorporación laboral.

Referente a la aceptación del cáncer, se señala como un proceso más lento que el mismo inicio de tratamiento, por lo que entraban a quirófano cuando aún se hallaban en fase de incredulidad o negación. El planteamiento de la aceptación era el punto de partida para vencer la enfermedad. En esta etapa, las participantes recordaban consejos significantes y que coinciden todos en su enfoque positivo. Éstos iban dirigidos a no dejar el proceso, el valor de la vida y mantener la esperanza.

La fase de vencer la enfermedad coincide con la fase del tratamiento agudo. La quimioterapia era la parte que recordaban peor y en la que surgieron los momentos de mayor desesperanza: “Yo le dije a mi marido: [- Escúchame, si me vuelven a hacer quimio, ¡yo esa vez me quedaré!], porqué es que no, el cuerpo no me seguía”.

En la fase de adaptación cabe remarcar que de las cinco participantes, una hizo una reintegración homeostática (recuperando el mismo estado que antes de la enfermedad), mientras que las otras mujeres hicieron un proceso resiliente reflejado en:

- Un balance positivo de la experiencia: cambio en la filosofía de vida: “Disfrutar lo que puedas, vivir la vida y hacer las cosas que tienes ganas de hacer, que a veces son cosa bien simples y bien pequeñas”, valorar más la vida: “Vivir el momento y no planificar nada, mañana es muy lejos”, relativizar y priorizar: “La enfermedad te abre la vida desde otra perspectiva, quiero decir, lo que realmente a veces nos preocupa muchísimo pasa a ser, realmente, todo relativo”, contar con los otros, conocerse más a uno mismo, tener más paz y tranquilidad. Aunque también refirieron que con el paso del tiempo y con el día a día, estos nuevos valores se van mitigando.
- Un mayor altruismo: necesidad de trascender al otro: “Te haces más sensible con los que realmente padecen.”
- Un fortalecimiento de las relaciones “Él (marido) siempre ha estado, ser incondicional, me lo ha demostrado, ahora lo amo más.”
- Cambios en sus estilos de vida: a nivel laboral había una necesidad de sentirse útil, también traslucieron cambios en cuanto a hábitos saludables: dieta y ejercicio físico (introducidos o haber tomado conciencia de la necesidad de hacerlos), y un contacto con la medicina natural.
- Buena percepción de la propia salud: mejor conforme pasan los años y las revisiones son más espaciadas.
- Empoderamiento: creer en sus propias capacidades, sobre todo si se piensa en la posibilidad de la recurrencia: “Si nunca tiene que ser y tiene que llegar, tendré mucho trabajo hecho, muy, muy tranquila, muy serena”.

El último eje conceptual fue en relación a los elementos de la resiliencia: factores protectores, factores modeladores de estrés, estrategias de afrontamiento:

De los factores protectores destacó la fina línea que los separa de lo que puede ser un factor de riesgo, por ejemplo: tener un buen entorno familiar y apoyo del cónyuge, en una de las participantes se convirtió en un factor de riesgo, en el sentido que el marido no le dio el apoyo esperado: “Mi marido decidió marchar... me costó más esto que lo otro”. Otros factores protectores fueron tener una personalidad de base resiliente y tener habilidades para la acción (adquiridas a través de experiencias vitales: haber sufrido la muerte del padre, haber pasado por un proceso de reproducción asistida o tener familiares cercanos que habían padecido cáncer).

De los factores modeladores de estrés se distinguieron factores personales como: optimismo, empoderamiento y creencias religiosas: “Yo siempre tuve la seguridad que me curaría”, “Ser creyente me ayudó muchísimo”. Y los factores ambientales: profesionales de la salud (todas la participantes ratificaron una confianza plena), apoyo familiar y social (compañeros de trabajo o apoyo de otras mujeres con cáncer de mama).

Las estrategias de afrontamiento más mencionadas fueron: la descarga emocional (sobre todo al principio del proceso: “Lloré mucho el primer día... no podía parar, ¡sólo lloraba!”); el escapamiento o evitación (con distracciones para desplazar las sensaciones negativas que generaban la enfermedad); el distanciamiento (fue la más utilizada por la mujer que hizo el proceso homeostático: “Si no pensaba el problema dejaba de existir a nivel emocional”); recurrir a la espiritualidad (rezar, meditar...), la confrontación; asumir responsabilidades (de la enfermedad y de las circunstancias vitales: cuidado de la madre mayor, manejo del hijo adolescente); reevaluación positiva (“alguna cosa buena saldrá de todo esto”); autocontrol de las emociones; pensar que terminará (“yo sabía que

aquello era temporal, era lo peor que me tocaba pasar y que pasaría”); análisis lógico y búsqueda de significado; optimismo; pensar en superarlo una misma; plantear la solución de los problemas (estrategia focalizada a la solución de problemas y que permitía una buena adherencia al tratamiento); organizarse el día a día (pasear, leer...); buscar apoyo social (surge la necesidad de expresarse abiertamente).

Discusión:

Como limitaciones del estudio destacar que ninguna de las participantes fue mastectomizada, siendo éste un factor que puede incidir en el proceso de adaptación. Otra limitación es el tamaño de la muestra, a pesar que los estudios cualitativos permiten muestras pequeñas.

En la fase de adaptación y de acuerdo al Modelo de Reintegración de Richardson et al., se cumplen en algunos casos rasgos definitorios de reintegración resiliente. Según el modelo, cuando se da dicha reintegración es porque de la experiencia adversa surgen ganancias, en el presente estudio se hace mención al balance positivo después de sobrevivir al cáncer, constatando una adaptación a las limitaciones remanentes de la enfermedad. Aun así y de acuerdo con Tighe et al.: cada mujer dota y adopta diferentes significados y estrategias, y no todas hacen un cambio positivo posterior a la experiencia.

Referente al discurso social, ya Boris Cyrulnik en su teoría del Trauma centrada en el doble golpe menciona la relevancia del significado social. Asimismo el autor Fores señala que la forma en que el entorno familiar y cultural habla de la enfermedad puede atenuar o agravar el sufrimiento. Las participantes del presente estudio relatan la significación social que tiene la enfermedad en su entorno: dos de ellas mencionan haberse sentido enterradas y otra esconde la enfermedad para ahorrarse los comentarios estigmatizadores de los vecinos.

En relación a las estrategias de afrontamiento estudiadas por Lazarus y Folkman, se constata que las mujeres indiferentemente utilizan los dos tipos (centradas en la solución del problema o en el control de las emociones). En esta misma línea, el autor Moss señala que las estrategias se pueden combinar y secuenciar, como sucede en el presente estudio. Optimismo, reevaluación positiva y plantear la solución de problemas son las estrategias más utilizadas por las participantes que adoptaron un proceso resiliente.

De igual modo, las participantes relatan la intencionalidad o los cambios en los estilos de vida dirigidos a mejorar la salud y prevenir la recurrencia, si bien con el tiempo se pierde la intensidad de tales propósitos. En esta línea, el autor Allen señala la conveniencia por parte de los profesionales de la salud de desarrollar intervenciones de apoyo a las mujeres después del tratamiento, a fin de aprovechar ese momento de motivación y de alta receptividad.

En conclusión, durante mucho tiempo se ha enfocado la investigación a la fase aguda de la enfermedad, obviando la fase de transición de paciente a superviviente, siendo un momento crucial que determina su futura readaptación. Es importante que los profesionales de la salud comprendan los procesos adaptativos y de resiliencia que derivan tras superar la enfermedad con el fin de poder acompañar a las mujeres. El presente estudio permitirá en la práctica clínica ofrecer unos cuidados y acompañamiento más ajustados a las necesidades de las mujeres que padecen y sobreviven al cáncer de mama incidiendo en una mejor salud y calidad de vida. Aunque creemos que deben llevarse a cabo más estudios focalizados en esta etapa de transición.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

-Allen JD, Savadatti S, Gurmankin Levy A. The transition from breast cancer 'patient' to 'survivor'. *Psycho‐Oncology* 2009;18(1):71-78.

- Aspinwall LG, MacNamara A. Taking positive changes seriously. *Cancer* 2005;104(S11):2549-2556.
- Broche Pérez Y, Ricardo Medina W. Resiliencia y afrontamiento: Una visión desde la psicooncología. *Psicologia.com* [internet].2011 [citado 16 juliol 2012]; 15:17. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/4068>
- Forés i Miravalles A, Grané J. *La Resiliencia: crecer desde la adversidad*. 3a [ampl ed. Barcelona: Plataforma Editorial; 2011.
- Izquierdo A, Gispert R, Saladie F, Espinàs JA. Análisis de la incidencia, la supervivencia y la mortalidad según las principales localizaciones tumorales, 1985-2019: cáncer de mama. *Med Clin Monogr (Barc)* 2008;9(11):50-2.
- Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company; 1984.
- Londoño Calle YC. El proceso de adaptación en las mujeres con cáncer de mama. *Investigación y Educación en Enfermería* 2009;(1):70-77.
- Moos RH, Holahan CJ. Adaptive tasks and methods of coping with illness and disability. *Coping with chronic illness and disability* 2007:107-126.
- Puig Esteve G, Rubio Rabal JL. *Manual de resiliencia aplicada*. Barcelona: Gedisa; 2011.
- Rowland JH, Baker F. Introduction: resilience of cancer survivors across the lifespan. *Cancer* 2005;104(S11):2543-2548.
- Rosedale M, Fu MR. Confronting the unexpected: temporal, situational, and attributive dimensions of distressing symptom experience for breast cancer survivors. *Oncology nursing forum: Onc Nurs Society*.2010;37(1):28-33.
- Sanjuán P, Magallares A. Estilos explicativos y estrategias de afrontamiento Explanatory styles and coping strategies. *Clínica y salud* 2007;18(1):83-98.
- Tighe M, Molassiotis A, Morris J, Richardson J. Coping, meaning and symptom experience: A narrative approach to the overwhelming impacts of breast cancer in the first year following diagnosis. *European Journal of Oncology Nursing* 2011;15(3):226-232.
- Valles M. *Centro de Investigaciones Sociológicas. Entrevistas cualitativas*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2002.
- Verecchia A, Francisci S, Brenner H, Gatta G, Micheli A, Mangone L, et al. Recent cancer survival in Europe: a 2000-02 period analysis of EURO CARE-4 data. *Lancet Oncol* 2007; (8):784-96.

AUTORES/AUTHORS:

ROSA MARIA MORENO RODRÍGUEZ, CRISTINA FERNÁNDEZ PEREZ, DANIEL MUÑOZ, PILAR CALONGE LORO, ESTHER MARCOS CÁCERES, EMILIO VARGAS CASTRILLON, ROSA ISABEL ALONSO VIDAL, JOSEFINA MENA BOLDO, JAVIER SASTRE VARELA

TÍTULO/TITLE:

Eficacia de la termoterapia en el dolor local producido por la administración intravenosa periférica de Oxaliplatino, en

INTRODUCCION

El cáncer colorrectal es una de las neoplasias más frecuentes constituyendo la segunda causa de muerte por cáncer, en ambos sexos. El descubrimiento de los factores genéticos que participan en la etiopatogenia y progresión del cáncer colorrectal y los avances en el tratamiento multidisciplinar empiezan a disminuir la morbimortalidad asociada a esta entidad. El Oxaliplatino es la piedra angular de los esquemas del cáncer colorrectal, fue sintetizado por primera vez en Japón en 1976 y comercializado en Europa en 1996 cambiando el paradigma del CCR hacia un enfoque curativo para algunos pacientes. Pertenece a una nueva generación de derivados del platino con el que disminuimos la toxicidad renal y hematológica de sus antecesores, pero aumentamos la neurológica.

La aparición de neuropatía asociada al Oxaliplatino es una complicación frecuente que puede afectar de manera significativa a la calidad de vida y constituye un factor limitante de dosis que puede interferir en el esquema terapéutico propuesto. Los pacientes tratados con Oxaliplatino en infusión intravenosa periférica durante 2 horas, pueden presentar una neuropatía sensorial aguda infusional en el miembro donde recibe el tratamiento descrita, principalmente como "dolor" en sus diferentes grados, que se exacerba con el frío. Por este motivo medimos la variación de la temperatura superficial del miembro infusional a través de termometría infrarroja durante la administración del Oxaliplatino, pudiendo observar una disminución paulatina de la t^{a} superficial de 2°C (1,6 - 2,2 $^{\circ}\text{C}$), coincidiendo las temperaturas más bajas con la mayor intensidad de dolor local referida por el paciente.

El que un fármaco exacerbe sus síntomas con el frío, como es el caso del Oxaliplatino y la disminución de temperatura local en el brazo al paso de cualquier fluido a distinta temperatura a la corporal, nos lleva a la hipótesis de que la aplicación de Termoterapia local durante la administración de fármaco, nos permitiría mantener el brazo a una temperatura constante y controlada, beneficiándonos además, de los efectos terapéuticos del calor local.

En la revisión bibliográfica encontramos diferentes estudios sobre el dolor neuropático inducido por la administración de agentes quimioterápicos cuya intensidad es dependiente del agente utilizado. La fisiopatología del dolor neuropático es compleja y en el caso que acontece, la etiología y los factores causales que lo desencadenan, enmarcan la complejidad de un tratamiento único (gabapentin, oxicozona, antidepresivos tricíclicos, tramadol, morfina, venlafaxina, pregabalina, lidocaína tópica, carbamacepina, parches de lidocaína, etc...). La gran variedad de tratamientos para disminuir la intensidad del dolor neuropático intenta justificar la importancia, que el paciente oncológico otorga al dolor.

El interés fundamental del presente estudio de investigación giró entorno a la mejora en la calidad de los cuidados enfermeros que se aplican durante la administración de quimioterapia en oncología y otorgar métodos de trabajo basados en la evidencia científica que unifiquen criterios dentro del "corpus" de conocimiento profesional. En la práctica, conseguir una disminución del dolor agudo, percibido por los pacientes, en la administración de Oxaliplatino por vía venosa periférica que mejorará las expectativas de tolerancia al tratamiento y reducirá la ansiedad producida por la experiencia del dolor, que se suma a la ansiedad provocada por los tratamientos quimioterápicos y por el diagnóstico oncológico. De forma secundaria y como consecuencia de lo anteriormente expuesto, la reducción del dolor reducirá también la necesidad de medidas como la implantación de sistemas venosos centrales, con las consecuentes reducciones de costes quirúrgicos y riesgos de infección en pacientes oncológicos, además de ser opcional para los pacientes que no esté indicado o expresen su no deseo de implantación de catéter venoso central.

OBJETIVOS

Como objetivo primario vamos a probar la eficacia de la termoterapia local, como tratamiento efectivo para la disminución del dolor local durante la administración de Oxaliplatino, a través de acceso venoso periférico. Como objetivo secundario evaluamos la eficacia de la termoterapia en la duración del dolor y consumo de analgésicos; y como objetivos exploratorios evaluar la eficacia de la termoterapia en la disminución de los costes.

METODOLOGÍA

Ensayo clínico abierto de un solo centro y de ámbito hospitalario, dirigido a los pacientes del Hospital de Día Oncológico del Hospital Clínico San Carlos de Madrid diagnosticados de Cáncer Colorrectal, candidatos a recibir Oxaliplatino por vía periférica.

Justificación del tamaño muestral

En un estudio previo (de la torre y cols.) se describió el dolor de estos pacientes en una situación, sin intervención, para evaluar el grado de dolor tras la administración del fármaco. En base a esperar una diferencia de reducción absoluta de 2 cm en la escala EVA (relevancia clínica consensuada) y considerando un error alfa de 0,01 y un error beta de 0,20, se estima un tamaño muestral de 48 pacientes (24 con termoterapia y 24 no intervención). Se incrementó el tamaño en 5 pacientes por pérdidas posibles como la extravasación. Se realizó un examen intermedio a los pacientes para reevaluar el tamaño muestral.

El período de reclutamiento fue desde Marzo de 2010 hasta Junio 2012. Se asignó a los pacientes a los grupos de intervención con un procedimiento automático EPIDAT ver 3.1. La aleatorización se realizó en dos bloques para permitir el análisis intermedio.

Intervención

Procedimiento común: Se explicó el significado de la escala visual analógica y se midió la temperatura cutánea superficial durante la administración farmacológica. La valoración del dolor (EVA) y de la temperatura cutánea se realizó en diferentes momentos (basal, 60 min y 120 min) posteriormente a través de la vía telefónica se procedió a medir de nuevo la intensidad del dolor y analgesia utilizada a las 24,48 y 96 horas de finalizada la infusión.

Procedimiento grupo termoterapia: Quince minutos antes de la infusión colocamos la manta térmica controlada a una temperatura 36-37°C cubriendo el brazo desde su extremo más distal hasta la articulación escapulo-humeral, dejando visible en todo momento el punto de canalización venosa.

Variables del estudio

Las variables sociodemográficas y clínicas fueron: edad, sexo, dosis de oxaliplatino, constantes, localización de la canalización, temperatura local, exudado peripunción (analizada en estudios previos como asociada a elevados valores en la EVA) consumo analgésico y duración del dolor. Como variable de eficacia medimos la intensidad del dolor en la escala visual analógica (EVA).

Análisis estadístico El análisis estadístico es por intención de tratar (ITT). En caso de datos perdidos se realizó un arrastre del último dato. Se compararon inicialmente los grupos para evaluar la aleatorización siguiendo las recomendaciones CONSORT. En el análisis descriptivo las variables cualitativas se presentan con su distribución de frecuencias. Las variables cuantitativas se resumen en su media, rango y desviación estándar (DE). En las variables con distribuciones asimétricas se calculó la mediana (Percentil 50) de la distribución y su rango intercuartil. Se realizó la comparación de las características previas de los dos grupos con el test de la t de Student para muestras independientes en las variables cuantitativas y en las cualitativas con el test de la χ^2 o prueba exacta de Fisher. Los resultados fueron expresados en forma de diferencia de medias y proporciones con sus intervalos de confianza al 95% (IC95%). En todos los contrastes se rechazó la hipótesis nula con un error de tipo I o error α menor a 0.005.

RESULTADOS Los pacientes asignados aleatoriamente a cada una de las ramas de estudio no presentaron ninguna diferencia estadísticamente significativa en cuanto al sexo y edad, tampoco en las clínicas TAD, TAD, FC, localización de la canalización, localización de la tumoración, estadio (TNM), exudado peripunción y dosis de Oxaliplatino (mg).

En el grupo control la edad media de los pacientes fue de 65 años (intervalo de confianza [IC] del 95%, 38-75) y los varones representaban el 49,05%; en el grupo intervención, la edad media de los pacientes fue de 63 años (intervalo de confianza [IC] del 95%, 40-74) y el porcentaje de varones el 50.9%. En cuanto a la localización de la tumoración: 11,3% en colon dcho; 5,6% en

transverso; 56,6% en colon izdo. y un 26,4% en recto . El estadio tumoral (TNM) un 15% estadio II, 57% estadio II-I y un 28% estadio IV, no fueron significativos para ambos grupos . En estudios anteriores se evidenciaba un exudado peripunción relacionable con valores altos en la EVA , pero para nuestro estudio no fue significativo.

Sobre el dolor

La variable de eficacia (dolor), medido en la EVA en los tiempos de evaluación, presentó un valor de p significativo excepto en la medición basal (antes del inicio del fármaco) 0,429. La intensidad del dolor al inicio de la infusión es semejante en ambos grupos. En cuanto a la determinación a los 60min., 120min., 24 h., 48h. y 96horas la diferencia de medias supera el valor inicial considerado de reducción de 2 cm, en la escala EVA, con un IC 95% y en todos los casos el valor de p(0,000) fue significativo.

En el diagrama de dispersión que corresponde a la Ta local del brazo e intensidad del dolor medido en la escala EVA, podemos observar que existe una relación lineal inversa. Las intensidades mayores de dolor corresponden a la menor temperatura del brazo. El inicio del dolor es más tardío y de menor intensidad en el grupo termoterapia. La mediana de intensidad del dolor en el grupo control a los 60 min. es de 4(2-5) frente a valores aislados en el grupo termoterapia. A los 120 min. momento en el que finaliza la infusión del fármaco , alcanzamos los puntajes más elevados para ambos grupos con una mediana de 6 (4-8) para el grupo control .En ambos grupos la variable se comporta de modo similar disminuyendo paulatinamente a las 24,48 y 96 horas de la finalización del tto.

Sobre el consumo analgésico

La utilización de la manta térmica utilizada para disminuir el dolor residual local en el domicilio después del tratamiento, contribuyó a la disminución del consumo.

El consumo de analgésicos 24 horas post. al tto. fue de 20(7,75%) y 69(26,74%); Consumo de analgésicos a las 48 horas posterior al tto. 15(5,81%) y 65 (21,19%); Consumo de analgésicos a las 96 horas posterior al tto. 12(4,65) y 53(20,54%) en el grupo termoterapia y control respectivamente. La variable consumo fue estadísticamente significativa p(0,000) encontrando la ingesta analgésica más elevada en el grupo control.

Sobre la duración del dolor

La duración del dolor en días también fue estadísticamente significativa p(0,000) con una mediana de 2 días (0-4) en el grupo termoterapia, frente al grupo control de 4(3-6).

SOBRE LOS COSTES

La termoterapia disminuye las implantaciones de accesos venosos centrales, debidas al dolor, en intensidades leves-moderadas.

CONCLUSIONES

La termoterapia local durante la infusión del Oxaliplatino, según la técnica protocolizada en este estudio clínico, ha demostrado que es factible, reproducible y eficaz en el tratamiento del dolor. Es una técnica segura con la que hemos obtenido óptimos resultados en lo que se refiere a efectividad de un tratamiento no invasivo en la disminución del dolor, siendo elevado el grado de satisfacción del paciente.

Por todo lo expuesto anteriormente, podemos concluir que la aplicación de calor local a temperatura controlada , se convierte en una nueva opción de tratamiento para disminuir las disestesias infusionales.

– Los resultados de este estudio aportan una nueva evidencia al campo de los cuidados propios de la Enfermería Oncológica .

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

J.C.. de la Torre Montero, M.M.Barrio , D. B. de la Morena de la Fuente ,E. Marcos Cáceres, V. Monsalve Plaza.

2. Literature Review and Practical Aspects on the Management of Oxaliplatin-Associated Toxicity. Paulo M. Hoff, Everardo D. Saad, Frederico Costa, Anelisa K. Coutinho, Ricardo Caponero, Gabriel Prolla, Rene C. Gansl. Clinicalcolorectal cancer.Volume11.June

2012. ReviewArticle.Pages 93-100

3. Grothey A: Oxaliplatin-safety profile: neurotoxicity.SeminOncol 2003, 30 (4 Suppl15):. 05.13

4. Oxaliplatin-induced neuropathy: could gabapentin be the answer? Mariani G, Garrone O, Granetto C, Numico G, LaCiura P, Grecchi G, et al. Proc Am Soc ClinOncol 2000; 19:609.

5. Prevention of Oxaliplatin-Induced Peripheral Sensory Neuropathy by Carbamazepine in Patients with Advanced Colorectal Cancer. Christian Lersch, Renate Schmelz, Florian Eckel, Johannes Erdmann, Martina Mayr, Ewert Schulte-Frohlinde, Stefan Quasthoff, Julian Grosskreutz, HelmuthAdelsberger CIG Media Group, L.P. 1533-0028 (Print) 1938-0674 (Online)Volume 2, Number 1 / May 2002

6. Oxaliplatin-Associated Neuropathy: A Review Robert J Cersosimo, PharmD BCOP Published Online, 8 December 2004, www.theannals.com, DOI 10.1345/aph.1E319. The Annals of Pharmacotherapy: Vol. 39, No. 1, pp. 128-135. DOI 10.1345/aph.1E319

7. Successful amelioration of oxaliplatin-induced hyperexcitability syndrome with the antiepileptic pregabalin in a patient with pancreatic cancer. Muhammad Wasif Saif and Shahrukh HashmiCancer Chemotherapy and Pharmacology0344-5704 (Print) 1432-0843 ,Volume 61, Number 3 / marzo de 2008.

8. Pregabalin (PGB) in treatment of oxaliplatin-induced neuropathyl. Isufi, E. James, K. Keley, J.Peccerillo and M. W. Saif. Journal of Clinical Oncology, 2009 ASCO Annual Meeting Proceedings (Post-Meeting Edition). Vol 27, No 15S (May 20 Supplement), 2009: e15045 © 2009 American Society of Clinical Oncology.

AUTORES/AUTHORS:

Solanger Hernández Méndez, Raquel Arenas Arenas, Miguel Sanz Peñalver, Esther Quiles Carrillo, Salvador Saura Lucas, Rafael Pérez León, María José Periago Gimenez, Encarnación Chico García, Carmen Ibañez Aznar

TÍTULO/TITLE:

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE RELACIONADO CON EL MANEJO DEL DOLOR EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

El dolor es una experiencia sensorial y emocional compleja que se asocia a daño tisular presente o potencial, o bien se describe en esos términos. El tratamiento analgésico adecuado y oportuno es la piedra angular de alivio del dolor en los pacientes hospitalizados. Esto exige una estrategia de gestión global del dolor que incluye evaluaciones regulares de dolor, de la educación que tienen los pacientes sobre el dolor y su tratamiento, y la formación del personal sanitario^{1,2}. Sin embargo, los diversos estudios realizados confirman que muchos pacientes hospitalizados tienen dolor y que es a menudo mal controlado³. Hay muchos factores que contribuyen a este problema, como la subestimación de la severidad del dolor por parte de los profesionales de atención de salud, la falta de compromiso de las instituciones e incluso, la renuencia del paciente a informar sobre el dolor⁴. Basado en lo anterior, existen estrategias en el manejo del dolor agudo postoperatorio que no se utilizan, fundamentalmente por falta de conocimientos acerca de las mismas, escasez de estudios que validen nuevas terapias y la falta de instauración de protocolos estándar que impidan la variabilidad en este procedimiento^{12,13}. Un compromiso es que el personal sanitario debe estar preparado y capacitado para cumplir de manera oportuna la tarea del tratamiento del dolor, ya que no hay calidad de vida ni muerte digna si hay dolor. Para ello, es necesario realizar una adecuada valoración del dolor. Varios estudios muestran que el dolor es una experiencia común entre los pacientes hospitalizados en la población española, además se estableció que la insatisfacción de los pacientes con el tratamiento iba relacionada estrechamente con la insatisfacción con el personal médico sanitario y con la intensidad del dolor.

OBJETIVO GENERAL: Describir la percepción sobre el manejo del dolor de los pacientes ingresados en un Hospital Universitario.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Determinar si los pacientes han tenido dolor durante el ingreso. Describir la percepción de dolor según la escala EVA de valoración del dolor. Describir la opinión sobre el uso de medicación para el manejo del dolor que han tenido.

Describir la opinión de los pacientes sobre la atención médica y de enfermería con el manejo del dolor. Describir la información que han recibido sobre el manejo del dolor. Describir el grado de alivio del dolor tras el tratamiento que se le ha administrado.

MATERIAL Y METODOS: Se ha realizado un estudio descriptivo transversal. La población estuvo conformada por todos los pacientes adultos ingresados en las unidades de hospitalización médico quirúrgicas. Se seleccionaron de forma aleatoria. Se ha utilizado un cuestionario denominado Percepción del Paciente con Dolor (PPPM) validado en el contexto español y la escala EVA.

RESULTADOS: Se han obtenido 62 cuestionarios, 53,2% mujeres y 46,8% hombres, edad media de 55,19 años y estancia media de 6,50 días. 54,8% intervenidos quirúrgicamente. El 74,2% manifestó presentar dolor en algún momento del ingreso, 54,8% en las últimas 24h. El 67,7% lo manifestaron a su médico. En el momento del estudio el 45,2% manifestaron estar Sin Dolor, Dolor Leve 25,8%, Dolor moderado 16,1%, Dolor Fuerte 8,1% y Extenuante 4,8%. Sobre su opinión con la mejoría del dolor con los analgésicos, se mostraron Muy Insatisfecho 4,1%, Insatisfecho 2,0%, Algo insatisfecho 4,1%, Ni satisfecho ni insatisfecho 4,1%, Algo Satisfecho 14,3%, Satisfecho 53,1% y Muy satisfecho 18,4%. La opinión sobre la atención de los médicos al explicarles que tenía dolor manifestaron estar entre Muy Insatisfecho y Algo satisfecho 34,6%, estando el 65,3% satisfecho y muy satisfecho. Sobre la opinión de la atención de enfermería manifestaron estar entre Muy Insatisfecho y Algo satisfecho 28,3%, y el 71,4% satisfecho y muy satisfecho. De sus médicos y/o enfermeras, un 58% manifestó que ambos les comentaban que el tratamiento del dolor era importante para ellos, pero el 30% manifestó que ninguno. En cuanto al grado de alivio le proporcionó el tratamiento del dolor que se le ha administrado, 16% menos de lo que esperaba, 36% lo que esperaba, 48% más de lo que esperaba.

DISCUSIÓN: Estos resultados han permitido identificar áreas de mejora importantes por las que se deben seleccionar recomendaciones como las propuestas en la Guía Valoración y Manejo del Dolor de la RNAO¹³ que puede ayudar según demuestra

la evidencia a mejorar la situación encontrada. La media de edad de 55.19 años lo que destaca una población adulta en edad productiva para quienes el dolor puede convertirse en una limitación importante si no es tratado y manejado adecuadamente, aumentando los días de estancia y hospitalaria y por lo tanto de baja laboral. Es importante destacar el número de pacientes quirúrgicos encuestados (54.8%) convirtiéndose en el mayor porcentaje de pacientes encuestados y por lo tanto una población importante de atender con posibilidad real de presentar dolor. Quizás el hallazgo más interesante de este estudio es la percepción de muchos pacientes quienes manifestaron presentar dolor en algún momento de su ingreso, específicamente un 74,2% de los encuestados, lo cual es indicativo de que no existen procedimientos protocolizados o estandarizados que prevén que el paciente no sufra dolor durante el ingreso. Incluso resalta que en las últimas 24 horas antes del alta el 54.8% todavía presentaba dolor. Por otra parte, destaca que un 32.3% de los pacientes no han comunicado al personal sanitario que han tenido dolor, lo cual sugiere que no existen mecanismos estandarizados de cribaje del dolor en las unidades de hospitalización tal como recomienda la guía de buenas prácticas de valoración y manejo del dolor¹³. Relacionado con la satisfacción directamente percibida por los usuarios 71,5% manifestaron estar satisfechos o muy satisfechos con el tratamiento analgésico durante su hospitalización, y con el personal médico y de enfermería, a pesar de que estaban todavía con el dolor en el momento de la entrevista y habían experimentado dolor severo durante su estancia en el hospital. Estos resultados no son inesperados y son consistentes con los reportados en estudios anteriores sobre el tema ^{19,20,21}. Estos autores también encontraron que los pacientes se mostraron satisfechos con su tratamiento analgésico incluso cuando tenían o habían tenido dolor severo. En nuestra opinión, esto podría significar que muchos pacientes consideran que de alguna manera, sentir dolor es normal después de un procedimiento quirúrgico o durante la evolución de una enfermedad.

En este estudio, estos hallazgos sugieren que los pacientes satisfechos con el tratamiento del dolor, también fueron aquellos que estaban satisfechos con el personal sanitario y confirma la fuerte relación entre ambas variables. Por una parte, esto puede ser considerado como algo positivo, porque es lógico que un aspecto puede estar influenciado por el otro, pero por otra parte, se puede poner de manifiesto una limitación del instrumento, ya que no puede diferenciar entre si el paciente está realmente satisfecho con el tratamiento analgésico o si es sólo un reflejo de su satisfacción por el personal sanitario. Tal situación ya fue manifestada por Malouf¹⁹ en las conclusiones de su estudio. Es oportuno destacar, que factores como la intensidad del dolor y el tiempo transcurrido desde cuando un paciente pide un analgésico hasta que se administra puede influir en la opinión de cualquier paciente, incluso si espera sentir una cantidad específica de dolor. Existen estudios con pacientes de diferentes culturas²⁴, donde pacientes de mayor edad tienden a expresar una mayor intensidad de dolor que los más jóvenes. Sería interesante en el futuro realizar investigaciones en los que se relacione la edad y la estancia con la intensidad del dolor en nuestro contexto. Para concluir, este estudio nos muestra que el dolor sigue siendo un problema en nuestro hospital, ya que muchos pacientes describen tener dolor severo o incluso extenuante. También puede significar, por un lado, que los procedimientos de cribado y valoración no están establecidos y por otra parte, que no existen o por lo menos no están implantados protocolos de actuación para manejar el dolor de forma estandarizada que evite la aparición del mismo, como es en el caso de los pacientes quirúrgicos. Esto no quiere decir que el tratamiento analgésico no es, al menos parcialmente, eficaz para aliviar el dolor, ya que un alto porcentaje de los pacientes manifestaban la mejora con el analgésico administrado. Se puede inferir a partir de estos resultados que el tratamiento analgésico es eficaz, aunque algunos detalles terapéuticos tienen que ser revisados para poder alcanzar un objetivo de menor percepción de dolor durante la hospitalización. Otro hallazgo interesante, es que más de un tercio de la población estudiada no pidió un analgésico ni dijo que tenía dolor al personal sanitario, lo que no quiere decir que no tenían dolor, sino más bien que no pidieron medicación a pesar de que lo sentían. Por lo tanto, había muchos pacientes que sentían dolor severo y no pidieron un analgésico, y sin embargo se mostraron satisfechos con el tratamiento analgésico así como con el personal sanitario. Este resultado es muy importante, porque refleja la creencia que sobre el dolor tienen los pacientes, que les lleva a esperar el mismo después de la cirugía o durante una enfermedad. Esto significa que un gran número de pacientes espera sufrir dolor durante su hospitalización. Por lo que es oportuno sugerir programas de educación para la salud en temas de dolor para borrar estas falsas creencias y evitar el innecesario sufrimiento en

silencio. Más del 40% de todos los pacientes respondió que no se les dijo que el tratamiento del dolor era importante para el personal sanitario, lo cual difiere significativamente con los resultados de otros estudios, como el de Malouf¹⁹, en la que esta cifra superaba más del 90%. Aunque es mejor en nuestro estudio, de igual forma, este hallazgo no sólo manifiesta por parte del personal sanitario la poca importancia dada al tratamiento del dolor o a la percepción que del mismo tienen los pacientes durante el curso de una enfermedad, sino también sugiere que las actitudes del personal hacia el dolor y su importancia no son totalmente adecuadas o por lo menos como recomienda la literatura sobre el tema¹³ y debe ser además de investigado con más profundidad, considerarse un área de mejora a trabajar. Otros estudios sobre este aspecto ^{20,21} reportaron 67% y 84% respectivamente, con peores resultados que en nuestro caso. Aunque no existen estudios comparativos para analizar las actitudes del personal sanitario español en el tratamiento del dolor, las tasas de prevalencia de dolor postoperatorio en estudios recientes parecen indicar que esto no es una alta prioridad del cuidado^{19,20,21}. Está claro que el dolor es una experiencia subjetiva y la satisfacción del paciente tiene que ser interpretado como la suma de una gran variedad de factores, que también dependerá de las creencias culturales de la población estudiada, por lo que nuestros esfuerzos se deben dirigir a los cambios en la creencia del paciente de que el dolor es una sensación normal y esperada que se experimentará después de cualquier cirugía o afección médica y en resumen, nuestro estudio muestra que las percepciones de los pacientes de nuestro entorno con el manejo del dolor están en algún tipo de acuerdo con los estudios realizados en otros países y confirma la paradoja con la satisfacción que han mostrado.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Gordon DB, Dahl JL. Quality improvement challenges in pain management. *Pain*. 2004;107:1–4.
2. American Pain Society Quality of Care Committee. Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. *JAMA*. 1995;274:1874–1880.
3. Dahl JL. Improving the practice of pain management. *JAMA*. 2000; 284:2785.
4. Yates P, Dewar A, Edwards H, et al. The prevalence and perception of pain amongst hospital in-patients. *J Clin Nurs*. 1998;7:521–530.
11. Guía Salud. Guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. <http://portal.guiasalud.es/web/guest/home>.
12. Arbonés E., Montes A., Riu M., Farriols C., Mínguez S. El dolor en los pacientes hospitalizados: estudio transversal de la información, la evaluación y el tratamiento. *Rev. Soc. Esp. Dolor [revista en la Internet]*. 2009 Sep [citado Sep 2013]; 16(6): 314-322. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113480462009000600004&lng=es.
13. Registered Nurses Association of Ontario Toolkit: Implementation of clinical practice guidelines. Registered Nurses Association of Ontario. 2002. Toronto, Canada.
15. Registered Nurses Association of Ontario Valoración y manejo del dolor. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario. 2002
16. Álvarez de la Rosa A.E. Olivares Ramírez C. Cadena Estrada J.C. Olvera Arreola S.S. Satisfacción de los pacientes hospitalizados con la atención de enfermería. *Enf Neurol (Mex)* Vol. 11, No. 2: 68-72, 2012.
17. Hernández Méndez S. Enfermería en la promoción de la salud. Satisfacción de los usuarios. Edita: Universidad de Carabobo. Área de estudios de Postgrado. Venezuela. 2003.
18. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Séneca. Madrid 2008.
19. Malouf J; Andion O; Torrubia R. A Survey of Perceptions with Pain Management in Spanish Inpatients. *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol. 32 No. 4 October 2006.
20. Ward S, Gordon D. Application of the American Pain Society Quality Assurance Standards. *Pain* 1994;56:299e306.
21. Miaskowski C, Nichols R, Brody R, et al. Assessment of patient satisfaction utilizing the American Pain Society's Quality Assurance Standards on acute and cancer-related pain. *J Pain Symptom Manage* 1994;9:5e12.

24. McNeill J, Sherwood G, Starck P, et al. Pain management outcomes for hospitalized Hispanic patients. *Pain Manag Nurs* 2001;2:25e36

AUTORES/AUTHORS:

JOSÉ CARLOS BELLIDO-VALLEJO, ANTONIA QUERO-HARO, MANUEL GARCÍA-LUGARDO, MARÍA DOLORES MOLINA-IBAÑEZ, MARÍA LUISA SÁNCHEZ-SAMANIEGO, DAVID FELIGRERAS-ÁLCALA, ISABEL MARÍA LÓPEZ-MEDINA, PEDRO LUIS PANCORBO-HIDALGO

TÍTULO/TITLE:

Validez y fiabilidad del Resultado "Nivel del dolor" de la Clasificación de Resultados de Enfermería

OBJETIVOS

Determinar la fiabilidad (consistencia interna y concordancia interobservador) y validez (de criterio y constructo) de la versión en castellano del Resultado "Nivel del dolor" de la Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE), en pacientes hospitalizados con dolor agudo.

MÉTODOS

Estudio de validación de instrumentos que utiliza un diseño transversal, desarrollado entre junio y noviembre de 2012, en tres hospitales públicos de la provincia de Jaén (España).

Muestra no probabilística, por cuotas en unidades hospitalarias donde los pacientes presentan dolor agudo. La valoración del dolor fue realizada por enfermeras que prestaban cuidados directos a los pacientes en unidades médicas, quirúrgicas y críticas. La selección de enfermeras fue de conveniencia, cumpliendo con la condición de ser personal fijo o con contrato de larga duración (≥ 6 meses).

Instrumento. Se utilizó una versión del Resultado Nivel del dolor (RND) que había sido adaptada culturalmente y estudiada su validez de contenido mediante un grupo de expertos españoles (1). Dicha versión estaba formada por los siguientes indicadores: Dolor verbalizado/expresado; Duración de los episodios de dolor; Frotarse el área afectada; Gemidos y llanto; Expresión facial de dolor; Inquietud; Agitación; Irritabilidad; Muecas de dolor; Lágrimas; Diaforesis; Tensión muscular; Pérdida de apetito; Náuseas; Respuesta aumentada a estímulos físicos (hipersensibilidad); Inactividad; Frecuencia respiratoria; Frecuencia cardíaca apical; Frecuencia del pulso radial; Presión arterial y Sudoración. Los indicadores estaban divididos en dos grupos, cada uno de los cuales se medía mediante una escala tipo Likert de 5 puntos, donde el valor 1 se corresponde con la peor situación del paciente y el valor 5 con la mejor.

Para conocer la fiabilidad se estudió la consistencia interna y la concordancia interobservador, ésta última tanto en la Puntuación global del RND como en los 21 indicadores, para lo cual 29 enfermeras (en parejas), de 9 unidades hospitalarias reclutaron a los pacientes, y realizaron al mismo tiempo una valoración de la situación dolorosa de cada uno de ellos.

En cuanto a la validez, se estudió la validez de constructo mediante un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y la validez de criterio concurrente, midiendo el dolor de los pacientes, además de con el RND con un "Gold estándar", la Escala Numérica de Intensidad del dolor (ENID) en su versión de 11 puntos, donde el valor 0 se corresponde con la ausencia de dolor y el valor 10 con el peor dolor imaginable.

Este estudio forma parte del proyecto denominado "Validación de los cuestionarios relacionados con el dolor de la Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) en el contexto español". Fue aprobado por la Comisión Provincial de Ética de la Investigación para toda la provincia de Jaén y está subvencionado por la Fundación Pública Progreso y Salud de la Junta de Andalucía. Las enfermeras y pacientes que participaron fueron informados y firmaron un documento de consentimiento informado.

Análisis estadístico. Estadísticos descriptivos: frecuencias, porcentajes, medias, desviación estándar e IC al 95%. Significación estadística $p < 0,005$. Coeficiente alfa de Cronbach. Estadístico Kappa de Cohen (ponderación cuadrática). Análisis factorial

exploratorio, método de extracción de componentes principales con rotación Varimax. Coeficientes de Correlación (Rho de Spearman).

RESULTADOS

La muestra fue de 73 pacientes, en su mayoría hombres (41), casados (53), con diagnóstico enfermero de Dolor agudo (21), con una puntuación en la ENID en el momento de ser incluidos en el estudio de $3,73 \pm 2,39$ puntos y cuya patología principal se localizaba en el aparato digestivo (21).

Fiabilidad

La concordancia interobservador para la puntuación global del RND fue de $\kappa=0,88$ (IC95% 0,83-0,94). Para los indicadores la concordancia se mueve en un rango que va de $\kappa=0,60$ para el indicador "Respuesta aumentada a estímulos físicos" a $\kappa=0,89$ para el indicador "Frecuencia cardíaca apical".

La consistencia interna del RND medida mediante el alfa de Cronbach, fue de $\alpha=0,93$ (n=62) para la versión inicial de 21 indicadores, pasó a $\alpha=0,94$ en la versión con 16 indicadores. Si se consideran los 2 factores obtenidos tras el AFE, el factor "Manifestaciones Conductuales" obtuvo un $\alpha=0,94$ y el factor "Mediciones fisiológicas" un $\alpha=0,87$.

Validez

La validez de constructo, establecida mediante AFE, mostró la existencia de 2 factores que explican el 65,18% de la varianza; el primero, denominado "Manifestaciones conductuales" mide el comportamiento conductual del paciente, (12 indicadores) que explica el 43,07% de la varianza total; el segundo se ha denominado "Mediciones fisiológicas" y mide respuestas fisiológicas (4 indicadores) y explica el 22,12% de la varianza total.

Validez de criterio concurrente, las puntuaciones globales del RND mostraron una correlación inversa elevada con la ENID ($r=-0,85$ enfermera 1; $r=-0,87$ enfermera 2; $p<0,001$).

Los 21 indicadores correlacionados con la ENID se mueven en un rango que va de $r=-0,14$ ($p=0,27$) para el indicador "Pérdida de apetito" a $r=-0,84$ ($p<0,001$) para el indicador "Dolor verbalizado/expresado".

La versión de 16 indicadores (obtenida tras el AFE) presentó una correlación con la ENID de $r=-0,78$ ($p<0,001$). El factor "Manifestaciones conductuales" tuvo una correlación de $r=-0,79$ ($p<0,001$), y el factor "Mediciones Fisiológicas" $r=-0,46$ ($p<0,001$).

DISCUSIÓN

La asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define al dolor agudo como "Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular potencial o real, o descrita en términos de tal daño de reciente comienzo y duración probablemente limitada, que generalmente tiene una relación temporal y causal con una lesión o enfermedad" (2). El dolor agudo tiene una alta prevalencia, está presente en multitud de situaciones de salud, por ejemplo, en pacientes hospitalizados (3), en personas con cáncer (4), en los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos (5), o en situaciones de urgencias, emergencias o cuidados críticos (6).

Las enfermeras, principales responsables de la monitorización y control de los cuidados en diversos entornos asistenciales (7), asumen responsabilidad en problemas como el dolor, compartiéndola con otros profesionales o planteando un diagnóstico enfermero (8). Las enfermeras cuentan para la valoración, evaluación y seguimiento del dolor agudo, con el RND, incluido en la Clasificación de Resultados de Enfermería (9). A pesar de lo cual, dicho resultado tiene pocos estudios de validación que aporten pruebas de su fiabilidad y validez cuando es utilizado en pacientes hospitalizados con dolor agudo.

En la muestra de pacientes hospitalizados, se ha obtenido una excelente concordancia interobservador para la puntuación global del RND ($\kappa=0,88$), lo que viene a indicar que el instrumento se muestra consistente en sus mediciones y su error aleatorio es pequeño cuando es administrado por dos enfermeras a un mismo paciente. Respecto a los indicadores, no todos obtuvieron el mismo nivel de acuerdo, el que ha obtenido una concordancia más baja fue "Respuesta aumentada a estímulos físicos" ($\kappa=0,60$);

éste indicador no estaba contemplado en la versión inglesa, fue incorporado tras la validación de contenido a propuesta de los expertos (1), aun siendo su nivel de acuerdo interobservador moderado, al ser de nueva incorporación dicho nivel puede estar indicando que es un indicador menos apropiado para pacientes hospitalizados con dolor agudo o que deba considerarse su formulación. Los demás indicadores, incluso los que fueron descartados tras el AFE, presentaron niveles de acuerdo de buenos a excelentes.

Se encontró buena consistencia interna para el RND ($\alpha=0,93$) en la versión inicial de 21 indicadores. En la versión de 16 indicadores, obtenida tras el AFE, se mantiene la buena consistencia interna en el conjunto ($\alpha=0,94$) y en los 2 factores ("Manifestaciones conductuales" $\alpha=0,94$; "Mediciones fisiológicas" $\alpha=0,87$). Estos datos ponen de manifiesto que los indicadores miden diferentes aspectos del concepto "Nivel del Dolor" y que la versión de 16 indicadores es internamente coherente en la medida en que sus dos factores están midiendo la misma característica (10). Esto puede ser de gran utilidad a las enfermeras, ya que en el trabajo clínico y en situaciones de dolor agudo, la valoración del dolor mediante un grupo numeroso de indicadores resulta poco operativa cuando no imposible. Es relevante poder centrar la medición del dolor en grupos más reducidos de indicadores, como es el caso del factor "Mediciones fisiológicas" que centra la medición en sólo 4 indicadores, que pueden ser medidos mediante instrumentos de medida automáticos (monitores), cosa que ocurre con frecuencia en unidades de recuperación post-anestésica, urgencias o de cuidados intensivos. Por otra parte el factor "Manifestaciones conductuales", que presentó mejor validez concurrente que el factor "Mediciones fisiológicas", por su orientación podría tener mayor aplicación en unidades de hospitalización como cirugía, hematología, oncología, ortopedia o traumatología; éste factor no sólo reduce el número de indicadores a 12, sino que algunos de ellos demuestran dos características importantes, alta concordancia interobservador y alta correlación con la ENID, indicadores como "Dolor verbalizado/expresado", "Duración de los episodios de dolor" o "Expresión facial de dolor", podrían interpretarse como indicadores de primera elección cuando las enfermeras tengan necesidad de seleccionar sólo unos pocos indicadores.

Las puntuaciones globales del RND presentan una correlación alta y negativa con las obtenidas con la ENID ($Rho=-0,85$ $p<0,001$), lo que plantea una buena validez concurrente entre los dos instrumentos. La correlación negativa se explica porque los dos instrumentos miden el grado de dolor en sentido inverso; mientras que en el RND la ausencia de dolor se mide con su valor más alto (5) y conforme va aumentando el dolor en el paciente la puntuación va descendiendo, hasta llegar a dolor severo medido con el valor más bajo (1); en la ENID el valor 0 es ausencia de dolor y conforme va aumentando el dolor en el paciente, la escala va aumentando la puntuación hasta al valor 10, catalogado como el peor dolor imaginable.

Implicación para la práctica

Esta investigación aporta pruebas de la validez y fiabilidad en el uso de la versión en castellano del Resultado "Nivel de dolor", y demuestra que es un instrumento útil en la valoración clínica del grado de dolor que presentan los pacientes hospitalizados con dolor agudo.

La existencia de dos factores junto con los datos de fiabilidad y validez de cada uno de los indicadores resultan elementos de gran valor en la práctica clínica, con ellos las enfermeras pueden tomar decisiones para mejorar su aproximación a la experiencia dolorosa del paciente al tiempo que hacer más operativo el trabajo clínico.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA

1. Bellido-Vallejo JC, Rodríguez-Torres MdC, López-Medina IM, Pancorbo-Hidalgo PL. Adaptación cultural y validación de contenido del resultado «Nivel del dolor» de la clasificación de resultados de enfermería. *Enferm Clin.* 2013;23(4):154-159.
2. Internacional Association for the Study of Pain. Iasp. <http://www.iasp-pain.org//AM/Template.cfm?Section=Home>. Updated 2013.

Accessed March/18, 2013.

3. Sawyer J, Haslam L, Robinson S, Daines P, Stilos K. Pain prevalence study in a large canadian teaching hospital. *Pain Management Nursing*. 2008;9(3):104-112.
4. Naveh P, Leshem R, Dror YF, MA, Musgrave, Catherine F,RN, DNSc. Pain severity, satisfaction with pain management, and patient-related barriers to pain management in patients with cancer in israel. *Oncol Nurs Forum*. 2011;38(4):E305-13.
5. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan aTJ. Postoperative pain experience: Results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesth Analg*. 2003;97(2):534-540.
6. Cordell WH, Keene KK, Giles BK, Jones JB, Jones JH, Brizendine EJ. The high prevalence of pain in emergency medical care. *Am J Emerg Med*. 2002;20(3):165-169.
7. Benner P, Sheets VJD, Uris P, Malloch K, Schwed KJD, Jamison D. Individual, practice, and system causes of errors in nursing: A taxonomy. *J Nurs Adm*. 2002;32(10):509-523.
8. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.
9. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Nursing outcomes classification (NOC). 5ª ed. St. Louis, Missouri: Mosby; 2013.
10. Banningan K, Watson R. Reliability and validity in a nutshell. *Journal of Clinical Nursing*. 2009;18(23):3237-3243.

Mesa de comunicaciones 20: Práctica Clínica

Concurrent session 20: Clinical Practice

AUTORES/AUTHORS:

Serafín Fernández-Salazar, M^a Amparo Pérez-Campos, Isabel M^a López-Medina, Inmaculada Sánchez-García, Beatriz López-Barajas Fernández, Francisco P. García-Fernández, Pedro L. Pancorbo-Hidalgo

TÍTULO/TITLE:

Adaptación cultural, validación de contenido y prueba piloto del Cuestionario "Nursing Teamwork Survey".

OBJETIVOS.

- 1) Obtener una versión adaptada semántica y culturalmente al español del Cuestionario "Nursing Teamwork Survey" (NTS).
- 2) Analizar la Validez de Contenido (VC) de la versión en español del NTS, denominado Cuestionario de trabajo en equipo en Enfermería.
- 3) Realizar una prueba piloto de fiabilidad y aplicabilidad.

MÉTODOS .

Diseño de validación de cuestionarios.

En primer lugar, se realizó una traducción y retrotraducción del cuestionario NTS en su versión original según la Comisión Internacional de Test (1) y se consultó con la autora de la versión original en inglés (Kalisch) (2) para obtener una primera versión del cuestionario en castellano.

A partir de esta versión se llevó a cabo una validación de contenido mediante 2 rondas con un panel de 11 enfermeras expertas en diferentes áreas (gestión, asistencia, docencia e investigación). Con las valoraciones del grupo de expertos se modificó la redacción de algunos ítems, para conseguir la versión 2.

La versión 2 en castellano del Cuestionario de trabajo en equipo en Enfermería se sometió a una prueba piloto de fiabilidad y facilidad de uso del instrumento sobre una muestra de conveniencia de 32 profesionales (16 enfermeras y 16 auxiliares de enfermería) de 3 hospitales públicos de la provincia de Jaén, pertenecientes al Servicio Andaluz de Salud y a la Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir.

Se estudiaron las siguientes variables: a) Sociodemográficas y profesionales; b) Trabajo en Equipo, con cuestionario NTS en castellano, donde cada ítem se puntuó según una escala de 5 puntos (de Nunca a Siempre); c) Facilidad en la cumplimentación del instrumento.

Análisis: Estadísticos descriptivos (frecuencias, media y desviación estándar) para variables demográficas y para la usabilidad. Se calculó el Índice de Validez de Contenido Promedio (ICV-p) y para cada ítem (ICV-i) según metodología de Lynn (3). La fiabilidad (consistencia interna) se determinó mediante el Alfa de Cronbach (global y por cada dimensión) (4).

RESULTADOS.

Cuestionario: tras la traducción y adaptación cultural se obtuvo la versión 1 con 33 ítems, que fue sometida a validación de contenido por panel de expertos (11 expertos, con 21 años de experiencia profesional media). Tras esta ronda se incluyeron 4 nuevos ítems (cuestionario de 37 ítems) que en segunda ronda obtuvo un IVC-p de 1,0 para todo el cuestionario, versión 2.

Prueba Piloto: la prueba piloto se realizó con 32 profesionales, con una edad media de 40,8 años ($\pm 14,3$); el 87,5% eran mujeres y el 65,7% tenían más de 10 años de experiencia profesional. El 50% de los profesionales eran Diplomados de Enfermería y el 50% restante, Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

Un 34,4 % de los profesionales (11) tenía entre 5 y 10 años de experiencia profesional, un 34,4% (11) entre 10 y 15 años y el restante 31,3% (10) contaban con más de 20 años de experiencia profesional. Respecto de la experiencia en la Unidad donde trabajaban: el 37,5% (12) llevaban entre 5 y 10 años, el 25% (8) entre 10 y 20 años, el 21,9% (7) más de 20 años, y el restante 15,6%(5) menos de 5 años.

Fiabilidad: La Consistencia Interna global mostró un alfa de 0,85 y para las 6 dimensiones propuestas por Kalisch fueron de: confianza 0,83; orientación del equipo 0,75; respaldo 0,80; modelo mental compartido 0,81 y liderazgo del equipo 0,87.

Aplicabilidad: Se identificaron 5 ítems problemáticos (4 de ellos, los incluidos tras la primera ronda de expertos). El 62,5% de los profesionales identificaron como "fácil" o "muy fácil" de cumplimentar el cuestionario (puntuación media de $3,69 \pm 0,78$ sobre 5).

DISCUSIÓN.

La versión española del Cuestionario de trabajo en equipo en Enfermería (NTS) mostró un buen comportamiento psicométrico, aunque su consistencia interna fue algo inferior al valor obtenido por Kalisch (0,94) (2).

Todas las dimensiones han obtenido una fiabilidad superior a 0,80 a excepción del factor de "Orientación del Equipo" (0.75). Es previsible obtener mejores datos en el estudio de validez en una muestra amplia, para validez de constructo y criterio.

Esta versión 2 del cuestionario con 4 ítems nuevos, relacionados con el liderazgo informal, ha aumentado el valor de consistencia interna global (versión de 33 ítems 0,78) y en las dimensiones de Respaldo y Liderazgo del equipo.

El estudio de los equipos de trabajo se ha convertido en un elemento nuclear en el funcionamiento de las organizaciones. Este hecho, ha sido facilitado por diferentes estudios que han mostrado la relación positiva que existe entre el trabajo en equipo y la calidad de los productos y servicios que puede ofrecer una organización (5).

En el entorno anglosajón, existen múltiples instrumentos para medir la eficacia del trabajo en equipo y el liderazgo en salud, y concretamente en el ámbito de la enfermería. Una recopilación de dichos instrumentos puede encontrarse en dos de las Guías de Buenas Prácticas que elabora la Asociación de Enfermeras Profesionales de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario) (6,7). En dichos documentos pueden encontrarse instrumentos de medida específicos y multidimensionales, en el caso del trabajo en equipo, y sobre comunicación, confianza, empoderamiento, autonomía, entorno, etc, respecto del liderazgo.

En nuestro país se han diseñado y validado diferentes cuestionarios relacionados con el clima emocional de los equipos de salud (8), los entornos de práctica asistencial (9), intensidad de colaboración entre profesionales (10) y la medición de actitudes hacia el trabajo en equipo (11), destacando la ausencia de herramientas que nos permitan medir los diferentes niveles de trabajo en equipo dentro de los profesionales de Enfermería.

Respecto de este instrumento y su aplicabilidad, se hace necesario disponer de una herramienta adaptada culturalmente a nuestro entorno, fiable y válida, y que nos permita comprender como se configuran los equipos de trabajo y el liderazgo en Enfermería, ya

que estos dos factores son claves en el funcionamiento de las organizaciones sanitarias, pero no solo eso, sino que juegan un papel muy importante respecto de la Práctica Clínica Basada en Evidencia y la transferencia del conocimiento (9).

Implicaciones para la práctica:

Este instrumento permite medir cómo se configura el trabajo en equipo en Enfermería en centros sanitarios y conocer su influencia en los distintos modelos organizativos internos, así como identificar elementos que faciliten o dificulten la Práctica Clínica Basada en Evidencias (12).

Financiación: La investigación se ha realizado con fondos del proyecto: "Influencia del Modelo Organizativo de hospitales sobre la implementación por profesionales de enfermería de la práctica clínica basada en evidencias" Expte: PI11/02565. Instituto de Salud Carlos III, que se desarrolla en la Universidad de Jaén, Complejo Hospitalario Universitario de Jaén y Agencia Sanitaria Hospital Alto Guadalquivir.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) International Test Commission [homepage on the Internet]. ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests. [monograph on the Internet]. 2010. [cited 2013 Jul 16]. Available from: <http://www.intestcom.org/Guidelines/Adapting+Tests.php>
- (2) Kalisch BJ, Lee H, Salas E. The Development and Testing of the Nursing Teamwork Survey. *Nursing Research* 2010; 59 (1): 42–50
- (3) Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*. 1986. 35: 185-188.
- (4) Sánchez-Fernández P, Aguilar-de-Armas I, Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas MT, Hidalgo-García R. Fiabilidad de los instrumentos de medición en ciencias de la salud. *Enferm Clin*. 2005;15(4):227-36.
- (5) Gibson C B, Porath CL, Benson G S, Lawler E E. What results when firms implement practices: The differential relationship between specific practices, firm financial performance, customer service, and quality. *Journal of Applied Psychology*. 2007; 92: 1467-1480.
- (6) Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Desarrollo y Mantenimiento del liderazgo en Enfermería. Toronto, Canada. Registered Nurses' Association of Ontario. 2006 [citado 10 Sep 2013]. Disponible en: http://www.rnao.org/Storage/83/7756_1776_Practica_colaborativa_en_los Equipos_de_enfermeria.pdf
- (7) Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Práctica colaborativa en los equipos de enfermería. Toronto, Canada. Registered Nurses' Association of Ontario. 2006 [citado 10 Sep 2013]. Disponible en: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Desarrollo_y_mantenimiento_del_liderazgo_en_enfermeria.pdf
- (8) March Cerdá JC, Danet A, Romero Vallecillos M, Prieto Rodríguez MA. Clima emocional en equipos de profesionales sanitarios de Andalucía. *Rev Calid Asist* .2010;25(6):372–377
- (9) De Pedro-Gómez J, Morales-Asencio JM, Sesé-Abad A, Bennasar Veny M, Artigues Vives G, Perello Campaner C. Entorno de práctica de los profesionales de enfermería y competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones: situación en las Islas Baleares. *Gac Sanit*. 2011;25(3):191–197.
- (10) San Martín-Rodríguez L, D'amour D, Leduc N. Validación de un instrumento de medida de la intensidad de la colaboración entre los profesionales de la salud traducido al español. *Enferm Clin*. 2007;17(1):24-31
- (11) Del Barrio Linares M. Reverte Sánchez M. Evaluación del trabajo en equipo en seis unidades de cuidados intensivos de dos hospitales universitarios. *Enferm Intensiva*.2010;21(4):150–160

AUTORES/AUTHORS:

FERNANDO JESÚS PLAZA DEL PINO, MARGARITA VEIGA DEL PINO

TÍTULO/TITLE:

Islam en el hospital: La visión de los pacientes musulmanes.

En la provincia de Almería la población musulmana tiene en torno a 80.000 miembros(1), usuarios potenciales de la Sanidad Pública.

OBJETIVOS

Valorar los aspectos culturales-religiosos de pacientes de tradición musulmana en el hospital.

Acercarnos a las implicaciones que en la práctica enfermera tienen los aspectos culturales-religiosos de pacientes de tradición musulmana.

MÉTODOS

Estudio cualitativo, el método de estudio ha sido la teoría fundamentada.

Dimensiones

Percepción del conocimiento de los usos culturales musulmanes que tiene el personal de Enfermería, respeto a las costumbres-tradiciones musulmanas en torno al proceso salud-enfermedad, percepción de la interpretación de costumbres-tradiciones que hacen los profesionales.

Recogida de datos

Entrevistas semiestructuradas en profundidad y grupos de discusión.

El número de informantes tuvo un propósito teórico.

El periodo de recogida de datos de mayo de 2010 a Junio de 2011.

Informantes

Nacidos en países con mayoría de población musulmana con al menos un ingreso hospitalario en Almería. Participación voluntaria.

En la elección de los informantes se buscó la máxima variabilidad; distinta edad, sexo, nacionalidad, años de estancia en nuestro país, nivel de conocimiento del castellano.

- 38 entrevistas; 24 marroquíes y el resto procedentes de países del Africa Subsahariana. Con edades comprendidas entre los 19 y los 57 años, de ellos había 21 hombres y 17 mujeres.

- 4 grupos de discusión; hombres marroquíes, mujeres marroquíes, hombres y mujeres marroquíes y hombres y mujeres subsaharianos.

Los grupos de marroquíes se han hecho en árabe y el grupo de subsaharianos en mandiacu.

Participaron un total de 32 personas.

Análisis de los datos

El análisis se ha basado en los principios y procedimientos de la Teoría Fundamentada que indica que el análisis y la recolección de datos se realicen en forma concurrente.

Tras el análisis de las entrevistas se realizaron los grupos de discusión, cuyo objetivo era el de contrastar los resultados obtenidos en las entrevistas.

RESULTADOS**Primeras Categorías.**

Los primeros códigos encontrados incluidos en el eje cultura-tradiciones fueron 23.

Sobre prácticas y creencias; rezo, alimentación, cuidados por sexo contrario, intimidad, el velo, la familia.

Sobre actitudes de los profesionales; pregunta sobre religión, comprensión de la diferencia y/o similitud cultural, percepción del interés del personal por conocimiento cultural, percepción de respeto cultural.

Categorías Centrales

Encontramos dos categorías que nombramos como variabilidad y religión a un 2º plano. Destacamos la percepción de los informantes de la actitud de los profesionales ante sus costumbres-tradiciones y la similitud cultural con la sociedad de acogida.

- Variabilidad.

Nos referimos a la enorme versatilidad en las prácticas tradicionales-religioso-culturales de nuestros informantes

El rezo diario es uno de los cinco pilares del Islam:

PH Yo si soy musulmán y hago el Ramadán y todo eso aunque no rezo ni voy a la mezquita

HM1 Hay musulmanes que rezan, hay musulmanes que no rezan

La alimentación. El Islam prohíbe consumir ciertos alimentos y sustancias como la carne de cerdo o el alcohol.

TH6 Khalifo (cerdo) no, nosotros no comemos. Pero si tengo hambre y alguien me da khalifo, y no hay otra cosa, si tienes hambre tienes que comer, no pasa nada

TH2 Es comida de hospital, no es la de tu casa. Te traen la comida, no es obligatorio comer, se come, no me gustaba pero hay que comer

Entre los tópicos más extendidos acerca de las personas musulmanas está la negativa de éstas a ser atendidas por profesionales del sexo contrario.

PH4 No, a mí me da igual porque trabajan los dos en el hospital

PM5 No, a mí me da igual. Mientras que ellos me traten bien... ¿tú qué vas a hacer? no pasa nada.

HM1 A mí me da igual. También en Marruecos somos musulmanes y tenemos ginecólogos hombres, enfermeros hombres y todo.

Sólo una minoría manifestó preferir ser atendido por personal de su mismo sexo de forma rotunda. Otros expresaron su deseo de ser atendidos por personal del mismo sexo pero sin imponerlo ni en negarse a ser atendidos.

TM7 Sí, por vergüenza.

HH7 Para las mujeres nosotros pensamos que será una mujer mejor que un médico [...] Yo tengo miedo de llevar a mi mujer y que sea un médico, eso puede ser un poquito cerrado, ¿no?

En cuanto a la costumbre de usar el velo, en muchos casos se valora como un símbolo de pertenencia a su comunidad y un importante vínculo de unión con sus familias:

PM3 Mi religión lo dice pero cada una está libre de hacer lo que quiere, a mí como musulmana me gusta llevarlo, si otras no quieren llevar el pañuelo a mí me viene igual.

PM4 Ya hace siete años que llevo el pañuelo, lo decidí yo sola porque toda mi familia lleva el pañuelo y yo también quiero llevarlo. Aunque en muchos casos no se usa o solo se hace en determinadas ocasiones.

HH1 Yo el velo me lo pongo unos días y otros no, por ejemplo, cuando vengo al hospital me gusta llevarlo.

Hemos encontrado comentarios que no apoyan las conductas que se consideran más radicales. Valoran que las propias costumbres o creencias pueden interpretarse por la sociedad de acogida como cerradas y que pueden dificultar su integración.

PH2 Si tú llevas el burka, que no se te ven los ojos, eso como musulmán apoyaríamos a que eso desaparezca.

PH2 Los fundamentalistas son los que hacen eso, en Senegal no lo hacemos, la religión nuestra no es que tú tengas que cubrirte entera y que sea como si desaparezcas.

- Religión en Segundo Plano.

Gran parte de nuestros informantes anteponen la necesidad de sanar a planteamientos religiosos y adaptan sus prácticas y creencias religiosas al entorno hospitalario.

Sobre el rezo

TH1 No, en el hospital no. Cuando todo terminó, la operación, sí, recé en mi casa.

PH4 Después de la operación no me podía levantar y rezaba en la cama, después en el suelo, aquí en el hospital un sitio para rezar para los musulmanes no hay

Sobre el cuidado por profesionales del sexo opuesto

GM3 Si estás enferma te tienen que curar, si es hombre te tiene que ver, es necesario. El parto es algo natural y "misericordioso", no te puedes avergonzar.

O sobre el uso del velo

PM3 en el parto me quitaron el pañuelo y me dieron una gorra que iba junta con el camisón. P ¿Y te pareció bien? R Sí, me daba menos calor con la gorra, me pareció bien, después del parto me volví a poner el pañuelo.

- Actitud de profesionales.

En referencia a la percepción que los informantes tienen de las actitudes y conductas de los profesionales de la salud respecto a la religión y costumbres de los pacientes.

En muchos casos los profesionales presuponen la pertenencia religiosa de estos pacientes basándose en el país de origen o el nombre:

PH2 A mí me parece que ellos han sospechado que yo soy musulmán. Creo que piensan que todos los negros son musulmanes.

PH3 Creo que se imaginan que si vienes de Marruecos sólo puedes ser musulmán, pero eso no es así

Los participantes en nuestro estudio destacan con cierta frecuencia que no eran preguntados sobre su religión o si seguían una dieta especial.

HH3 Por estas cosas no han preguntado, este punto tendría que estar

En otros casos, sí existía intercambio de información entre la enfermera y su paciente.

PH4 Ella cuando viene la primera vez me dijo: "¿qué comida quieres?". Yo le dije que en el hospital comía solamente el pescado.

TM3 Ellas me preguntan si como carne, respetan mi religión

En cuanto a la percepción del conocimiento cultural de los profesionales sobre el Islam y el interés por acercarse a las costumbres y creencias de los pacientes de tradición musulmana los entrevistados expresaban lo siguiente:

TM1 Yo creo que no, que ellos no muestran interés en averiguar, en saber, hablando de eso, de la dieta, de todo.

PH3 Algunos no entienden las cosas de la cultura, a una vez llevé a una mujer al hospital, su hijo le traducía y el médico se puso a decirle al niño que le pregunte a su madre si tiene la regla, ¿cómo le va a preguntar un niño a su madre eso? No se entiende.

- Visión de similitud cultural.

Son muchos los informantes que hacen referencia en sus comentarios de las similitudes culturales que encuentran con la sociedad andaluza.

PH4 Para los marroquíes la familia siempre está con el enfermo para lo que necesite, eso es igual que vosotros, los españoles es igual que los marroquíes.

DISCUSIÓN

Al analizar los resultados nos ha llamado enormemente la atención las dos categorías centrales surgidas; variabilidad y religión en un segundo plano.

Es importante subrayar que los musulmanes no constituyen un grupo homogéneo, El Islam se extiende por todo el mundo englobando a una variedad de sociedades con orígenes culturales, políticos, socioeconómicos y étnicos muy variados (2). Esto significa en la práctica una gran heterogeneidad que se evidencia en las festividades que celebran, las prácticas jurídicas o la aceptación de diferentes fuentes en las que basar sus creencias.

Nuestros datos denotan que no todas las personas de origen musulmán practican la religión de la misma manera e incluso algunos de nuestros informantes afirman no creer o practicar la religión, pese a haber sido educados y culturalizados en ella.

Mayoritariamente no existe negativa por los informantes a ser atendidos por personal del sexo contrario. Anteponiéndose la necesidad de recuperar la salud al seguimiento de algunos pilares del Islam tan importantes como puedan ser la oración o la alimentación, dejando la religión en un segundo plano. Estos hallazgos contradicen lo que algunos autores sostienen acerca de la reafirmación de los musulmanes de sus creencias y tradiciones, expresar su religiosidad de un modo más notorio que en su país de

origen (3). La realidad de los pacientes de tradición musulmana muy distinta a la visión estereotipada que se nos presenta de ellos; como un colectivo homogéneo en el todos sus miembros interpretan la religión de igual modo y que se antepone los preceptos religiosos al resto de aspectos de la vida.

En cuanto a la percepción del respeto a sus creencias y tradiciones por parte del personal de Enfermería destacamos las siguientes conclusiones:

- Con gran frecuencia los profesionales adjudican la pertenencia religiosa basándose en el nombre, aspecto físico o país de procedencia, no se le pregunta ni por su religión y por las prácticas religiosas que se tengan que tener en cuenta para adaptar los cuidados.
- Los pacientes perciben desinterés de los profesionales hacia el conocimiento de su cultura y religión.
- Algunos profesionales cuestionan a los pacientes algunas prácticas religiosas.
- Nuestros informantes ven reconocida su identidad cultural y religiosa por parte del personal cuando éstos preguntan acerca de sus costumbres o ven facilitado el seguimiento de sus prácticas en el medio hospitalario.

Nuestros informantes, pese a la gran distancia cultural percibida por la población española respecto a los musulmanes (4), encuentran similitudes culturales y cercanía con la cultura andaluza.

Implicaciones en la práctica enfermera:

Hay que mejorar la atención integral a los pacientes musulmanes. La atención integral del paciente tiene que partir de la visión de la persona como ser holístico. Es necesaria una formación específica en competencia cultural.

El apoyo de los traductores-mediadores interculturales es fundamental para crear puentes de entendimiento cultural entre el trabajador y el paciente.

La creación de espacios que faciliten la práctica de religiones, no sólo la católica, en los hospitales supondría un reconocimiento de la diversidad religiosa y de la identidad de los musulmanes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- INE. Población a 1 de enero de 2012. Disponible en: http://www.ine.es/censos2011_datos/cen11_datos_inicio.htm Consultado el 6/09/2012.
- 2- Plaza del Pino, FJ. Cuidando a pacientes musulmanes. Las fronteras de la Enfermería en la comunicación intercultural. Almería: Universidad de Almería; 2010.
- 3- Lacomba, J. (2009) Inmigrantes y musulmanes: exclusión e integración en el nuevo medio. Documento de trabajo nº 5. Abril 2009. Disponible en: <http://www.casaarabe-ieam.es/documents/download/65> Consultado el 11/10/2011.
- 4- Cea D'Ancona, MA. La medición de las actitudes ante la inmigración: evaluación de los indicadores tradicionales de racismo. Revista Española de Investigaciones Sociológicas 2002; 99; 87-111.

AUTORES/AUTHORS:

SONSOLES HERNANDEZ IGLESIAS, NELIDA FERNANDEZ MARTINEZ, JESUS ISIDORO GARCÍA GONZALEZ, MERCEDES GOMEZ DEL PULGAR, INMACULADA HERNANDEZ IGLESIAS, GEMA MATA GONZALEZ, ROSA GARCIA CHICO URBINA

TÍTULO/TITLE:

Eficacia de la reinfusión de sangre autóloga en prótesis total de rodilla primaria

2. OBJETIVOS

Objetivo general:

Comprobar la eficacia de la implantación de los sistemas recuperadores de sangre autóloga y la reinfusión de sangre autóloga recolectada por éstos en cirugías de prótesis total de rodilla primaria, para disminuir la transfusión de sangre homóloga.

Objetivos específicos:

- Analizar los resultados de los parámetros analíticos, del hemograma y la coagulación, registrados en las determinaciones seriadas realizadas a los pacientes estudiados durante el perioperatorio.
- Evaluar la necesidad de transfusión de sangre homóloga
- Determinar la disminución de días de estancia
- Cuantificar el ahorro en tiempos de
- Valorar la disminución de gasto en fungibles y recursos humanos

3. MÉTODO

Pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla en el Hospital de Móstoles de 2007 a 2009.

Estudio comparativo de casos y controles

Se estudiaron 223 pacientes intervenidos de prótesis de rodilla. Se subdividen en dos grupos; el grupo control que consta de 126 pacientes y, el grupo experimental de 97 pacientes.

Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, diagnóstico médico, intervención quirúrgica, tipo de anestesia, hemoglobina, hematocrito, leucocitos, plaquetas, tiempo parcial de tromboplastina activado, tiempo de protrombina, drenajes, sangrado postquirúrgico, necesidad de transfusión homóloga, número de bolsas de transfusión, volumen de sangre recuperada, número de días hospitalizados, complicaciones fisiológicas y satisfacción de los pacientes.

Se diseñaron dos hojas de recogida de datos, una para cada grupo.

El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS Statistics v.20.0 en español.

En las variables cualitativas se calcularon las frecuencias relativas y absolutas. En las variables cuantitativas se determinaron medidas de tendencia central; media, desviación típica, valores mínimo y máximo, y se calcularon los correspondientes intervalos de confianza al 95%.

4. RESULTADOS

No se han encontrado evidencias estadísticamente significativas ($p = 0,05$) para rechazar la hipótesis nula de igualdad de promedios antes y después de la transfusión para las variables; hemoglobina, hematocrito y plaquetas.

Grupo experimental que necesitaron homóloga un 15,46% (15) frente a un 36% (48) del

Grupo control Transfunde 48 bolsas, y el experimental, 15 bolsas.

Grupo control: 10,15 días ingresados (I.C.95%: [9,45 – 10,86]; S.D.: 3,976; Mín.: 4 – Máx.: 31). Grupo experimental: 7,37 días

(I.C.95%: [7,07 – 7,67]; S.D.: 1,502; Mín.: 4 – Máx.: 15).

Nivel de satisfacción fue superior en el grupo control respecto del experimental (9,2% vs. 2,1%).

5. DISCUSIÓN

La búsqueda de alternativas al uso de sangre alogénica es un tema actual de investigación entre los equipos médicos implicados en la medicina transfusional. Se han puesto en marcha muchas medidas y estrategias de ahorro de sangre, con distintos resultados, incluyendo la preparación perioperatoria con el uso de fármacos, la donación preoperatoria, y la recuperación perioperatoria. Los porcentajes de transfusión de sangre homóloga en los pacientes sometidos a procesos de cirugía ortopédica electiva de rodilla pueden, según los distintos autores, alcanzar hasta el 70%. Ante esta situación la reinfusión de sangre autóloga se presenta como una medida de ahorro de sangre alogénica, pero su uso sigue estando en discusión y presenta un motivo de controversia, tanto en cuanto a su calidad y seguridad. Por otro lado, la reinfusión de sangre recolectada de los drenajes quirúrgicos también presenta discusión en diferentes estudios sobre su efectividad, como demuestran artículos publicados en esta materia.

En el estudio realizado por Muñoz et al, definen las características de la sangre recuperada, filtrada y reinfundida en el postoperatorio. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: En el postoperatorio, los valores estudiados para bolsas de 652±35 ml, fueron; 67% de hematocrito y 81% de hematíes. Además, se redujo el contenido de leucocitos (72%) y plaquetas (88%). En las conclusiones del estudio indican que la sangre recuperada mantiene el 80% de los hematíes.

En este estudio se ha utilizado el sistema recuperador de sangre, Bellovac®, como una alternativa a los sistemas de recuperación de sangre perioperatoria. Bellovac® es un dispositivo que recolecta y filtra la sangre en el postoperatorio, que es el momento de mayores pérdidas hemáticas en los pacientes sometidos a cirugía protésica total de rodilla.

Con este estudio se evidencia la eficacia de la reinfusión de sangre autóloga en pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla primaria, haciendo un estudio comparativo de dos grupos de pacientes, uno portador de sistema recuperador de sangre y otro que no lo es. Los datos obtenidos arrojan que los pacientes a los que se les ha reinfundido su sangre, en las seis horas inmediatas a la cirugía, han presentado más estabilidad hemodinámica en el postoperatorio y han disminuido los días de estancia hospitalaria, en relación a los pacientes que utilizan sistemas de drenaje convencionales, cuyo débito es desechado.

En este estudio la hemoglobina preoperatoria de los pacientes del grupo control es mayor de 13 g/dl (gramos por decilitro) en el 59,52% de los pacientes y en el grupo experimental es mayor de 13 g/dl en el 50,52% de los pacientes. A pesar de haber más pacientes con una hemoglobina mayor de 13 gramos en el grupo control, las necesidades de transfusión de sangre homóloga superaron en un 50% a las del grupo experimental debido a que a estos últimos pacientes se le reinfundió la sangre recuperada, corrigiendo la anemia y reponiendo inmediatamente las pérdidas con su propia sangre.

La autotransfusión postoperatoria es la última modalidad de utilización de sangre autóloga, y consiste en la recuperación y reinfusión de la sangre procedente de los drenajes postoperatorios, siendo la prótesis total de rodilla la intervención en la que más se ha utilizado, porque el sangrado es durante el postoperatorio inmediato.

El principio básico de la recogida de sangre se basa en la siguiente secuencia: aspiración de la sangre, almacenamiento, filtración y reinfusión. Existen múltiples dispositivos de recogida de sangre postoperatoria, siendo la característica principal que los diferencia la existencia o no de un lavado de la sangre recogida.

Par la autotransfusión postoperatoria se suelen emplear sistemas que recuperan la sangre y la reinfunden al paciente en forma de sangre total filtrada y no lavada.

Son sistemas más simples, de muy fácil utilización y todos ellos con las características comunes que ya hemos descrito previamente.

A pesar de estos buenos resultados, la reinfusión de sangre recuperada en cirugía ortopédica aún está rodeada de cierta controversia, no tanto en cuanto a su eficacia como a su seguridad, que se refiere a las alteraciones hematológicas y bioquímicas de la sangre recuperada, el nivel de hemoglobina plasmática libre de la misma, la presencia de factores de coagulación y fibrinólisis

activados, mediadores inflamatorios y partículas de grasa, a la posibilidad de contaminación bacteriana o diseminación de células tumorales.

Por ello, la autotransfusión postoperatoria, además de ser buen complemento de las otras técnicas de autotransfusión, en determinadas intervenciones, como la prótesis total de rodilla, puede ser la técnica de elección. En el estudio realizado, de los 223 pacientes intervenidos, 126 pertenecientes al grupo control y 97 al grupo experimental, necesitaron transfusión de sangre un total de 63 pacientes, de los cuales un 38, 10% (48 pacientes) pertenecían al grupo control, frente a un 15,4% (15 pacientes) que pertenecían al grupo experimental. Por lo tanto, el uso del sistema recuperador de sangre permitió reducir la necesidad de transfusión de

Otro punto a destacar es el número de bolsas de sangre homóloga que precisan los pacientes para corregir la anemia. En el grupo control necesitaron sangre homóloga 48 pacientes (38%) y en el grupo experimental 15 pacientes (15,4%), pero también fue mayor la cantidad de bolsas transfundidas en el grupo control que en el grupo experimental.

Un estudio publicado sobre la eficacia de reinfusión de sangre recuperada de los drenajes en artroscopia de rodilla, es el de Martín et al (117) en el que no se observa disminución de la necesidad de transfusión de sangre homóloga entre el grupo control tratado con drenajes sin succión y el grupo estudio cuyos drenajes fueron conectados a un sistema de baja presión de succión sin lavado. Los autores de este estudio necesitaron transfundir a un 36% de los intervenidos del grupo control frente a un 50% de los pacientes del grupo a estudio.

Respecto a la evolución postquirúrgica a corto y largo plazo, estimada en el estudio a través del día de alta de reanimación, el principio de la rehabilitación y días de estancia hospitalaria, se han obtenido resultados que favorecen el uso del sistema recuperador puesto que ha disminuido la estancia hospitalaria de sus portadores.

En cuanto al ahorro en tiempos de asistencia enfermera y reducción de costes en recursos materiales, hay que tener en cuenta la diferencia de recursos humanos y materiales necesarios para realizar la transfusión de sangre homóloga y la reinfusión de sangre recuperada.

Atendiendo a los recursos humanos, se ha medido el tiempo que emplea una enfermera en realizar en los cuidados que precisa un paciente portador de sistema recuperador y los cuidados que necesita paciente para una transfusión homóloga:

El tiempo empleado en valorar, y administrar la sangre del sistema recuperador al paciente es de 6.5 minutos.

El tiempo empleado para realizar una transfusión de sangre homóloga es de 42 minutos, contando la realización de la petición de sangre, por parte del anestésico, la extracción de la muestra de sangre del paciente, realizar las pruebas cruzadas, recoger la sangre de banco de sangre, comprobarla y preparar la infusión.

El tiempo necesario para realizar una transfusión homóloga es mayor y además precisa de una intervención multidisciplinar del anestésico, enfermería de banco de sangre, auxiliar de enfermería y enfermería de reanimación.

El análisis coste - efectividad se basa en un árbol de decisión del que resulta el coste medio por paciente tratado con cada terapia transfusional. La información procede de la revisión de la bibliografía de un grupo de expertos y una base de datos de costes unitarios sanitarios para España. El modelo se basa en los supuestos más favorables para la transfusión de sangre alogénica (TSA). Se realiza un análisis de sensibilidad invariante y un análisis de escenarios. En el escenario base, el coste de cada unidad de sangre alogénica transfundida es de 321,69 euros (€), y de 184, € para la sangre recuperada y filtrada. El uso del recuperador reporta ganancias tanto en efectividad (99,415% frente a 98,635% de pacientes sin infecciones postoperatorias tras TSA) como en el coste medio por paciente. El análisis de otros escenarios muestra mejoras de hasta el 3,49% en efectividad y 71,32 € de ahorro.

Es muy importante reseñar, que además de suponer un ahorro en tiempos de enfermería y abaratar los costes, supone un aumento muy importante en la seguridad del paciente.

Para finalizar, concluimos en que la recuperación de sangre postoperatoria y su reinfusión inmediata es una técnica simple, requiere poco tiempo de entrenamiento, y carece prácticamente de complicaciones.

Se han estudiado las características de la sangre recuperada y de su infusión. Valorando las analíticas postoperatorias, son similares, pero en el grupo control con transfusión homóloga y en el experimental con reinfusión autóloga. Se corrobora la disminución de estancia hospitalaria y el ahorro en tiempo de enfermería y fungibles.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Anaya GF, Mathew MO. Autologous blood transfusion vs. suction drainage in primary replacement. A district general hospital experience. J bone Joint Surg 2002; 84: 159.
- Garson JL, Hill S, Carless P, Hébert P, Henry D. Transfusion triggers: a systematic review of the literature. Transfus Med Rev 2002; 16:187 – 99.
- Muñoz M (coord.). Autotransfusión y otras alternativas al uso de sangre homóloga en cirugía. Málaga: SPICUM, 1999.
- Goodnough LT, Brecher ME, Kanter MH, Aubuchon JP. Transfusion medicine. Part I: Blood transfusion. N Engl J Med 1999; 340: 438 – 447.
- Abuzakuk TM, Kumar VS, Cenaba Y, Buistrode C, Skinner JA, Cannon SR. Autotransfusion drains in total knee replacement. Are they alternatives to homologous transfusion? International orthopaedics 2006; 8.
- Steimberg EL, Be – Galin P, Yaniv Y; Dekel S, Menahem A. Comparative analysis of the benefits of transfusion blood by a shed blood collector alter total knee replacement. Arch Orthop Trauma Surg. 2004; 124: 114 – 118.
- Cheg SC, Hung TSL. Investigation of the use of drained blood reinfusion alters total knee arthroplasty. Journal of Orthopaedic Surgery 2005; 13: 120 – 124.
- Faris PH, Ritter MA, Keating EM, Valeri CR. Unwashed filtered shed blood collected alter knee and hip arthroplasties. J bone Joint Surg 1999; 73: 1169 – 1178.
- Marks RM, Vaccaro LR, Balderson RA, Hozack WJ. Postoperative blood salvages in total knee arthroplasty Using Solcotrans autotransfusion systems. J arthroplasty. 1995; 10:433 – 437.
- Martin A, Strümpel A. Transfusion of autologous blood from reinfusion Systems in total knee arthroplasty. Int Orthop.2006; 30: 541 – 544.
- Christodoulou AG, Ploumis AL, Terzidis IP. The role of the timing of tourniquet release and cementing on operative blood loss in total knee replacement. The knee 2004; 11:313 – 317.
- Keating EM; Medeing JB, Faris PM et al. Predictors of transfusion risk in elective knee surgery. Clin Orthop res.1998; 357: 50 – 59.
- Andel M, Winckler; Hornlein RF. Increased Interleukin – 6 in collected drained blood alter total knee arthroplasty: an associated with febrile reactions during reinfusion. Acta Orthop Scand 2001; 72:270 – 272.
- Ayers DC, Murria DJ, Ducrr DM. Blood salvage after total hip arthroplasty. J bone Joint Surg 1995; 75:1347.
- Friederich MG, Mariana EM, Bourne MH. Perioperative blood salvage as an alternative to predonation blood for primary total knee and hip arthroplasty. J Arthroplasty 2002; 17:289 – 303.

AUTORES/AUTHORS:

Jordi Pujol Puig, Vanessa Bayo Tallón, Jordi Esquirol Causa, Mainer Sanchez Padilla, Diana Salas Gómez, Carme Olivera Noguerola, Carles Pujol Puig, Enriqueta Ramis Suñé, Merche Iglesias Rodríguez

TÍTULO/TITLE:

Evaluación del grado de habilidad empática y de Burn-out en los profesionales de la rehabilitación funcional domiciliar

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, debemos atender a la persona desde el modelo biopsicosocial. Este modelo contempla las diferentes dimensiones (física, cognitiva, social, psicológica, emocional, económica y espiritual) y el modo en que éstas interactúan entre sí formando parte de la situación personal. Es importante tener presente estas características del paciente para que entren a formar parte del proceso de rehabilitación y así mejorar el resultado terapéutico y su satisfacción. Desde esta visión, la competencia clínica comprende la suma de conocimientos técnicos y habilidades de relación y comunicación entre terapeuta-paciente para una eficaz intervención asistencial.

Pese a que la palabra empatía es comúnmente utilizada en las ciencias médicas, su comprensión, por parte del profesional y del paciente es ambiguo, lo que conlleva a una infravaloración de su uso como herramienta terapéutica. Se entiende como empatía la habilidad práctica de la inteligencia emocional que implica tener conciencia de los sentimientos, necesidades y preocupaciones de la otra persona. El concepto de empatía conlleva un compromiso por parte del profesional y la participación activa y de autorresponsabilidad del paciente y de su entorno. Organizaciones educativas del ámbito de la salud recomiendan reconocer la empatía como un aspecto esencial de profesionalidad. La investigación de la empatía médica es un reto debido a la escasez de instrumentos de medición validados, y a la ambigüedad de su significado.

La Asociación Estadounidense de Escuelas de Medicina y el Colegio Estadounidense de Medicina Interna, recomiendan incluir en su formación clínica atributos humanísticos, como la empatía, para mejorar la relación médico-paciente y aumentar la calidad asistencial.

Para realizar este estudio se utilizó la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) en su versión validada al español. La EEMJ cuenta con una amplia evidencia que apoya sus indicadores psicométricos (validez de constructo y consistencia interna).

Las habilidades comunicativas son imprescindibles en el tratamiento de los pacientes, para conseguir su mejoría clínica y su satisfacción subjetiva, así como la de familiares y de los propios profesionales, facilitando el trabajo en equipo y disminuyendo el "Burn-out" o la sensación de "estar quemado". El síndrome del Burn-out, entendido como respuesta al estrés laboral crónico, ha cobrado protagonismo en los últimos tiempos. Es un síndrome caracterizado por la aparición de baja realización personal en el trabajo, alto agotamiento emocional y alta despersonalización, entendiendo ésta como desarrollo de sentimientos, actitudes de cinismo y carácter negativo hacia el trabajo. A raíz de la aparición de este fenómeno, Maslach et al. elaboraron la escala MBI-GS, que permite evaluar este síndrome.

El objetivo principal de este estudio pretende evaluar el grado de habilidad empática y de Burn-out de los profesionales de la salud del ámbito domiciliario de una empresa de servicios de rehabilitación funcional.

Como objetivos secundarios se plantearon analizar el concepto individual de empatía, comparar el grado de empatía entre fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales de la empresa, entre hombres y mujeres y entre los profesionales con más de 5 años de experiencia en el ámbito domiciliario y los que permanecieron en el puesto de trabajo durante un tiempo inferior.

Material y métodos

El objetivo principal propuesto, evaluar el grado de empatía de los participantes, se midió mediante la escala EEMJ, validada al castellano por Alcorta-Garza A et al. en 2005. Consta de 20 ítems tipo Likert en una escala de 7 puntos. La mitad de los ítems están redactados de una forma positiva, dando un resultado directamente proporcional (1= fuertemente en desacuerdo y 7= fuertemente de

acuerdo); la otra mitad están redactados de forma negativa dando una puntuación inversa (1= fuertemente de acuerdo y 7= fuertemente en desacuerdo).

El síndrome del "Burn-out" se midió a través de la escala MBI-GS (Maslach Burnout Inventory, General Survey). El MBI-GS consta de 16 ítems que se distribuyen en tres subescalas: eficacia profesional (seis ítems), agotamiento (cinco ítems) y cinismo (cinco ítems). La subescala de eficacia profesional recoge aspectos sociales y no sociales en el trabajo y se centra en las expectativas de éxito del sujeto. Los ítems de agotamiento incluyen referencias a la fatiga física y emocional. La subescala de cinismo refleja indiferencia o actitudes de distanciamiento hacia el trabajo.

Para evaluar los objetivos secundarios, se administró a todos los participantes un cuestionario autocumplimentado que respondieron de forma voluntaria, anónima y confidencial.

Se diseñó un estudio transversal, analítico-descriptivo, en el que participaron 77 profesionales sanitarios (68 fisioterapeutas y 9 terapeutas ocupacionales), todos ellos autónomos y pertenecientes a la corporación de servicios sanitarios de dos ámbitos geográficos distintos de la ciudad de Barcelona y su entorno. El 68,8% (n=53) eran mujeres y 31,2% hombres (n=24). La edad media fue 33,45 años (22-64 años). El 48,6% tenían una trayectoria en el ámbito domiciliario inferior o igual a 5 años (n=35) y el 51,4% superior a 5 años (n=37); 5 personas no contestaron.

El cuestionario autocumplimentado lo respondieron en la primera visita. Éste estuvo compuesto por la hoja de información al participante, consentimiento informado, las escalas EEMJ y MBI-GS, variables sociodemográficas (edad, sexo, especialidad profesional, años de experiencia domiciliaria en la empresa) y preguntas adicionales abiertas sobre el concepto individual de empatía, el nivel de empatía autovalorado y su relación con el tiempo de ejercicio profesional. Los cuestionarios completados fueron enviados al Servei Universitari de Recerca en Fisioteràpia (SURF) de l'Escola Universitària Gimbernat (adscrita a la Universitat Autònoma de Barcelona), para el análisis estadístico (SPSS v.17).

Se realizó un análisis estadístico descriptivo univariante y bivariante, mediante el análisis Chi cuadrado y test exacto de Fischer para variables cualitativas. El análisis bivariante entre variables categóricas y continuas se realizó a través del test ANOVA (una vía), estableciendo un nivel de confianza del 95%.

Resultados

Descripción de la muestra

El número de profesionales de la población de estudio fue 115 personas (104 fisioterapeutas y 11 terapeutas ocupacionales). Se puso a disposición de todos el cuestionario y las hojas de consentimiento informado, resaltando la voluntariedad y la confidencialidad de los datos.

La muestra final se consideró representativa de la población, ya que se compuso de 77 profesionales (66,95%) de los cuales el 68,8% (n=53) fueron mujeres y el 31,2% hombres (n=24). La media de edad fue 33,45 años (22-64 años) (desviación típica 10,10, asimetría 1,267). El 88,3% de los participantes eran fisioterapeutas (n=68) y el 11,7% terapeutas ocupacionales (n=9). Respecto a los años de experiencia el 48,6% tenían una trayectoria inferior o igual a 5 años (n=35) y el 51,4% superior (n=37); 5 personas no contestaron a esta pregunta.

Resultados Univariantes

Las respuestas a la pregunta cualitativa sobre el concepto individual de empatía fueron contestadas en un 100% mostrando una alta variabilidad.

A la pregunta adicional "¿Cree que es empático en el ámbito profesional?", el 100% se consideraron empáticos (n=77).

El 76,3% interpretó que había mejorado (n=58) a lo largo de su carrera profesional, el 21,1% no había percibido cambios (n=16) y el 2,6% empeoraron sus habilidades empáticas (n=2).

En la EEMJ se obtuvo una puntuación media de 38,44/60 (7-58, desviación típica 10,496; asimetría -0,513).

El MBI-GS mostró una puntuación media de 58/112 (41-89, desviación típica 9,217; asimetría 0,907); la media de la subescala de desgaste fue 16,73/35 (9-32, desviación típica 4,48; asimetría 1,147); la media de la de cinismo fue 14,45/42 (7-27, desviación típica

4,044; asimetría 1,325); la media de la de eficacia fue 26,82/35 (15-35, desviación típica 4,019; asimetría -1,141).

Análisis bivalente

En el análisis bivalente a través del test ANOVA (una vía) entre grado de empatía y profesión sanitaria, los fisioterapeutas obtuvieron una media de 37,79 (7-58, desviación típica 10,922), y los terapeutas ocupacionales obtuvieron una media de 43,33 (38-49, desviación típica 4,123; $p=0,138$).

En cuanto a los grupos de edad y empatía, en los menores de 26 años ($n=22$), una persona empeoró; 4 no encontraron cambios; y 17 mejoraron; en el grupo 27-30 años ($n=15$), 6 no encontraron cambios, y 9 mejoraron. En el grupo 31-40 años ($n=20$), 1 persona empeoró; 5 no tuvieron cambios y 14 mejoraron. En los de 41 años o mayores ($n=17$), el 100% mejoraron ($p=0,125$).

En el análisis cruzado entre grado de habilidad empática y sexo, las mujeres obtuvieron una media de 37,60 en EEMJ (7-58; desviación típica 10,481) y los hombres obtuvieron de media 40,29 (18-57, desviación típica 10,511; $p=0,301$).

Al analizar conjuntamente los años de experiencia en la rehabilitación y el EEMJ se mostró que los profesionales que llevaban cinco años o menos obtuvieron una media de 37,11 (7-58; desviación típica 10,951) y los que llevaban más de 5 obtuvieron una media de 40,19 (11-57; desviación típica 9,882; $p=0,215$). En cuanto a los años de experiencia en relación con el MBI-GS no otorgó resultados significativos, observándose en la subescala de desgaste una $p=0,453$; en la de cinismo una $p=0,834$ y la de eficacia una $p=0,738$.

En el análisis bivalente mediante contraste de hipótesis analizando la diferencia de medias entre el EEMJ y el MBI-GS y sus tres subescalas, sólo se obtuvieron resultados significativos en la subescala de eficacia profesional ($p=0,015$).

Discusión/Conclusiones

La distribución de edades y de experiencia profesional se distribuye de manera transversal y homogénea, ya que la mitad de los profesionales llevan más de 5 años y la mitad son mayores de 30 años.

El 68,8% eran mujeres, debido a que en las universidades hay más representación femenina (fisioterapia y terapia ocupacional) por este motivo, no se puede comparar el grado de habilidad empática entre sexos.

El 88,3% eran fisioterapeutas y el resto terapeutas ocupacionales siguiendo la proporción de profesionales compuesta en la empresa. El motivo de que hayan menos terapeutas ocupacionales puede ser por: dificultad de encontrar dichos profesionales, situación contractual, menor conocimiento de esta disciplina y menor prescripción de terapia ocupacional. No se puede comparar el grado de habilidad empática entre las dos disciplinas.

El 100% afirmaban tener un buen nivel de empatía; sin embargo, en la EEMJ se obtuvo una media de 38,44/60 (7-58) mostrando una franca desviación hacia los valores más altos de empatía. Una respuesta tipo Likert hubiera aportado más información.

En la subescala de desgaste (MBI-GS) la media fue 16,73/35 mostrando un nivel medio-bajo; en la de cinismo la media fue 14,45/42 mostrando una mayoría de valores en la parte baja; en la de eficacia la media fue 26,82/35 con una agrupación por encima de los valores medios.

Las diferencias del grado de empatía y burn-out entre las diferentes especialidades, edad, sexo, años de experiencia no son suficientemente significativas. Al no haber evidencias suficientes se asume la hipótesis de que los grupos tienen un mismo nivel de empatía y burn-out; así, presentan un similar y alto nivel empático y bajo nivel de burn-out los profesionales con más o menos experiencia y tampoco hay diferencias en cuanto a los mismos parámetros entre sexos.

Este estudio nos lleva a reflexionar sobre la necesidad de realizar acciones formativas, unificar conceptos, realizar un manual y protocolo de relaciones interpersonales con un seguimiento de implantación para mejorar la competencia clínica.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Egea C, Sarabia A. Clasificaciones de la OMS sobre Discapacidad. Boletín del Real Patronato sobre la discapacidad 2001; 50:15-30.

Disponible en: http://www.foro-latino.org/info_flape/clasificacionsomsdiscapacidad.pdf.

Echevarría C. García I. Palomo J.M. Pérez J.C. Sánchez C. Cayuela A. La importancia de la comunicación entre el equipo profesional, el paciente y los cuidadores/familiares. Rehabilitación 2004; 38(6) 296-305.

- Mercer SW, Reilly D, Watt GC. The importance of empathy in the enablement of patients attending the Glasgow Homoeopathic Hospital. *Br J Gen Pract.* 2002 Nov; 52(484):901-5.
- Jiménez L. Inteligencia emocional en el trabajador de la salud. *Rev Enferm.* 2002; 10 (3): 121-123. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/05F885D0-2232-4719-A7AD-B4722FFA1483/0/3_121123.pdf.
- Atkinson K et al. *Fisioterapia en Ortopedia.* Madrid: Elsevier; 2006.
- Stephenson A, Higgs R, Sugarman J. Teaching professional development in medical schools. *Lancet* 2001; 357:867-870.
- Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry.* 2002 Sep;159(9):1563-9. Disponible en: <http://jdc.jefferson.edu/crmehc/4/>.
- Expósito JA, Echevarría C, Del Pino P, Díaz P, Algarín ML, Cayuelas A. Prevalencia y riesgos asociados al síndrome de estar quemado (Burnout) en los servicios de rehabilitación. *Rehabilitación (Madr)* 2004; 38:59-65.
- Gil-Monte PR. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory General Survey. *Salud Publica Mex* 2002; 44:33-40.
Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v44n1/8559.pdf>.
- Di Lillo M, Cicchetti A, Lo Scalzo A, Taroni F, Hojat M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: preliminary psychometrics and group comparisons in Italian physicians. *Acad Med.* 2009 Sep; 84(9):1198-202. Disponible en: http://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/2009/09000/The_Jefferson_Scale_of_Physician_Empathy_.14.aspx.
- Gil-Monte PR. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory General Survey. *Salud Publica Mex* 2002;44:33-40. Disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>.

AUTORES/AUTHORS:

Pilar Delgado-Hito, Laura de la Cueva-Ariza, Marta Romero-García,

TÍTULO/TITLE:

El proceso de producción de conocimiento en la práctica enfermera de cuidados intensivos a través de la reflexividad

1. **Objetivo:** Describir las etapas del proceso de producción de conocimiento en la práctica enfermera mediante la reflexividad en una unidad de cuidados intensivos.
2. **Métodos:** El ámbito de estudio fue una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital universitario de tercer nivel. El diseño fue cualitativo y desde la perspectiva del constructivismo proyectivo de Le Moigne (2001). El marco teórico fue la Teoría de la Estructuración de Giddens (1987). Se utilizó el método de análisis secundario de datos cualitativos (Heaton, 2004) de tipo la expansión analítica que tiene como objetivo estudiar un fenómeno a partir de datos que fueron recogidos anteriormente en otro estudio (Delgado et al. 2001; Delgado, 2010). El muestreo fue por conveniencia. El reclutamiento se realizó mediante sesiones informativas generales y por turnos. Los participantes fueron 14 enfermeras expertas en el cuidado al paciente crítico. Las dimensiones a estudio fueron: teorización del proceso de producción de conocimiento, tipos de reflexividad que las enfermeras utilizan en su práctica clínica, etapas del proceso y sus efectos sobre el cuidado. Las técnicas de obtención de información fueron: del estudio previo (observación sistemática de la práctica enfermera, 14 entrevistas estructuradas, 7 grupos de discusión y los diarios de campo de las participantes y de la investigadora) y del estudio actual (el diario de campo de la investigadora y el análisis documental). El análisis de los datos se realizó según la teoría fundamentada, así como en los principios de Morse y en las recomendaciones de los expertos en análisis secundario de datos cualitativos (Lobo, 1986; Szabo y Strang, 1997). Se siguieron los criterios de rigor de confiabilidad de Guba y Lincoln (1989). Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) y el permiso de la institución; se tomaron medidas para preservar la privacidad y confidencialidad de los datos.
3. **Resultados:** La conceptualización del proceso de producción de conocimiento derivó de los conceptos clave de la teoría de Giddens; las etapas del proceso de investigación-acción utilizada en el primer estudio y las vivencias de las enfermeras en relación al proceso de reflexión-acción. A partir de una reflexividad investigadora sobre el proceso reflexivo de las enfermeras, cuatro temas se generaron: (1) el reconocimiento de la reflexividad cotidiana, (2) el examen sistemático de las prácticas, (3) la construcción de un nuevo conocimiento, y (4) la reconstrucción emancipatoria del conocimiento. El reconocimiento de la reflexividad cotidiana incluye las etapas de la reflexividad técnica e institucional y la reflexividad basada en la investigación. La reflexividad técnica e institucional se caracteriza por: ser pre-discursiva, prácticas como un checklist, poder material (tecnología) y humano (jerarquía profesional) y individual. Esta situación favorece el mantenimiento del status quo, normalización de los cuidados, recursos y reglas institucionales que limitan la práctica, percepción de imposibilidad de cuidados integrales y sentimiento erróneo de seguridad ontológica. La segunda etapa está relacionada con la reflexividad basada en la investigación. La propuesta de trabajo con metodología específica y la propuesta de cambio significativo representan el detonador para una reflexividad intencional, interiorizada en lo cotidiano, discursiva y un sentimiento compartido de que es posible modificar la práctica. El examen sistemático de las prácticas incluye las etapas de compromiso con el proyecto, proyecto reflexivo individual y colectivo. El compromiso de las enfermeras con el proyecto se hace evidente cuando ellas lo perciben como factible y comportando beneficios lo que les permitió el verdadero compromiso con el proceso de deconstrucción y reconstrucción de su saber. El proyecto reflexivo individual incluye la descripción de la práctica a través de narraciones, la auto-observación de la práctica, la confrontación y comparación de las narraciones y la deconstrucción de la práctica. Todo ello permitió cuestionarse sobre el status quo, documentar las experiencias con relación a lo que piensan que hacen, descubrir las coherencias e incoherencias de su práctica, explicitar la identidad enfermera y las múltiples dimensiones del cuidados y aumentar el interés por la producción de un saber más centrado en el cuidado.

El proyecto reflexivo colectivo permitió, mediante encuentros, el diálogo, la confrontación de las ideas y de las comprensiones individuales de la práctica así como la validación colectiva de los problemas identificados con la ayuda de una apreciación analítica con relación a su práctica y con relación a las tradiciones impuestas por la rutina y el contexto. El proceso de compartir el saber es esencial en este proceso porque, por un lado, garantiza que el saber individual de la enfermera es válido en el sentido que es legítimo, y es importante para todas las enfermeras; por otro lado, es una vía poderosa para obtener una comprensión más completa. Esta etapa está más guiada por una reflexividad comprensiva que técnica. Las enfermeras pasan de un interés técnico donde la práctica biomédica estaba en el centro de su práctica a un interés más relacionado a sus propias prácticas donde la comunicación y la comprensión permiten la transformación de la acción enfermera y, consecuentemente, la producción de un saber más responsable.

La construcción de un nuevo conocimiento incluye las etapas de revisión de los proyectos reflexivos y la acción para el cambio. La revisión de los proyectos consiste en la co-creación de saber a partir de la elaboración colectiva de un ideal común identificando las prácticas deseables, incorporando y eliminando las alternativas en el proceso, seleccionando nuevas prácticas a través de la discusión de su viabilidad en el contexto de su unidad y reteniendo las más realistas y elaborando finalmente un plan de acción específico. En definitiva, las enfermeras renegociaron su identidad profesional para llegar a la seguridad ontológica y a la autonomía profesional provocando el inicio del desarrollo de un sentimiento de empoderamiento. Así, recrearon una identidad enfermera más en coherencia con una visión holística que les permitió desarrollar un sentimiento de seguridad ontológica diferente del que tenían al principio; es un sentimiento fundado sobre la confianza que lo que van a hacer es preferible para los pacientes, las familias pero también para ellas.

La acción para el cambio consistió en la aplicación del plan de acción decidido en la etapa anterior, la elaboración de narraciones descriptivas de la aplicación del saber y la validación individual del nuevo saber. Esto permitió a las enfermeras realizar un análisis sobre la implementación en la práctica enfermera del saber anteriormente creado y ponen en relieve el aprendizaje de nuevas formas de ser como profesional.

La reconstrucción emancipatoria del conocimiento incluye las etapas de reflexividad emancipatoria y de saber transformador de las enfermeras y su contexto. Los análisis realizados de forma individual se compartieron perfeccionando el saber e identificando modelos deseables de práctica. Este proceso permitió la validación colectiva del nuevo saber y la concienciación de las enfermeras de su capacidad transformadora de las prácticas.

Finalmente, la etapa de saber transformador de las enfermeras y su contexto incluyó la percepción de sí mismas como productoras de conocimiento, el aumento de sus habilidades reflexividad crítica, la transformación del conocimiento y el contexto, el acercamiento entre la conciencia práctica y discursiva y la percepción de empoderamiento de sí mismas, de los pacientes y familiares. Todo ello permitió una mejora de los cuidados, un aumento de la seguridad ontológica, una consolidación de la autonomía profesional, el desarrollo de una identidad profesional positiva y un saber integral, contextual, consensual, validado y más responsable.

4. Discusión: A diferencia de otros estudios, esta investigación incluye la reflexividad técnica e intitucional (normas y reglas que limitan la práctica) como parte integrante del proceso de producción de conocimiento. La motivación, el compromiso positivo y el trabajo individual y colectivo (los estudios sólo tratan el tema de forma individual) permiten interrogarse sobre la posibilidad de otras prácticas, provocando un movimiento epistemológico desde la reflexividad técnica a la reflexividad comprensiva (de-construcción de la práctica) y finalmente a la reflexividad emancipatoria donde el conocimiento se convierte en integral, contextual, consensual, validado y responsable.

Si el punto de partida del proceso de producción de conocimiento a través de la reflexividad es la reflexividad técnica e institucional, la motivación es uno de los elementos esenciales para pasar a la siguiente etapa ya que aumenta el potencial de acción (Giddens, 1987). Un compromiso positivo es necesario para examinar las prácticas, valores, creencias y experiencias y de manera continua, cuestionarse y así descubrir nuevas vías de acción.

El primero (descripción de la práctica) y segundo (observación) momento de la etapa de proyecto reflexivo individual concuerdan con

la de otros autores (Kim, 1999; Atkins y Murphy, 1993). Por otro lado, las incoherencias entre narraciones y acción real también han sido identificadas en otros estudios (Rubio et al. 2006). Al igual que a las enfermeras de este estudio, el distanciamiento entre el ideal profesional y la práctica real provoca un sentimiento de culpabilidad y de insatisfacción, pudiendo causar, según algunos autores, un sufrimiento o depresión (de Bouvet y Sauvaige, 2005).

Los beneficios de una reflexividad colectiva son evidentes. Collière (2001) afirma que para desarrollar conocimiento a partir de situaciones de cuidados se requiere tener grupos de expresión, tiempo para hablar, grupos de reflexión donde se está obligado a nombrar, describir, explicar, construir conocimientos relacionados con los cuidados y hacer un seguimiento y documentarlo para crear un patrimonio en el seno de las instituciones y posteriormente en el exterior de éstas.

Las etapas del proyecto reflexivo individual y colectivo están basadas en el proceso de deconstrucción, en cambio, la etapa de revisión de los proyectos reflexivos se encuadrada en un proceso de co-creación donde el producto final representa más que la suma de las partes. El ideal común consisten en articular la dimensión técnica, institucional y relacional del cuidado (Almerud et al., 2008). De esta manera, la reflexividad comprensiva permitió un movimiento ontológico de las enfermeras desde la conceptualización del paciente como desencarnado a la del paciente como la persona, en definitiva, fueron del paradigma del control al paradigma de la relación. Esta reflexividad también sostiene un movimiento epistemológico, del saber objetivo, físico y psicológico a un saber más comprensivo, personal, contextual y relacional (Liaschenko, 1997). La revisión de los proyectos a través de la reflexividad comprensiva generó un empoderamiento entre las enfermeras que les permitió pasar del silencio a una voz construida o de la pasividad a la acción (Belenky et al. 1986).

La reflexividad emancipatoria se considera el tercer momento de producción de conocimiento a través de la reflexividad y se caracteriza por una actitud crítica e interrogativa (Mantzoukas et Jasper, 2008) y se convierte en la principal herramienta para la consecución de un conocimiento más crítico, permitiendo ser más conscientes del papel que juega el poder, el lenguaje, la ideología y la autoridad en el proceso de producción de conocimiento.

Implicaciones para la práctica clínica: Ayudar a las enfermeras a identificar en la etapa que se encuentran, favorecer conciencia crítica y mejorar cuidados. Concienciar a las gestoras la necesidad de tiempo y espacio para los grupos de reflexión.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Almerud, S., Alapack, R.J., Fridlund, B., & Ekebergh, M. (2008). Beleaguered by technology: care in technologically intense environments. *Nursing Philosophy*, 9, 55-61.
- Atkins, S., & Murphy, K. (1993). Reflection: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1188-1192.
- Belenky, M.F., Clinchy, B.M., Goldberger, N.R., & Tarule, J.M. (1986). *Women,s Ways of Knowing. The Delopment of Self, Voice, and Mind*. New York: Basic Books.
- De Bauvet A., et Sauvaige M. (2005). *Penser autrement la pratique infirmière. Pour une créativité éthique*. Bruxelles: De Boeck Université.
- Delgado, P. (2010). *La producció de coneixement a la pràctica infermera a través de la reflexivitat*. Tesis no publicada, Université de Montréal, Montréal.
- Delgado, P., Sola, A., Mirabete, I., Torrents, R., Blasco, M., Barrero et al. (2001). La modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión: una investigación acción participativa. *Enfermería Intensiva*, 12, 110-126.
- Dempsey, P.A., & Dempsey, A.D. (2000). *Using Nursing research. Process, Critical Evaluation, and Utilization* (5èd éd). Philadelphia: Lippincott.
- Giddens, A. (1987). *La constitution de la société*. Paris: Presses
- Guba, E.G., & Lincoln, Y.S. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. London: SAGE.
- Heaton, J. (2004). *Reworking Qualitative Data*. London: SAGE.

- Kim, H.S. (1999). Critical reflective inquiry for knowledge development in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 1205-1212.
- Le Moigne, J-L. (2001). *Le constructivisme (Tomme I et II)*. Paris : L'Harmattan.
- Liaschenko, J. (1997). Knowing the patient?. Dans S.E. Thorne et V. Hayes (Éds), *Nursing Praxis. Knowledge and action* (pp.23-38). London: SAGE.
- Lobo, M.L. (1986). Secondary Analysis As a Strategy for Nursing Research. En P.L. Chinn (Éd) *Nursing Research Methodology: Issues and Implementation* (pp. 295-304). State University of New York: ASPEN.
- Mantzoukas, S., & Jasper, M.A. (2008). Types of nursing knowledge used to guide care of hospitalized patients. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (3), 318-326.
- Rubio, L., Cosi, M., Martínez, C., Miró, A., Sans, Ll., Toda, D., et al. (2006). Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*, 17(4), 141-53.
- Szabo, V., & Strang, V.R. (1997). Secondary analysis of qualitative data. *Advances in Nursing Science*, 20(2), 66-74.

Mesa de comunicaciones 21: Salud / Género**Concurrent session 21: Health / Gender****AUTORES/AUTHORS:**

otilia maria silva freitas

TÍTULO/TITLE:

Stress of pre-term neonate: Contributions of nursing intervention

This experimental study of quantitative nature has evaluated the effects of the massage on neonate preterm hospitalized in of neonatal intermediate care units concerning weight, stress, apnea crises, physiological security and period of hospitalization. The sample consisted of 32 neonate preterm clinically steady and healthy, hospitalized in Portuguese units of intermediate neonatal care. The neonates preterm were randomly distributed in two groups- control and experimental having each group an equal number of 16. In some basic features the groups didn't present statistically significant differences forming thus equivalent groups. During the study, both groups received the same pattern of neonatal care, excepting the experimental group that received the massage.

The managed massage was the Tiffany Field (Touch Research Institute) massage, during five consecutive days in three daily periods.

The evaluation of stress was made by the measurement of the neuroendocrine catechola-mines reply been collected samples of blood and urine of the 24 hours on the first and last days of the study to determine the hormonal values of cortisol, norepinephrine and epinephrine. The results achieved were the following:

As far as the levels of cortisol and urine are concerned, we evidenced that there are not significant differences between the groups or the moments and that also the effect of the interaction between the group and the time is not statistically significant

Concerning the levels of cortisol in the blood, we verified that the effect of time is statistically significant with $p < 0.001$. The levels of cortisol in the blood of the neonate's preterm from both groups were identical at the two moments and a similar reduction occurred from the first to the second moment. In the experimental group as well as in the control group the differences from the first to the second moment are statistically significant with $p=0.001$ and $p=0.004$, respectively.

The effects of group, time, and interaction between the two variables were not statistically significant as far as the variable urinary norepinephrine is concerned. We verified the existence of significant effect ($p=0.040$) of the group on the levels of norepinephrine in the blood but the effects of time or interaction are not significant. In any of the moments the neonates preterm from experimental group showed levels of norepinephrine in the blood inferior to the ones of the neonates preterm of the group of control and the increase from the first to the second moment was significant with $p=0.002$ in the experimental group and $p=0.004$ in the group of control.

The effects of group, time and interaction between these two variables were not statistically significant in relation to the urinary epinephrine.

Concerning the levels of epinephrine in blood, we verified that none of the effects was statistically significant.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Field, T.M. (1998). Massage therapy effects. *American Psychologists*, Vol.53, (nº12), p 1270-1281.

Field, T. M. (2002). Preterm infant massage therapy studies: an American Approach. *Seminars in neonatology*, 7(6), 487-494

Field, T. M. (2003). Stimulation of preterm infants. *Pediatrics in Review*, 24, 4-10.

Field, T. M., Hernandez-Reif, M. & Freedman, J. (2004). Stimulation programs for preterm infants. *Social policy report*, vol XVIII,3-19

AUTORES/AUTHORS:

Dolores Sardo, Arminda Pinheiro, Virginia Henriques, Alexandra Amaral, Fátima Martins

TÍTULO/TITLE:

LIVING IN THE PRISON: HOW TO IDENTIFY THE WOMEN'S HEALTH NEEDS

BACKGROUND: The European Parliament debated and voted a report that calls on the Member States to take specific measures for women in prison, having regard to its state of addiction, the role of mothers and professional and social reintegration. It also recommends regular inspection of the living conditions of inmates and the need to harmonize the conditions of detention in view of the needs of women.

A study of the European Parliament on "Women in European Prisons" (2006) reveals that Portugal is, along with Spain, one of the countries of the European Union (EU) with the highest percentage of women in prisons.

In 2006, there were 914 women prisoners in prisons in Portugal, one of the four European countries that have specific projects directed to the treatment of prisoners' addicts. Portugal is one of the examples cited, one of the European countries that promotes training opportunities for higher education and vocational training to women inmates.

The nursing care of the woman in the prison is limited by lack of information and social professional's representation, by disconnection between the service' prison and health institutions, by fears to the type of questions that may be made to the woman and the prejudice about the veracity of their answers. The prison environment limited and requires adaptation to the practices relating with woman's welfare and limited the access to health care (Hatton DC, Kleffel D, Fisher AA, 2006).

OBJECTIVES:

- To identify the needs health to the women in prison; - To identify the relationship between prison' services and the health system.

METHODOLOGY:

A descriptive study realized on a female regional prison in North of Portugal. The capacity in prison are 33 women, but they had much more (n=55). The staff of the prison (n=35) was composed of different types of professional: 1 director, 2 social' professionals, 1 physician, 1 nurse, 2 secretariat support, 1 head of the guards, 1 deputy chief and 26 guards.

The sample is no probabilistic, intentional and convenience (n=12); X=37.5 age (Mn=23, Mx=58).

We conducted semi-structured women's interviews, health's professionals (n=2) and other professionals that support different services in prison (1 director of the prison, 2 social' professionals, 1 head of guards and 5 guards). All of us agreed to participate in this study and were informed in advance about the objectives and type of research. We used the technique of content analysis in data processing.

RESULTS:

50% of the women are married, 25% divorced, 16.7% single, 8.3% widowed woman.

75% had basic level and 16.7% higher education.

They had different activities (41.7% marketer, public official 25%, 16.6% prostitutes).

The length of sentence: X=6.8 years (Mn=1, Mx=18). The majority of the type crime was arrested for drug trafficking (7) followed by theft (2) and homicide and falsification of documents.

Regarding obstetric and gynecological history: 91.6% had sexual activity and all of us had children (Mo=2, X=2) with Mn=15 months to Mx=40 years old. The 1st pregnancy's age are X=19.1. The women had X=5.4 pregnancies (Mn=1, Mx=13); abortion X=4 (Mn=0; Mx=8); one woman had three fetus' dead after domestic violence.

In regard to women's health surveillance: they had a physician or nurse' appointment if they had a problem or symptom. So, health care made in prison are not preventive. 50% did physician's appointment because they have pain. 83.3% did consult dentist, and now 16.6% needed tooth extraction. 41.6% had poor oral hygiene and the totality had dental problems.

8.3% women mentioned chronic diseases: diabetes, hypertension, depression, dermatitis, deafness, bronchitis, hyperthyroidism and 25% referred HIV/AIDS and drugs abuse. 25% do daily medication.

83.3% have updated vaccinations. 83.3% women without cervical screening and the totality without breast cancer screening. 41.7% don't make contraception, 83.3% know what is IST's but only 25% know AIDS and HIV. 75% didn't use condoms, 16.6% didn't know how to do it and 41.7%, doesn't like.

41.7% have had diseases in prison, 100% are afraid to have infections because the toilets' hygiene isn't good. 41.7% don't use disposable sanitary towels.

In relation to the health behaviors of women prisoners: 50% smoking, 66.6% had alcoholic behaviors. 75% had normal diet but they don't like it because it has so much bread, potatoes and pasta. None practice regular exercise.

When these women were arrested reported feelings of sadness (33.3%), current uprising (25%), anger, fear, loneliness and heartbreak. 66.6% needed psychological support, but 62.5% of these said that the support wasn't good and appropriated in relation with the needs they had in the moment. During his stay in prison feel much lack of family' support (58.3%) and can have freedom (25%). The women during their stay in prison feel lack of psychological support and mentioned the guards, the health professionals and other the fellow inmates as a source of great support.

All women had an individual health process. They refer to the others health care unit and others establishments to have psychiatry and stomatology appointment and refer to the hospital of reference.

The health service promotes health education punctually but the organization don't had health program.

All employees had vaccination, and make pulmonary RX in suspected TB disease.

IMPLICATIONS FOR THE PRATICE: In this study, the results appointed that there are not promoting health programs and prevention diseases on the women in the prison and the environment are the high risk.

In this context, we think that nursing can contribute to improving the living conditions of the people prisoners, both from the standpoint of biological, social and psychological as providing comfort and well-being while respecting the ethical and legal principles, in order to rescue the meaning of human existence. This may be an area of specialized nursing intervention to help and developed programs for reintegration the women, whose life are behind the "grids" for a time.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

REFERENCES:

- Comissão dos Direitos da Mulher e da Igualdade dos Géneros; 2008. Relatório sobre a situação particular das mulheres na prisão e o impacto da detenção dos pais para a vida social e familiar (2007/2116(INI)). Parlamento Europeu A6-0033/2008
- Hatton DC, Kleffel D, Fisher AA.(2006). Prisoners' perspectives of health problems and healthcare in a US women's jail. *Women Health*;44(1):119–36.
- Instituto Nacional de Estatística, IP; 2012. Estatísticas no Feminino: Ser Mulher em Portugal, 2001-2011. Lisboa: INE, IP. ISBN 978-989-25-0190-1
- Marshall, T.; Simpson, S. & Stevens, A. 2000. Health care in prisons: A health care needs assessment. University of Birmingham: Department of Public Health & Epidemiology.
- Plugge, E., Douglas, N., & Fitzpatrick, R. (2006). The Health of Women in Prison: Study Findings. Disponível em <http://www.nacro.org.uk>, acedido a 31 de Janeiro de 2007
- World Health Organization (1995). Health in Prisons Project (HIPPP) Available online at <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/who-health-in-prisons-project-hipp> accessed on 12 Dec 2006.
- World Health Organization (2009). Women and health: today's evidence tomorrow's agenda. World Health Organization. ISBN 978

92 4 156385 7

AUTORES/AUTHORS:

LAURA TARRATS, SANDRA CABRERA, EVA GILABERTE, LOURDES COLELL, SUSANA MADALENA, YOLANDA REYES, MANELA SANCHEZ, CARMÉ MONTPÉL, MERCEDES GUERRERO

TÍTULO/TITLE:

EFFECTIVENESS OF THE ADMINISTRATION OF HYOSCINE BUTYLBROMIDE (BUSCOPAN®) IN FIRST STAGE OF LABOUR IN CASE OF CERVIX RIGI

OBJECTIVE:

To evaluate the effectiveness of buscopan on cervix rigidity in first stage of labour in pregnant women assisted in University Hospital Germans Trias i Pujol.

METHODS:

Setting: Delivery Ward from University Hospital Germans Trias i Pujol (HUGTIP) from Badalona, between 2012-2013.

Design: A double-blind, placebo-controlled, randomized clinical trial.

Participants: Pregnant women in labour assisted in the HUGTIP from Badalona.

Inclusion criteria: pregnant women from 18 to 40 years old, with a low-medium risk pregnancy, a singleton fetus at a term gestational age (37-42 weeks) in a cephalic presentation and a previous detection of a rigid cervix despite a correct onset of labour (induced or spontaneous), and provided written consent.

Exclusion criteria: pregnant women with previous hypersensitivity to any components of Buscopan® or with contraindications to Buscopan® use as non-treated angle closure glaucoma, tachycardia, myasthenia gravis, paralytic ileus, gut mechanical stenosis, mega colon. Previous cervix surgery; and in case of use of epidural anesthesia: the administration of the anesthesia dose simultaneously or in less than 30 minutes than buscopan® administration.

Sample size: After the approval of the study protocol by the Ethics Committee at University Hospital Germans Trias i Pujol (Barcelona), eighty-two women are enrolled (n=82; 5% SD: 60 minutes). After obtaining informed consent, the patients are randomly assigned to receive 40mg of intravenous Buscopan® or placebo (41 patients each)

Main variables:

Independent variable: administration or no administration of one single dose of intravenous Buscopan® 40mg in first stage of labour.

Dependent variables: first stage of labour total time; cervix tissues elasticity and compliance characteristics after drug or placebo administration.

Other variables are maternal age, race, previous dilatations, pregnancy weeks, ovular membranes integrity, use of oxytocin, use of epidural anesthetics, fetus hear rate, Apgar test, new-born weight.

Intervention: At the beginning of first stage of labour, midwife in charge of a woman's labour process, would inform her about the trial and would offer the chance to participate in case cervical rigidity was detected. Routine vaginal exploration in labour, would lead to detect those cases in which cervix rigidity appears. The diagnosis would be confirmed by a double exploration, which means that another professional would confirm the detection of a rigid cervix. Then the woman in labour would be informed again and would be recruited.

It will be confirmed that no anesthetics dose has been administrated in the last 30 minutes.

-Drug or placebo will be administrated:

1) Experimental group with intravenous Buscopan®: Buscopan 40mg diluted in physiological serum 100ml, to be administrated in 10 minutes.

2) Control group: intravenous physiological serum 100 ml, to be administrated in 10 minutes.

-For both groups, time to a new exploration will be 60 minutes after drug or placebo administration. Then new explorations will be

every 90 minutes until complete dilatation.

Statistical analysis: The U de Mann-Whitney test was applied to analyze the use of Buscopan and labour total time. The level of significance used was 5% and power 80%, and the data analysis was done with the SPSS statistical package version 15.0 ©, Spanish version for Windows.

RESULTS

The cut for the pilot study was done when a 25% of total sample size had been included. Twenty women met the inclusion criteria from January to May 2013. Eighteen women completed the first stage of labour and their data are analyzed in this pilot study. Mean age 30.8 (SD: 6.4); pregnancy weeks 39.8 (CI 95%: 38.1- 41.6); there was a spontaneous onset of labour in 10 cases (55.6%), and an induced labour in 8 cases (44.4%); oxytocin and epidural anesthesia was used in 17 women. Cervix stimulation in vaginal explorations occurred in 60% of labours. Group 1: was conformed by 11 (61.1%) women, cervix rigidity 60 min post-administration: five no rigid cervix, one rigid cervix, twelve non collected data; first stage of labour total time: 456.82 min (SD: 199.8), Group 2: was conformed by seven (38.9%) women, cervix rigidity 60min post-administration: two no rigid cervix, 3 rigid cervix, 13 non collected data; first stage of labour total time: 354.3min (SD: 139.8)

DISCUSSION

The analyze of a 25% of women needed to complete the sample, doesn't bring enough information to find significant differences in the results shown; nevertheless it's a first approach to the profile of women who are detected of a rigid cervix in the first stage of labour.

One of the most important results is that almost half of women had an induced labour. Is been reported that induced labours in our society have increased in few years to a 20% of all labours and a previous study of our investigation group analyzing the prevalence of cervix rigidity among women in labour, found significant association between induction and presence of cervix rigidity (19).

Another remarkable point is that the most of women chose to use epidural anesthesia and needed use of intravenous oxytocin in their delivery process. Our hospital has natural birth program sustented on the midwives one to one care and a natural birth room provided with the necessary surveillance to make women feel as comfortable as possible (15); to have a natural birth was the choice of the woman who didn't ask for anesthetics nor needed oxytocin.

Other results cannot be analyzed yet due to a small sample. Experimental or control groups have not been revealed yet in order keep them blinded.

Finally, the way to diagnose cervix rigidity is a controversy due to the fact that vaginal exploration is subjective and of difficult contrast. There have been reported a few tries to classify cervix rigidity with silicone models examined by obstetricians and midwives, but the results are not conclusive (19). The double exploration was chosen for the diagnosis. One experienced midwives or obstetrician would first detect the rigid cervix and it would be confirmed by another experienced midwife or obstetrician.

CONCLUSION

Midwives in our delivery ward, as in other centers, use measures to ease the dilatation process. As midwives must use practice based on evidence, the trial wants provide light into the use of Buscopan® at the first stage of labor as a dilatation easer.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1-Makvandi S, et al. Effect of hyoscine-N-butyl bromide suppository on labor progress in primigravid women. *Croat Med J.* 2011 Apr 15;52(2):159-63.
- 2-Samuels LA, et al. Effect of hyoscine butylbromide on first stage of labour in term pregnancies. *BJOG.* 2007 Dec;114(12):1542-6.
- 3-Al Qahtani NH. Effect of hyoscine butylbromide in shortening first stage of labor. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2011; 7 (495-500).
- 4-Bhattacharya P. Acceleration of labour with intramuscular Buscopan injection. *J Obstet Gynecol Ind* 1985: 1014-7.
- 5-González-Merlo J et al . *Obstetricia.* 5ª ed. Barcelona: Masson; 2006: 285-328.
- 6-Akins ML, et al. Cervical

softening during pregnancy. *Biol Reprod* 2011; 84: 1053-1062. 7-Müller-Krampe B, et al. Efectos de Spascupreel en comparación con butilbromuro de hioscina en los espasmos gastrointestinales en la infancia. *Pediatrics Int* 2007; 49: 328-334. 8-Vademecum. Información de Buscapina inyectable 20mg. de Boehringer Ingelheim. 2009. 9-Aggarwal P, et al. Role of hyoscine N-butyl bromide as labor analgesic. *Indian J Med Sci.* 2008 May;62(5):179-84. 10-Cromi A, et al. Use of an antispasmodic to shorten the length of labor. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2011; 90 (12): 1371-1378. 11-Gupta B, et al. Drotaverine versus hyoscine-N-butylbromide in augmentation of labor. *Int J Gynaecol Obstet.* 2008 Mar;100(3):244-7. 12-Vellanki VS. Comparison of Buscopan and Epidosin on cervical dilatation in labour. *Global Journal of Medical Research* 2010;10 (2): 18-21. 13-Sabaté S, et al. Anestesia obstétrica en Cataluña. *Med Clin (Barc)* 2006; 126 (supl 2): 40-5. 14-Garriguet J, et al. Analgesia epidural y resultados obstétricos. *Clin Invest Ginecol Obstet.* 2007; 34 (2): 38-45. 15-Ruiz A, Roca D. Protocol d'assistència natural al part normal. Intranet de l'HUGTIP Validació 2011. Revisió: abril 2012. Acceso 15/06/2013. <http://www.gencat.cat/ics/germanstrias/cat/professional.htm> (Intranet). 16-FAME. Iniciativa parto normal. 2007. Acceso 15/06/2013. <http://www.federacion-matronas.org/documentos/profesionales> 17-SEGO. Protocolo asistencia al parto normal. Madrid 2008. Acceso 16/06/2013. <http://www.sego.es/>. 18-Tarrats L, Cabrera S, et al. Prevalence of cervix rigidity among women in labour. Poster presentation at the First European Congress on Intrapartum Care, Amsterdam 23rd-25th may 2013. 19-Machui O, et al. How objective is clinical determination of cervix consistency? *Z Geburtshilfe Neonatol.* 1996 Jul-Aug;200(4):155-60.

AUTORES/AUTHORS:

Raquel Pan, Iara Pedro, Lidia Rossi, Lucila Nascimento

TÍTULO/TITLE:

Mothers' perspective of school reintegration of children victims of burns

Introduction: Burns in childhood consist in a significant cause of treatment and hospitalization that result in emotional and physics injuries. Depending on the gravity or complexity of the injury, the children hospitalization is extended to promote the adequate treatment, resulting in their separation from their families and social circles. A substantial number of school-age children victims of burns interrupt school activities for short periods or even abandon them. The process of the return to school has become worthy of concern.

Aim: To present the meanings of the school reintegration of children victims of burns on the mothers' perspective.

Method: It is an ethnographic study based on Interpretative Anthropology¹, conducted at an university hospital located in the interior state of São Paulo, Brazil. After ethical committee approval (Process number 1480/2011), data were collected at the burn unit and children's home by participant observation, interviews and field notes, during one year. Mothers' school-age children victims of burn were invited to participate. We defined school-age children victim of burn as a child from six to twelve years old, enrolled or not in a school at the moment of the burn. Data were analyzed using inductive thematic analysis².

Results: Nine mothers participated in the research; eight were married and one divorced. The ages ranged from 24 to 44 years old. One mother was illiterate, three had incomplete elementary school, one had incomplete high school and one was attending the university. The family income per month ranged from € 225,00 to € 1650,00. The number of person living in the house ranged from three to nine. Codes were identified and organized in three units of meanings: Mothers' feelings that precede and postpone the return to school; Back to school, which was subdivided in Reception of public and private school, Discrimination and stigma, and Facilitating factors of the reintegration of children in school; and Financial repercussions of the burn. Most of these mothers reported that burns in exposed regions, like face, neck and harms, negatively influenced the school reintegration of their children. Children with burns located in body regions that could be hidden didn't have difficult to return to school. If someone made any comment about the child appearance, some mothers advocated for their children with protected attitudes, like giving offensive answers to others or ignoring the comment.

Discussion: The analyses of the meanings of the school reintegration of mothers' child victims of burns contribute to the planning to the school return of other children experiencing the same process. The results showed that mothers present feelings, behaviors, and attitudes related to reintegration and adaptation of their children at school. This process implies mothers' needs to deal with new demands, such as discrimination. Planning children return to school, acknowledging school team interactions with health care professionals and families, has the potential to contribute to the reintegration of the child in this context.

Implications for clinical practice: The study contributes to improve nursing knowledge with a view to promote health for burned children and their families.

Keywords: children, burn, school reintegration, mothers, ethnography.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1- GEERTZ, C. The interpretation of culture. Rio de Janeiro: LTC; 1989.

AUTORES/AUTHORS:

Mariana de Oliveira Fonseca-Machado, Lisiane Camargo Alves, Letícia Caroline Doretto, Juliana Stefanello, Flávia Gomes-Sponholz

TÍTULO/TITLE:

Women abused by their partners: factors associated with violence during pregnancy

1. Objective: the objective of this study was to verify the existence of association between intimate partner violence during pregnancy and sociodemographic variables.
2. Methods: this was an observational and cross-sectional study developed at the Reference Center for Women's Health at Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. The Reference Center is integrated into the "Birth Project" of the Health Department of Ribeirão Preto, which recommends that prenatal consultations occur in primary sector until the 36th week of pregnancy and in public hospitals after this period. From the reference population and through systematic sampling we had a sample of 358 pregnant women, in the third trimester of pregnancy. We adopted the following inclusion criteria: i. women in prenatal care; ii. women aged between 15 and 49 years; iii. women who have or have had a relationship with an intimate partner during pregnancy; iv. women without disabilities in understanding and aware regarding time, place and person. Data collection took place between May and December/2012, on the first prenatal consultation of pregnant women in the Reference Center. We used two instruments for data collection. The sociodemographic instrument was developed with 23 questions, based on previous experiences of researchers and collated with the national and international literature. This instrument was subjected to content and appearance validation by three judges experts in the area. The suggestions were analyzed and the instrument was adjusted according to the assessment of the specialists. The committee of experts judged the scope of the issues, their representativeness, content and relevance to the characteristics to be evaluated. Sociodemographic variables addressed in this instrument were: age; self-reported color; educational level; religion; occupation; marital status; length of relationship; housing situation; family income; family provider; smoking; alcohol consumption; illicit drug use. The instrument used to identify the violence was pre-tested and validated in Brazil¹. Later it was adapted for the use during pregnancy². At this instrument the intimate partner violence is investigated by the nature of violence acts (psychological, physical and sexual). The dependent variable of this study was the intimate partner violence. Data were processed and analyzed using Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 21.0. We used univariate and bivariate analysis. The univariate analysis was based on descriptive statistics, frequencies distribution, measures of central tendency and variability. In the bivariate analysis we compared women who have experienced intimate partner violence during pregnancy and those who have not, in order to identify the association between violence and sociodemographic variables. The bivariate analysis included contingency tables, Chi-square and Fisher's Exact tests and prevalence ratios with a 95% confidence interval. For all tests we considered a significance level of 5%. We follow the standards for research involving humans. The project was approved by the research ethics committee of the Ribeirão Preto College of Nursing of the University of São Paulo. At the end of the interview, all participants received pamphlets listing the services that protect women in situations of violence in Ribeirão Preto and region. Moreover, when the mother requested immediate assistance or we identified intimate partner violence, these situations were communicated to the responsible doctor and to the psychology service of the Reference Center.
3. Results: the age of participants ranged from 15 to 43 years, with a mean of 23.7 years. The most frequent age group was between 20 and 29 years (52.0%). Regarding self-reported color, 135 (37.7%) women considered themselves white and 223 (62.3%) non-white, specifically, black, yellow and brown. The average educational level was 9.5 years and ranged from one to 17 years. Most women (54.7%) had between nine and 11 years of study. With regard to religious beliefs, the majority (79.3%) of respondents claimed to have some religion. Regarding marital status, the majority (80.4%) of participants cohabited with a partner. The average length of relationship with the intimate partner considered in the study was 57.4 months, and ranged from two to 252 months. As for occupation, 153 (42.7%) were included in the labor market. Regarding the housing situation, 45.8% (164) of the women were living in

their own home and 39.7% (142) in a rented house. The average monthly family income was 2.2 Brazilian minimum wages and ranged from one to 13. The most frequent salary range was comprised between two and three Brazilian minimum wages (55.6%). In 7.8% of the cases the pregnant woman herself was the provider of the family. The partner was referred as provider by 46.1% participants. Most women did not smoke (93.3%) did not consume alcohol (88.3%) and did not use illicit drugs (99.2%) during the current pregnancy. The intimacy of the couple was defined as good by 94.4% of pregnant women. However, for 8.9% of them this coexistence worsened during pregnancy. The prevalence of intimate partner violence during pregnancy was 17.6% and 16.8% of the women experienced psychological violence, 6.4% physical violence and 0,3% sexual violence. The majority (68.3%) of them did not consider that they suffered violence and that the behavior of the partner has affected their health. Statistical analysis showed evidence of association between intimate partner violence during pregnancy and marital status, as a protective factor ($p=0.001$; $OR=0,26$ and $CI\ 95\% [0,11-0,62]$). Women who had a partner during pregnancy, but were separated at the time of interview, were more likely to suffer intimate partner violence during pregnancy than those who were living with a partner.

4. Discussion: violence against women is a social and public health problem. Its a worldwide phenomenon that is not determined by social class, race, religion, age or education level³. In general, the chance of a woman be assaulted by the father of her children, ex-partner or current partner is greater than to suffer violence by strangers⁴. A worrying aspect with regard to the health of women in situations of violence is the continuity of aggression during pregnancy, even though this is a phase of the life cycle where it is expected greater protection and care^{5,6}. A prospective study carried out in Recife, Brazil, found a prevalence of intimate partner violence during pregnancy of 30.7%⁷. In Campinas, Brazil, and Jordan the prevalences were 19.6%⁸ and 40.9%⁹, respectively. An investigation carried out in the same place where the present study was developed found that 19.6% of the women have experienced some type of aggression during pregnancy². From these prevalence rates and the fact that violence during pregnancy brings many problems to the health of the woman and fetus, we highlight the importance of identifying factors that may increase or decrease the risk of the occurrence of intimate partner violence. Studies conducted in Brazil, where the divorce is socially accepted, corroborated the results of this study and found that women who were not with the partner had a greater chance of experiencing violence during pregnancy compared to women who were living with a partner^{10,11}. This may be related to the fact that women are getting out of a situation of violence through divorce or ending of the relationship. Despite these data, marital status should not be considered as a determinant signal for the occurrence of intimate partner violence, since women are inserted in a complex economic, social, familiar and psychological context. However it can guide and assist nurses in identifying victims. In this sense it is important to emphasize the need to consider violence on the gender perspective, because it reflects the power differences between women and men¹². As a public health problem, violence should be considered in the daily practice of health professionals, by screening, counseling, care and referral to network support¹³. Nurses who provide prenatal care are in a unique position to address the violence, because in this period the frequency of women in health services is greater and facilitates bonding and the identification of intimate partner violence. However, the care provided by nursing professionals is based on the invisibility of violence, because of their unpreparedness to approach this issue, especially during pregnancy. This situation is due to the fact that the assistance is grounded on complaints, conducts, procedures and prescriptive attitudes¹⁴. The approach of violence as a public health problem, aims to raise awareness and educate nurses about the existence of this phenomenon. This awareness will allow the creation of environments that encourage the disclosure of situations of violence by victims and/or their families; the development of strategies for identifying cases of intimate partner violence; and the offer of the help/support that these people need. Implications for practice: the results of this study will sensitize nurses to the fact that all actions and health interventions directed to the problem of intimate partner violence must initially identify the possible risk factors associated with this phenomenon. We hope that the study will fill gaps in this area of knowledge and will tread new paths toward awareness of nursing professionals in search of concrete actions for coping with this problem, both in the discourse and practice.

Research funded by Sao Paulo Research Foundation (FAPESP)

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Schraiber LB, Latorre MRDO, Jr IF, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validity of the WHO VAW STUDY instrument for estimating gender-based violence against women. *Rev Saude Publica*. 2010;44(4):658-66. doi:10.1590/S0034-89102010000400009.
2. Rodrigues DT. Analysis of domestic violence against women attended at a low-risk maternity hospital [dissertation]. Ribeirao Preto (SP): University of Sao Paulo, Ribeirão Preto College of Nursing; 2007.
3. Kaslow NJ et al. Suicidal abused African American women's response to a culturally informed intervention. *J Consult Clin Psychol*. 2010;78(4):449-58.
4. Garcia-Moreno C et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2002;368:1260-69.
5. Gazmarian JA et al. Violence and reproductive health: current knowledge and future research directions. *Matern Child Health J*. 2000;4(2):79-84.
6. MENEZES, T. C. et al. Domestic Physical Violence and Pregnancy: Results of a Survey in the Postpartum Period. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003;25(5):309-16.
7. Ludermir AB et al. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *Lancet*. 2010;376:903-10.
8. Audi Ca et al. Adverse health events associated with domestic violence during pregnancy among Brazilian women. *Midwifery*. 2012;28:416-21.
9. Okour AM, Badarneh R. Spousal Violence against pregnant women from a Bedouin community in Jordan. *Journal of Womens Health*. 2011;20(12):1853-59.
10. D'oliveira AFPL et al. Factors associated with intimate partner violence against Brazilian women. *Rev Saude Publica*. 2009;43(2):299-311.
11. Mathias AKRDA, Bedone AJ, Osis MJD, Fernandes AMS. Prevalence of violence by intimate male partner among women in primary health units in São Paulo State. *Rev Bras Ginecol Obstetr*. 2013;35(4):185-91.
12. Brazil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência intra-familiar: orientações para a prática em serviço*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.
13. Moraes CL, Arana FD, Reichenheim ME. Physical intimate partner violence during gestation as a risk factor for low quality of prenatal care. *Rev Saude Publica*. 2012;44(4):667-76.
14. Bonfim EG, Lopes MJM, Peretto M. Professional records of prenatal care and the (in) visibility of domestic violence against woman. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010;14(1):97-104.

AUTORES/AUTHORS:

LAURA TARRATS, SANDRA CABRERA, LOURDES COLELL, ISABEL PAEZ, MERCEDES GUERRERO, EVA GILABERTE, SUSANA MADALENA, ERIKA GONZALEZ, EVELENE SERVE

TÍTULO/TITLE:

PREVALENCE OF CERVICAL RIGIDITY AMONG WOMEN IN LABOUR

OBJECTIVE:

To describe the prevalence of the cervical rigidity among pregnant women in labour and the most frequent associated factors in a high technology hospital in Barcelona (Spain).

METHODS:

Setting: Delivery Ward from University Hospital Germans Trias i Pujol (HUGTIP) from Badalona, 2012.

Design: A retrospective, descriptive, transversal study. Cases were enrolled by using non-probabilistic consecutive sampling technique.

Participants: 1500 women in labour assisted at Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (Spain) in 2012

Inclusion Criteria: type of labour assistance procedure in the delivery ward, and complete record of the studied variables, including: presence of cervical rigidity, overall time of laboring, type of birth, induced or spontaneous labour, previous caesarean, and other sociodemographic data.

Sample size: We estimated a sample size of 212 women in labour with 95% CI (confidence interval) for an expected prevalence: 20% and a maximum difference: 5.

Main variables: rigid cervix presence (defined as a non-elastic cervix tissues conforming a constrict ring despite a correct onset of labour); labour total time (measured in minutes from first stage of labour beginning to delivery); induced or spontaneous onset of labour. Other variables are maternal age, previous deliveries, pregnancy weeks and newborn's weight.

Data collection: Information was collected from complete registres from the delivery ward registration book from September to December 2012.

Statistical Analysis: Data were analyzed by univariant and bivariant descriptive analysis using the SPSS software version 15.0 in Spanish. The median and standard deviation, minimum and maximum value ranges for quantitative variables were calculated for description of sample characteristics. For qualitative variables, such as the type of delivery or the presence of induction, data are presented as number of cases and frequencies. For the bivariant analysis, used the Chi-square test for the analysis of rigid cervical presence and type of delivery, and Fisher test for relationship among the variables according to the presence of rigid cervix history of previous cesarean section. We performed the Levene test for variance analysis in the comparison of means between the total time of birth variables as rigid cervical presence or presence of induction by Student t test or ANOVA in the case of the type of delivery. We assuming a predetermined 5% for Type I error. The databases used for the literature review were: Pubmed, CINAHL, Cochrane, Cuiden and Cuitatge.

RESULTS:

Two hundred and nineteen women in labour met the inclusion criteria; two hundred an one of them had a vaginal birth and 18 of them completed first stage of labour but needed a caesarean due to arrested labour, cephalo-pelvic disproportion or loss of fetal well-being. Sample characteristics were: 39.5 ±1.6 pregnancy weeks (mean ± SD); 51.6% nulliparous, 31.3% primiparous; 22.1% labour induction and 7.1% previous cesarean; by type of birth: 66.2% of eutocic, 20%; instrumented, 5.5% vacuum, 8% caesarean (women who reached complete dilatation). Mean labour total time was 5.9h ±3.5 (1h min-16h max); women with an induced labour needed

two more hours ($7.7h \pm 3.5$) in their labour process than women with an spontaneous onset of labour ($5.4h \pm 3.4$, $p=0.001$). An association was found between instrumented births ($7.9h$), complete dilatations that needed a caesarean ($7.6h$, $p<0.001$) and eutocic births ($4.9h$) mean labour total time. Opposite to this, no association was found between previous caesarean and labour total time (5.9 ± 3.5 , $p= 0.933$). We found a 19.2% of cervical rigidity; a 14.3% from total rigidities were found among nulliparous ($p=0.006$). An association between cervical rigidity and labour induction was found ($p=0.004$), as well as between cervical rigidity and labour duration: women with a rigid cervix needed a mean of $7.4h \pm 3.6$ in their labour process versus $5.5h \pm 3.3$ for those who didn't have it ($p: 0.005$). No association was found between cervical rigidity and type of birth or previous cesarean.

DISCUSSION:

The finding of a 19.2% of rigid cervix in the analyzed sample, provides a first approach to rigid cervix prevalence in our centre and it agrees with induction rates described in reviewed literature. It is also confirmed that collected data referring rigid cervix and induced labour correlate, but it is remarkable that no association was found between presence of rigid cervix and the type of birth.

One of the study limitations was the difficulty in unifying criteria to evaluate cervix tissues consistency, as Machui O (14) highlighted in his study with silicone models examined by obstetricians and midwives. Nevertheless, professionals mostly agree in describing a rigid cervix as a non-elastic cervix conforming a constrict ring. Another limitation would be that Hospital Germans Trias i Pujol is a high technology hospital and gathers more pathology than other centres, which leads to higher elective caesarean and induced labour rates, and that must be taken on account.

Finally, it should also be explained that the 8.2% of caesarean that appears in the study, only includes those labour processes that ended up in a caesarean once complete dilatation was reached; that means that elective caesarean, induction failures or caesarean in first stage of labour are not included.

CONCLUSION:

The induction causes might be reviewed because they are frequent implying higher cervical rigidity and longer deliveries. A longer delivery process may require more analgesia and prophylactic antibiotic doses. Labour active management, such as using dilatation easers, could benefit women with cervix rigidity. A new double blind clinical trial to evaluate the efficacy of intravenous Buscopan® administration in improving cervical rigidity conditions on the first stage of labour, is being carried out by midwives in this centre delivery ward.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1-Hofmeyr GJ. Evidence-based intrapartum care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2005 Feb; 19 (1):103-15.
- 2- Akins ML, et al. Cervical softening during pregnancy: Regulated changes in collagen cross-linking and composition of matricellular proteins in the mouse. *Biol Reprod.* 2011; 84: 1053-1062.
- 3-Timmons B, et al. Cervical Remodeling during Pregnancy and Parturition. *Trends Endocrinol Metab.* 2010 June; 21 (6):353-61.
- 4-Kavanagh J, et al. Hyaluronidase for cervical priming and induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(2):CD003097.
- 5-Radivojevic K, et al. The older primipara: labor induction and rigidity of the soft tissues. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 1988 Apr; 48 (4):246-8.
- 6-Moore J, et al. Factors That Influence the Practice of Elective Induction of Labor. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2012; 26(3): 242–250.
- 7-Tingaker BK, et al. Changes in uterine innervations in pregnancy during labour. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2010 Jun; 23(3): 300-3.
- 8-Caughey AB, et al. Maternal and neonatal outcomes of elective induction of labor. Evidence report/ technology Assessment No.176. Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK38683/>
- 9-Hastings-Tolsma M, Goodman S. Midwives, labour induction and the Wooden Spoon award part I. *Pract Midwife.* 2012 Mar;15(3):22, 24-7.
- 10-Niemczyk NA. Dilatation occurs more slowly in induced labor. *J Midwifery Womens Health.* 2012 Nov-Dec; 57(6):638-639.
- 11-Harper LM, et al. Normal progress of induced labour. *Obstet Gynecol.* 2012 Jun; 119(6):1113-8.
- 12-Osmundson S, et al. Elective induction compared with expectant management in nulliparous women with an unfavorable cervix. *Obstet Gynecol.* 2011 Mar; 117(3):583-7.
- 13-Grasec AS, et al. Normal first stage of labor in women undergoing trial of labor after cesarean delivery. *Obstet*

Gynecol 2012 Apr; 119(4): 732-6. 14-Machui O, et al. How objective is clinical determination of cervix consistency? Z Geburtshilfe Neonatol. 1996 Jul-Aug; 200 (4):155-60. 15-Wiklund I, et al. Swedish midwives' rating of risks during labour progress and their attitudes toward performing intrapartum interventions. Midwifery. 2012 Aug; 28(4): 456-60. 16-Van Hentenryck M, et al. Obstetric and neonatal outcome after surgical treatment of cervical dysplasia. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2012 May;162(1):16-20. 17-Simoens C, et al. Adverse obstetrical outcomes after treatment of precancerous cervical lesions. BJOG. 2012 Sep;119(10):1247-55.

Mesa de comunicaciones 22: Docencia

Concurrent session 22: Nursing Education

AUTORES/AUTHORS:

MATILDE TENORIO MATANZO

TÍTULO/TITLE:

Violencia de Pareja en alumnas de enfermería

Introducción

La Violencia de Género es una violación de los derechos humanos básicos, tal y como declaró la ONU en Viena (1993), y lo es porque atenta contra la dignidad y la integridad de las mujeres que la padecen, porque supone una amenaza constante para su vida y porque les impide un desarrollo pleno como personas y por ello, las enfermeras estamos obligadas a desarrollar estrategias dirigidas a ayudar a las víctimas de la violencia. En este sentido, el Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras (2006) recoge textualmente: "Es inherente a la Enfermería el respeto de los derechos humanos, entre ellos el derecho a la vida, a la dignidad y a ser tratado con respeto" y el Código Deontológico de la Enfermería en España (1998), especifica que, entre otros deberes de las enfermeras con el ser humano, "Las Enfermeras/os deben proteger al paciente, mientras esté a su cuidado, de posibles tratos humillantes, degradantes, o de cualquier otro tipo de afrentas a su dignidad personal". Estas referencias deontológicas no dejan lugar a dudas respecto a que la violencia de género es un tema que compete a las enfermeras, pero también lo es porque, tal y como proclamó la OMS (1994), es un problema prioritario de Salud Pública. Estas referencias deontológicas no dejan lugar a dudas respecto a que la violencia de género es un tema que compete a las enfermeras, pero también lo es porque, la Orden CIN (2008), en la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero, recoge, entre las competencias que los estudiantes deben adquirir en la formación básica común, la de "Conocer e identificar los problemas psicológicos y físicos derivados de la violencia de género para capacitar al estudiante en la prevención, la detección precoz, la asistencia, y la rehabilitación de las víctimas de esta forma de violencia". La Ley Orgánica 3/2007 para la Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres, recoge que las administraciones públicas deben fomentar, entre otras medidas, la inclusión en los planes de estudio en materia de igualdad entre mujeres y hombres. Entendemos que los planes de estudio de Enfermería deben contemplar, además, el fenómeno de la Violencia de Género, y en concreto la violencia de pareja si queremos que éstos lleguen a ser unos profesionales competentes en el abordaje de este problema. En la Sección Departamental de Enfermería de la Universidad Autónoma de Madrid, la Violencia de Género está presente en los contenidos de diferentes asignaturas, y hemos considerado importante profundizar en este fenómeno basándonos en la violencia de pareja que sufren las propias estudiantes y focalizar así las acciones educativas.

Objetivos:

El objetivo general del estudio fue conocer la prevalencia en jóvenes universitarias estudiantes de enfermería e identificar los comportamientos violentos que sufren más frecuentemente.

Métodos:

Se diseñó un estudio descriptivo transversal dirigido a las estudiantes que hubieran tenido pareja durante el último año.

La recogida de información se realizó a través del cuestionario de la versión española del "Index of Spouse Abused", validado por Ruiz Pérez, J Plazaola Castaño, V Escribá Agüir, J M Jiménez Martín (2006) para el Ministerio de Sanidad y Consumo. Este cuestionario mide la severidad de la violencia contra la mujer en la pareja. Consta de 30 criterios, 22 de violencia no física y 8 de violencia física, dentro de los que se incluyen 2 referidos a la violencia sexual.

Se repartieron los cuestionarios después de que una profesora, mujer, hubiera explicado el objetivo del estudio, hubiese aclarado que la participación era voluntaria y solicitado su colaboración.

Se construyó una base de datos que reflejara el rango de edad y las respuestas de las estudiantes, se calculó la puntuación de cada criterio en base a su valor ponderal, se obtuvo la puntuación mínima que podía obtener cada estudiante, y se calculó la puntuación final. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 17.

Resultados:

Respondieron al cuestionario 113 alumnas que habían tenido pareja durante el último año, cuyas edades se situaron en un 40,7% de menores de 20 años; un 35,7% de entre 20 y 25 años y un 16,8 % de mayores de 25 años. No contestan el 7%. Estamos hablando, por tanto, de una población de menores de 25 años de un 76,1%.

Violencia no física:

Se han detectado 3 casos (2.6 %), dos de ellas con puntuaciones muy altas respecto al punto de corte, situado en 25. Solamente 39 alumnas no sufren algún tipo de conducta de violencia, lo que indica que el 69% de las estudiantes las padecen.

Comparando las puntuaciones, se constata que hay actitudes violentas en 21 de los 22 criterios. Solamente el criterio "Mi pareja exige que me quede en casa cuidando de los niños", queda exento de comportamientos violentos.

Los criterios que destacan son:

"Mi pareja tiene celos y sospechas de mis amigos o otras personas cercanas" responden afirmativamente 52 (46%). Constatamos que los celos son una conducta muy habitual entre los jóvenes, comportamiento que conduce a sentimientos contradictorios en las chicas, quienes se mueven entre la satisfacción por las "muestras de amor" y el rechazo por la sensación de control y pérdida de autonomía.

Además de los celos, llama poderosamente la atención que el 15,9 % de las estudiantes tiene miedo de su pareja, y que de ellas, 5 lo sienten algunas veces o frecuentemente. Este dato en sí mismo es alarmante, porque el sentimiento de temor nos indica, de hecho, una relación de dominación.

Hay 15 estudiantes (13,3%) que perciben que su pareja no respeta sus sentimientos, decisiones y opiniones, y de ellas 3 describen esta conducta como frecuente o muy frecuente.

Violencia física:

Se ha detectado 1 caso de violencia sexual (0.88%) La estudiante presenta además, una puntuación de violencia psicológica superior en más de 4 veces a la media. El 33,85% de las alumnas sufre algún tipo de comportamiento de violencia física o sexual. Analizando las puntuaciones de los criterios observamos que existe violencia en cuatro de los ocho criterios. De ellos destaca: "Mi pareja exige que tengamos relaciones sexuales sin tener en cuenta si yo quiero o no" 35 (30,9%) de respuestas afirmativas, cuyas frecuencias desglosadas figuran en la tabla 3, "Mi pareja se pone agresiva conmigo cuando bebe" 6 (5,3%), "Me hace realizar actos sexuales que no me gusta o con los que no disfruto 3 (2,7) y 1 (0,9%) su pareja le da puñetazos rara vez.

Discusión:

La violencia psicológica tiene una prevalencia en nuestras alumnas un 2,6 %; el 46% sufren celos y casi el 16% tiene miedo de su pareja. La prevalencia de la violencia física es del 0,88%, y las relaciones sexuales impuestas son las conductas de violencia física más llamativas. (30,9 y 2,7% respectivamente)

Las prevalencias obtenidas se sitúan en niveles sensiblemente inferiores a los que se manejan en otros estudios. En 2004, el estudio que realizó la Comunidad de Madrid con el cuestionario ENVEFF mostró una prevalencia del 10,1% para mujeres de entre 18 y 70 años, y en España, la III Macro-encuesta sobre la violencia contra las mujeres realizada por el Instituto de la Mujer en 2006 refiere un 3,6% para el maltrato tipo B (maltrato explícito) y 9,6% para maltrato tipo A (maltrato técnico o no declarado pero con indicadores positivos). La explicación de datos tan dispares puede estar en la distinta definición de caso que existe entre los estudios. De hecho, de las 13 preguntas seleccionadas en la Macroencuesta para detectar el maltrato técnico, 7 son equiparables a criterios del Index of Spouse Abused.

Al contrastar los datos, comprobamos que, además de los casos de violencia detectados, habría 8 estudiantes más que podrían considerarse técnicamente maltratadas por comportamientos de violencia no física y 7 que sufrirían un maltrato sexual de tipo A. Estos resultados nos situarían en una prevalencia de un 9,73% para la violencia no física y un 7,07% para la física-sexual.

En este sentido, los autores de la validación de la versión española del Index of Spouse Abused advierten que una de las principales limitaciones del estudio ha sido que la definición de mujeres maltratadas y el establecimiento de los puntos de corte se realizaron a partir de una muestra integrada por mujeres procedentes de servicios sociales y casas de acogida, es decir, aquellas que habían sufrido maltrato más grave.

Además de los datos de prevalencia, nos interesaba conocer los comportamientos violentos que sufren con más frecuencia e intensidad nuestras estudiantes, y los resultados muestran la conveniencia de desarrollar intervenciones específicas de

sensibilización y prevención entre los estudiantes para eliminar las conductas sexuales que no respeten los propios deseos o los de la pareja, y desmontar la creencia de que las manifestaciones de celos son muestras de amor. Por ello, además de la formación en violencia de género que ya se viene realizando, se desarrollarán acciones educativas que incidan especialmente en estos problemas.

Este estudio debería ampliarse y profundizar en las diferencias de las conductas violentas que padecen según edad fijando rangos menores y si existen diferencias significativas en razón de la nacionalidad de las estudiantes y de sus parejas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

Consejería de Sanidad. Servicio de Epidemiología y Servicio de Promoción de la Salud. Comunidad de Madrid. España. (2004) Encuesta de violencia de pareja hacia las mujeres.

Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico del CIE para la profesión de Enfermería. Ginebra. 2006

Consejo General de Enfermería de España. (1998). Código Deontológico de la Enfermería Española.

España. BOE. ORDEN por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. 3 de julio de 2008. ORDEN CIN/2134/2008, 31680- 31683.

Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2006). III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres.

Madrid, España. Recuperado en <http://www.unece.org/stats/gender/vaw/surveys/Spain/publication.pdf>.

ONU. Resolución de la ONU, A/RES/48/104, 1994.

OMS Resolución 49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud. WHA 49.25 Prevención de la violencia. Una prioridad en salud pública. Ginebra. 1996

Ruiz Pérez, J Plazaola Castaño, V Escribá Agüir, J M Jiménez Martín (2006) Adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario. Observatorio de Salud de la mujer. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Secretaría General de Sanidad Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado en:

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/genero_vg_01.pdf

AUTORES/AUTHORS:

Encarna Bonfill Accensi, Mar Lleixà Fortuño, Núria Albacar Riobóo, M^a Teresa Salvadó Usach, Florencia Sáez Vay, Sara Romaguera Genis, Pilar Monteso Curto, Carolina Granero Giner, Estrella Martínez Segura

TÍTULO/TITLE:

Estrés en los estudiantes de enfermería: estudio comparativo pre y post prácticas.

Introducción

Estos resultados forman parte del proyecto de innovación docente becado por el ICE de la URV, Estrés de los estudiantes de enfermería al prácticum: diseño y efectividad de un programa de intervención.

El índice más elevado de estrés lo experimentan las carreras del área de salud, entre ellas la de enfermería por el plus que representa el contacto interpersonal ante el sufrimiento. Una de las razones que nos lleva a analizar el estrés de los estudiantes en las prácticas es la repercusión que tiene en la salud de las personas.

1. Objetivo

Se trata de comparar el nivel de estrés de los estudiantes de enfermería previo y posterior a la realización de las prácticas clínicas hospitalarias.

2. Método

Ámbito de estudio: Facultad de Enfermería de la Universidad Rovira i Virgili. Campus Catalunya (CC), Seu Baix Penedès (SBP) y Campus Terres de l'Ebre (CTE).

Tipo de estudio: comparativo longitudinal.

Población y muestra:

Estudiantes de tercer curso matriculados en las asignaturas de Prácticas Clínicas hospitalarias en el curso 2012-13 (194) de los cuales han contestado el cuestionario antes de realizar las prácticas 125 estudiantes: CTE (43), SBP (18) y CC (64). Al finalizar las prácticas se ha administrado el cuestionario codificado, logrando identificar 55 estudiantes: CTE (24), SBP (11) y CC (20).

Recogida de datos: Los datos se han obtenido mediante el cuestionario KEZKAK, que mide la percepción de los estudiantes de enfermería ante los estresores de las prácticas clínicas, [1] [2].

KEZKAK consta de: 41 ítems agrupados en 9 factores, se considera estrés todos los ítems que puntúen una media igual o superior a 1,5.

F1 Falta de competencia

F2 Contacto con el sufrimiento

F3 Relación con tutores y compañeros

F4 Impotencia e incertidumbre

F5 No controlar la relación con el enfermo

F6 Implicación emocional

F7 Dañarse en la relación con el enfermo

F8 El enfermo busca una relación íntima

F9 Sobrecarga

Consideraciones éticas

El planteamiento del proyecto contempla aspectos éticos como permiso a la institución, información del proyecto y su finalidad, dando la opción a participar en el proyecto (consentimiento informado), y asegurar el anonimato a los participantes del estudio,

Para preservar el anonimato se establece pedir a los estudiante un código que consiste en la dos iniciales del nombre del padre, las dos iniciales del nombre de la madre y los dos últimos dígitos del año de nacimiento, en el cuestionario (ERMA79), de esta forma se conserva el anonimato y aseguramos el poder emparejar el cuestionario con el paso del tiempo.

El análisis estadístico fue realizado con el programa SPSS v18.0, se ha utilizado la prueba t-student para muestras relacionadas. Se ha considerado que la diferencia es significativa, cuando el grado de significación (p) es $\leq 0,05$.

3. Resultados

En los tres campus estudiados se aprecian valores elevados de percepción de estrés tanto antes como después de realizar las prácticas, siendo éstos inferiores tras la realización de las prácticas, dicha diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0,0001$). Los valores más elevados en los tres Campus son: F1 "falta de competencia" y F4 "impotencia e incertidumbre".

- En los tres campus juntos hay diferencias significativas entre el antes y el después de realizar las prácticas en 7 de los 9 factores estudiados, excepto en el F8 "el enfermo busca una relación íntima" y el F9 "sobrecarga".
- En el CTE, existen diferencias significativas entre antes y después de realizar las prácticas en todos los factores, excepto en el F9 "sobrecarga".
- En el CBP, no existen diferencias significativas entre antes y después de realizar las prácticas, excepto en el F5 "no controlar la relación con el enfermo".
- En el CC, existen diferencias significativas entre antes y después de realizar las prácticas, excepto en F6 "Implicación emocional" y F8 "el enfermo busca una relación íntima".

4. Discusión

El análisis de los resultados obtenidos pone de manifiesto las situaciones que les generan más estrés a los estudiantes de enfermería y cómo evolucionan con el paso del tiempo. Los valores más elevados en los tres Campus son en el F1 "falta de competencia" y el F4 "impotencia e incertidumbre".

- El F1 Tiene que ver con la falta de competencia y aglutina ítems relacionados con el temor a dañar, o no poder ayudar al paciente o resultar dañado, al estudiante le parece estresante la posibilidad de no realizar bien su trabajo y las consecuencias que ello puede acarrear tanto para el paciente como para si mismo [1] .

- El F4 tiene que ver con sentir impotencia e incertidumbre en el deseo de ayudar a los demás nos gustaría ser omnipotentes, pero la realidad se encarga de frustrar continuamente nuestro deseo haciéndonos sentir impotencia e incertidumbre, sentimientos muy frecuentes en los profesionales de la salud [1].

Al contrastar los resultados de la percepción de estrés antes y después de realizar las prácticas vemos que existe en todos los factores una disminución significativa de la percepción de estrés, coincide con los resultados encontrados en otros trabajos, en los cuales al pasar a la acción disminuye el estrés [3]. El factor 1 “falta de competencia” y el factor 4 “impotencia e incertidumbre” en nuestro estudio siguen presentando los valores más altos de percepción de estrés, coincidiendo con otros estudios revisados [2] [4] [5] [6] [7] [8].

Las implicaciones para la práctica irán dirigidas a diseñar una intervención para dotar a los estudiantes de habilidades específicas que permitan mejorar el manejo del estrés en función de los factores causales identificados. En una segunda fase se realizará el seguimiento y planificación de una intervención dirigida a la muestra estudiada.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

1. Zupiria X, Barandian M, Uranga MJ, Alberdi MJ. KEZKAK: cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. Gaceta sanitaria 2003; 17(1):37-51.
2. Antolín R, Puialto MJ, Moure ML, Quintero T. Situaciones de la práctica clínica que provocan estrés en los estudiantes de enfermería. Enfermería Global. [revista en Internet] 2007 mayo. [consultado 12 de septiembre de 2013]; 10: 1-12. Disponible en: www.um.es/ojs/index.php/eglobal/article/view/264/219
3. Brown H, Edelmann R. Project 2000: a study of expected and experienced stressors and support reported by students and qualified nurses. J Adv Nurs. 2000; 31(4): 857-64.
4. Pades A, Homar C. El estrés de los estudiantes en las prácticas clínicas de enfermería. Revista ROL de enfermería. 2006; 29 (9): 19-24
5. Admi H. Nursing students stress during the inicial clinical experience. J Nurs Educ. 1997; 36(7) :323-327. Citado en PubMed PMID 9309567.
6. Zupiria X, Uranga-Iturrioz MJ, Alberdi MJ, Barandiaran M, Huitzi X, Sanz X. Fuentes de estrés en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería. Evolución a lo largo de la diplomatura. Enfermería clínica.2006; 16(5):231-7.
7. Zupiria X, Alberdi MJ, Uranga MJ, Barandiaran M, Sanz X, Huizi X. Principales estresores de los estudiantes de enfermería relacionados con las prácticas clínicas y factores relacionados. Enfermería Científica.2003; 258-259: 59-58.

8. Amat V, Fernández C, Orts I, Poveda MR, Roma MT, Ribera D. Estrés en estudiantes de enfermería. Rev. ROL de enfermería 1990; 140: 75-8.

AUTORES/AUTHORS:

José Antonio Sarria Guerrero, Montserrat fabra Gensana

TÍTULO/TITLE:

Impacto del debriefing sobre el aprendizaje percibido por el alumno de grado de Enfermería durante el proceso Simulación

Objetivos:

Valorar si la reflexión o debriefing después de la experiencia clínica en SAF mejora la percepción del aprendizaje en el alumno y si el debriefing tiene un impacto mayor sobre el aprendizaje percibido que la propia experiencia clínica simulada.

Medir el grado de satisfacción en las dos partes de la SAF: después de la experiencia clínica simulada y después del debriefing.

Registrar la utilidad para la práctica profesional de esta metodología.

Método:

Estudio analítico descriptivo y transversal, realizado en el ámbito de la Universidad de Barcelona en la Escuela de Enfermería en el entorno del Aula de Simulación Avanzada.

La población fue de 268 estudiantes de cuarto curso de grado de Enfermería, mayores de 18 años matriculados a la asignatura de "Pràcticum"; como tamaño de la muestra se tomaron a 219 participantes en los seminarios de SAF que contestaron un cuestionario como parrilla de autoevaluación. Los criterios de inclusión fueron los alumnos de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona matriculados a la asignatura de "pràcticum", durante el curso 2012-2013 y como criterios de exclusión fueron los no asistentes a los seminarios de SAF o los que no entregaron el cuestionario totalmente cumplimentado.

Descripción de la metodología: Se diseñó una parrilla de autoevaluación ad-hoc que registraba las variables:

- Mejora del aprendizaje después de la práctica.
- Mejora del aprendizaje después del debriefing.
- Satisfacción después de la práctica.
- Satisfacción después del debriefing.
- Utilidad para la práctica profesional.

El registro se realizó mediante escala de Liker del 0 al 5 donde 0 significa ninguna mejora, ninguna satisfacción o ninguna utilidad para la práctica profesional y 5 gran mejora, alta satisfacción y muy útil para la práctica profesional. El análisis de datos se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 15.0.

Resultados:

En cuanto a la mejora del aprendizaje después de la reflexión o de la experiencia clínica los resultados fueron:

- Un 78,53% (172 alumnos) respondieron que su aprendizaje había mostrado gran mejora después de la reflexión o debriefing.
- Un 7,35%, (38 estudiantes) mostraron que aprendieron de igual forma después de la experiencia clínica que del debriefing, calificando como gran mejora a su aprendizaje.
- Un 11,41%, (25 estudiantes) opinaron que su aprendizaje después de la experiencia clínica era mejor que después del debriefing.

De la muestra de 219 alumnos, de cada 10 alumnos; 7,85 opinan que aprenden más después del debriefing, aunque hayan realizado la experiencia, 0,73 califican igual su aprendizaje antes y después del debriefing y 1,1 estima que aprenden más después de la experiencia, sin tener en cuenta el debriefing como de mejora para su aprendizaje.

Sobre la satisfacción durante la experiencia: 173 estudiantes, el 79,4% la consideran alta o muy alta. La satisfacción después del debriefing fue de 204 estudiantes, el 93,1% se mostraron altamente o muy satisfechos.

La utilidad para la práctica profesional resultó: 210 alumnos, el 95,9% consideraron muy o altamente útil para su práctica profesional.

Discusión:

La pregunta inicial del estudio cuestiona si los alumnos tienen una sensación de mejora del aprendizaje al realizar la práctica clínica

de la SAF, el equipo investigador considera que los altos resultados sobre mejor aprendizaje y satisfacción tras el debriefing pueden estar relacionados con la estructura, organización y desarrollo del debriefing planteado.

Según trabajos actuales, el formato en el que se realiza el debriefing no suele ser determinante en el éxito del mismo, se postula que obtiene mejores resultados con profesionales, el debriefing assessment for simulation in healthcare (DASH) de Cambridge, Massachusetts⁴, a pesar de ello, el equipo decidió realizar un tipo de debriefing distinto al recomendado por los expertos^{3,4,5}. Sus características se discutieron y prepararon de forma exhaustiva antes de realizar la experiencia clínica simulada, se tuvo en cuenta que el aprendizaje y las reflexiones eran para un tipo de alumnos pregraduados, con escaso nivel de experiencia clínica y diferentes objetivos que para un equipo de profesionales expertos, descrita por el Center for Medical Simulation (Cambridge, Massachusetts)⁴. El estudio valoró también el grado de satisfacción después de la experiencia de este grupo de alumnos. Existen otros estudios con diferentes tipos de debriefing que mostraron buenos resultados sobre satisfacción, en profesionales, descritos por Barbara Steinwachs³ y Judith Renou, este último recoge las opiniones de los participantes sobre los altos niveles de satisfacción que produce la SAF¹².

Los investigadores opinan que la estructura del debriefing tipo DASH, donde el instructor incita a los participantes para que analicen sus acciones, emociones o cualquier otra información que ayuden a mejorar sus actuaciones en la práctica clínica⁵, mejora el aprendizaje de profesionales expertos, pero no es adecuado para el aprendizaje de alumnos no profesionales. Los estudios de Rudolph et al⁶ aseguran que los estudiantes y los profesores pueden construir juntos un espacio de aprendizaje reflexivo que permita profundizar más; ya que durante el debriefing se descubren los puntos más importantes del aprendizaje, con la ayuda de la retroalimentación que el profesor-facilitador puede proporcionar^{7,8}. Es probable que en el debriefing planteado por los investigadores, coincidiendo con Rudolph justifique el alto grado de satisfacción, ya el alumno percibe que ha aprendido más después de su reflexión con el profesor, porque juntos han construido un nuevo conocimiento sobre la experiencia vivida y ha sido participe de ello, identificando como se ha sentido a través de su experiencia y reorientando su enfoque sobre esta.

La mayor parte de los alumnos consideran que esta simulación resulta de gran utilidad para la práctica profesional. Después de la reflexión, todos los participantes aprendieron al menos una cosa a cerca de ellos mismos y/o la manera en que actuaron y dejaron la sesión inclinados a reflexionar sobre este nuevo aprendizaje de una manera continua, con la intención de incorporar el aprendizaje en su actuar cotidiano⁹.

Respecto a las limitaciones del estudio La validez de este estudio puede quedar limitada el contexto de alumnos pregraduados de Ciencias de la Salud, consideramos que sus resultados son comparables a otros realizados con diferentes tipos de alumnos y objetivos pero su validez queda limitada al entorno académico. Su diseño tiene como punto débil el grado de mejora del aprendizaje, el estudio recoge la percibida por el alumno, pero no está medida con una herramienta o un cuestionario. Al finalizar el debriefing el estudiante se muestra muy satisfecho al haber reflexionado y entendido como y porque ha actuado así y ha aprendido a corregir sus futuros errores de percepción o de actuación pero estas reflexiones se deben medir mediante preguntas abiertas realizadas en un cuestionario.

Futuras líneas de investigación podrían orientarse a realizar estudios con diferentes grupos de estudiantes: pregraduados y profesionales, utilizando diferentes tipos de debriefing donde se establezcan las intervenciones del profesor según el grupo, a doble ciego, sin tener en cuenta el grado de experiencia del alumno, valorando el grado de satisfacción y la cantidad de aprendizaje en cada grupo, de esta forma establecer el tipo de debriefing más adecuado para cada grupo o cada tipo de objetivos.

Otro aspecto relevante para futuros estudios es el diseño de herramientas que midan la mejora de las habilidades no técnicas, como emociones, comunicación, liderazgo, trabajo en equipo, toma de decisiones o pensamiento crítico.

Utilidad para la práctica clínica: En la práctica profesional, debido a la presión asistencial, no se dedica tiempo a reflexionar sobre los errores producidos, especialmente durante los eventos críticos, por lo que se pierde la oportunidad del aprendizaje del debriefing. La simulación ofrece esta posibilidad, permitiendo el análisis y la reflexión de los sucesos simulados, tratando de identificar los hechos y actuaciones erróneas para corregirlos y reforzar o adquirir conductas adecuadas de actuación⁶.

Se ha defendido que la práctica clínica del debriefing en situaciones de emergencia se ha consolidado más por la inmediatez del imperativo de ayudar que por el desarrollo de una teoría sólida y cuidadosamente evaluada¹³. Se ha dicho también que el debriefing es percibido de una forma tan positiva porque satisface las necesidades imperiosas de muchos colectivos; la necesidad de los afectados de comprender y controlar lo sucedido y la necesidad de asistir a aquellos que sufren¹⁴.

CONCLUSIONES

Podemos establecer que el modelo reflexivo empleado durante el debriefing tiene buenos resultados respecto a satisfacción del alumno de grado y mejora de su aprendizaje.

El debriefing en SAF requiere ser planificado previamente para cada tipo de profesionales-alumnos y objetivos docentes, los resultados del aprendizaje se han de medir y comparar.

El debriefing es altamente necesario para completar aprendizaje después de la actuación práctica en SAF^{7,8}. El profesor-facilitador ha de guiar la auto-reflexión personal de los participantes (alumnos de grado) y suplementarla con información, en algunos casos¹⁰.

Los profesores que decidan utilizar la SAF han de recibir formación adecuada en simulación y debriefing.

El debriefing es un elemento clave y diferencia el ambiente de la simulación de muchos otros entornos de aprendizajes y práctica clínica, en él se proporciona el tiempo y el marco adecuado para el análisis sistemático del escenario. Es aconsejable utilizarlo en la práctica clínica, después de los eventos críticos, en entornos reales como urgencias, emergencias y unidades de cuidados especiales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

3. Steinwachs B. How to Facilitate a Debriefing. *Simulation & Gaming*, 1992; 23; 186-195. UK. Disponible en <http://sag.sagepub.com/content/23/2/186.abstract> consultado el 25/7/2013.

4. Center for Medical Simulation. Debriefing assessment for simulation in healthcare (DASH), 2009, Cambridge, Massachusetts, USA. Disponible en: http://collaborate.uw.edu/sites/default/files/files/IMSH_2009_DASH.pdf

5. M. López, L. Ramos, O. Pato, S. López. La simulación clínica como herramienta de aprendizaje. *Cirugía mayor ambulatoria*, 2013; 18 (1): 25-29. Disponible en http://www.asecma.org/attachments/article/162/05_18_1_FC_Lo%C2%A6%C3%BCpez.pdf Consultado en 30/07/2013.

6. Rudolph JW, Simon R, Rivard P, Dufresne RL, Raemer DB. Debriefing with Good Judgment: Combining Rigorous Feedback with Genuine Inquiry. *Anesthesiology Clinics* 25 (2007) 361–376. Elsevier. Disponible en: <http://tulane.edu/som/sim/faculty/upload/debriefing.pdf> Consultado el 28/17/2013.

7. Rudolph JW, Simon R, Raemer DB. What really matter? Questions about the way to greater engagement in healthcare simulation. *Simulation in Healthcare*, 2007, 02:03 AM, 161-163.

8. Rudolph JW, Simon R, Dufresne RL, Raemer DB. There is no such thing as "nonjudgmental" debriefing: Theory and method of debriefing with good judgment. *Simulation in Healthcare*, 2006, 1:01, 49-55

9. Flanagan Brendan. 2008. Debriefing: Theory and Techniques. In: Riley RH. *Manual of Simulation in Health Care*. Oxford. Pp 155-170.

10. Dieckmann, P, Friis, SM., Lippert, A., & Ostergaard, D. (2009). The art and science of debriefing in simulation: Ideal and practice. *Medical Teacher* (2009),31(7), e287-294.

11. Dieckmann, P. (2009a). Simulation settings for learning in acute medical care. In P. Dieckmann (Ed.), *Using Simulations for Education, Training and Research* (pp. 40-138). Lengerich: Pabst.
12. Renou J. Para reflexionar en Simulación médica: Las herramientas técnicas y pedagógicas. DUMAS (Dépôt Universitaire de mémoires après soutenance). Memorias de títulos universitarios, Andre Quinton (Ed.), 2012. Universidad de Grenoble. Disponible en <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00787927>.
13. Bisson, JI., McFarlane, C. y Rose, S. (2000) Desahogo psicológico. En, EB.Foa, TM. Keane, MJ.Friedman., (Eds.) *Tratamiento del estrés postraumático* (57-79) Barcelona: Ariel Psicología (2003).
14. Raphael, B., Meldrum, L., Mcfarlane, AC. (1995) Does debriefing after psychological trauma work? *British Medical Journal*, vol.310: 1479-1480.

AUTORES/AUTHORS:

M^a ANGELES CIDONCHA MORENO, EVA REVIRIEGO RODRIGO, LUCIA GARATE ECHENIQUE, ELENA DE LORENZO URIEN, ROSA M^a GONZALEZ LLINARES, MAIDER MATEOS DEL PINO , JOSE ASUA BATARRITA, MARIE PIERRE GAGNON

TÍTULO/TITLE:

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS A LOS 9 MESES DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN ONLINE EN LECTURA CRÍTICA DIRIGIDO A PROFESIONALES

Introducción:

La investigación es una actividad fundamental para contribuir a la mejora de la calidad y la eficiencia de la atención sanitaria en ciencias de la enfermería. La formación es necesaria, no sólo para la realización de estudios de investigación, sino también para poder evaluar críticamente la literatura científica y trasladar adecuadamente sus resultados a la práctica clínica diaria.

Objetivos:

Evaluar el grado de conocimiento antes, después y tras 9 meses de un programa de formación online en lectura crítica (en revisiones sistemáticas, estudios de pruebas diagnósticas, ensayos clínicos y estudios cualitativos) aplicado a enfermeras de Osakidetza.

Material y métodos:

Estudio prospectivo pre-post test en una muestra de profesionales de enfermería de Osakidetza (50). Se diseñó un cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos antes y después del curso de formación. Una vez transcurridos nueve meses desde la finalización del programa se volvió a pasar el mismo cuestionario con la intención de conocer el impacto real de este curso. Se realizó el análisis estadístico a través del programa IBM SPSS Statistics 19

Resultados:

De la muestra de 50 profesionales seleccionados/as se contabilizaron 3 pérdidas. La nota media del cuestionario de conocimientos previos es de 70,5 con una DS de 11,96.

La nota media del mismo cuestionario al finalizar el curso es de 86,6 con DS de 10.

A los 9 meses la nota media es de 86,3 con DS de 8,80.

A través de pruebas estadísticas se han hallado diferencias significativas pre-post. Se realizan pruebas de hipótesis para contrastar si los conocimientos adquiridos en el curso se mantienen 9 meses después de su finalización

Discusión:

Existe un aumento del nivel conocimientos tras el curso en todos los módulos de formación en lectura crítica que se mantiene con el tiempo, aunque disminuye a los 9 meses de ser medido.

Implicaciones para la práctica: El impacto que este proyecto puede tener para el sistema de salud/profesionales es proporcionar herramientas para la metodología de la investigación, promoviendo la cultura de investigación y el pensamiento crítico

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.- Moore Z, Cowman S. Nurses need critical appraisal skills when reading research; 2009 Apr 28-May 4; 105(16):33.
- 2.- Cook DA, Levinson AJ, Garside S, et al. Internet-based learning in the health professions: a meta-analysis. JAMA 2008; 300:1181–1196.
- 3.- Chou P, Chen W. Exploratory study of the relationship between self-directed learning and academic performance in a web-based

learning environment. *Online Journal of Distance Learning Administration*, 9(1). Retrieved November 29, 2008.

4.- Murad M.H, Coto-Yglesias F, Varkey P, Prokop L.J and Murad A.L. The effectiveness of self-directed learning in health professions education: a systematic review. *Medical Education*; 2010. 44: 1057–1068.

5.- Halstead J.A, Coudret N.A. Implementing Web-based instruction in a school of nursing: Implications for faculty and students. *Journal of Professional Nursing*; 2000. 16(5), 273-281.

6.- Fisher M, King J, Tague G. The Development of a Self-Directed Learning Readiness Scale for Nurse Education, *Nurse Education Today*; 2001. October 21(7):516-525.

AUTORES/AUTHORS:

Virgilia Alegre Ramón, Yolanda Valcarcel Álvarez, Teresa García Beobides, Amalia Gómez Campos, M^a Luz Magdalena Diaz, Carmen Vena Fernández, Dolores Vázquez Santirso, Ricardo Baldonado Cernuda

TÍTULO/TITLE:

Segundo curso de Grado: oportunidad de mejora en la asignatura Enfermería del Adulto y el Anciano.

1. Objetivos

- Conocer la valoración de los estudiantes sobre la asignatura de Enfermería del Adulto y Anciano que permita la toma de decisiones sobre la planificación del próximo curso.
- Definir las áreas de mejora.

2. Métodos

Ámbito: 3º curso de Grado en Enfermería de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Oviedo, asignatura de Enfermería de Adulto y Anciano. Consta de 6 créditos ECTS: 35 horas de clases expositivas (CE), 14 horas de práctica de aula (PA), 7 horas de práctica de laboratorio (PL), y 2 horas de trabajo en grupo (TG).

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Sujetos: 77 estudiantes que realizaron el examen final en enero 2013, de los que 66 (85,7%) contestaron voluntariamente el cuestionario.

Variables: Edad (global y agrupada) y sexo. Valoración de los contenidos en: 1: Clases Expositivas (dolor, terapias complementarias y envejecimiento). 2: Prácticas de Aula (metodología avanzada de enfermería, pensamiento enfermero, PAE: paciente en domicilio, fibromialgia, incontinencia urinaria, administración de hemoderivados, úlceras por presión, heridas crónicas, valoración geriátrica y tacto terapéutico). 3. Prácticas de Laboratorio (el paciente Terminal y las películas: las Invasiones bárbaras y Mar adentro). 4.

Trabajos de Grupo (Alzheimer, Fractura de cadera, Cáncer de próstata, Obesidad mórbida y Lectura de libro de geriatría, "La casa de Dios" de Samuel Shem,) 5. Valoración de otras herramientas (campus virtual, bibliografía) 6. Otros (Participación de los profesores, evaluación y la satisfacción global).

Instrumento: cuestionario de elaboración propia. Escala Likert de 1 a 7. autoadministrado.

Sesgo de información basado en la sinceridad al responder el cuestionario.

Estudio Estadístico

Los resultados fueron obtenidos a partir de una base de datos elaborada mediante el paquete SPSS 15.0 para Windows. Las variables cuantitativas se describieron mediante Media (M), Desviación Típica (DT) y Rango (R). Las variables cualitativas mediante frecuencias absolutas y relativas (%). Para la comparación de variables se utilizó la Chi 2 y la U de Mann Whitney. Se aceptó significación estadística si $p \leq 0,05$.

3. Resultados

Análisis descriptivo

Edad: Media de 23,40 años, DT 4,819 y R (19-41). Edad agrupada: Hasta 23 años: 36 (54,5%), Mayores de 23: 24 (36,4%).

Sexo: 51 Mujeres (77,3%), 10 Hombres (15,2%), 5 No contestaron (7,8%).

1. Clases Expositivas: La valoración media de las clases expositivas fue en todos los casos superior a 5 sobre 7.
2. Prácticas de Aula: En general ha sido alta (M 5,09 y DT 1,55), con la excepción de la práctica correspondiente a "Pensamiento Enfermero" que ha obtenido una media de 3,67 con una DT de 2,18.
3. Prácticas de Laboratorio: La valoración media fue de M 5,09 y DT 1,55. La presentación y discusión de las dos películas fue menos valorado que el resto, pese a lo cual en ninguna se bajo de 4,9 sobre siete. En el caso de "Las invasiones Bárbaras" también se observa una elevada dispersión: M 4,97 y DT de 2,09.
4. Trabajos de Grupo: La valoración media fue de M 4,68 y DT 1,96, aunque en el caso de la "Lectura de Geriátria" la media fue inferior con una alta dispersión: M 3,46 y DP 2,408.
5. Valoración de otras Herramientas: Tanto en el trabajo presentado en el Campus Virtual como la Bibliografía aportada han sido muy bien valorados, no bajando de M 5,50 y DT 1,63.
6. Otros: La valoración del profesorado en aspectos como la Participación, Accesibilidad, Dinamismo y Sistemas de evaluación han sido bien valorados con una M 5,44 y DT 1,43.

Por último, la Satisfacción Global media de la asignatura ha sido de M 5,45 (DT 1,09)

Comparación de variables

Por lo que respecta al sexo, mediante la U de Mann Wihney hemos analizado todas las variables y solo hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en la variable NANDA-NIC-NOC (U=157, Z=-1,951) (p=0,05), encontrando que la valoración de los hombres fue superior a la valoración de las mujeres.

Por lo que respecta a la edad, no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas cuando se utilizó la edad global; cuando se agrupó en mayores de 23 años y hasta 23 años, hemos obtenido diferencias estadísticamente significativas en la variable Trabajo de Grupo (U=204,5, Z= -2,34) (p=0,01), encontrando que los menores de 23 años valoraron mejor los trabajos de grupo con respecto a los mayores de 23 años.

Se recogieron las sugerencias aportadas por los estudiantes: para las PA, el 6% que sean más de contenidos prácticos y menos teóricos, grupos más reducidos para que puedan practicar todos. Para las PL, el 1,5% aumentar el material de prácticas. Para los TG, el 7,6 % que no sean obligatorios y estar siempre con los mismos compañeros que en otras asignaturas y, por ultimo, la lectura del libro de geriatría no lo consideran útil para su aprendizaje.

4. Discusión

Con la adecuación docente que se desprende del Plan Bolonia se han generado cambios de estrategia sobre el uso de metodología docentes y el desarrollo de nuevas competencias que afecta tanto a los estudiantes como a los profesores. En esta asignatura se

incluyen los cuidados del ciclo vital, desarrollando las competencias del cuidado de las personas adultas-ancianas y las competencias transversales, utilizando en una gran variedad de metodología (CE, PA, PL, TG) llevadas a cabo por un equipo docente de ocho profesores. Intentamos dar al estudiante protagonismo con un rol más activo y participativo. Las investigaciones muestran que los estudiantes que trabajan en grupos adquieren una creciente habilidad para resolver problemas y exhiben una mayor capacidad de comprensión². Los profesores, reestructuramos la asignatura para incorporar la dinámica de trabajo cooperativo que implica una mayor inversión en tiempo para enseñar un menor número de temas, ya que tiene que liderar a la persona, el grupo y la tarea.

Se ha producido un ajuste en la coordinación entre asignaturas. No se han generado dificultades con los espacios, los horarios y la disponibilidad de la bibliografía recomendada, que habitualmente presentan controversias, ni con los criterios de evaluación, considerándose claro y precisos los criterios. La calificación final de los estudiantes de los 93 que se presentaron al examen final fue: 3 Matrícula de Honor, 10 Sobresalientes, 60 Notables, 20 Aprobados, 0 Suspenso y 2 No Presentados.

Pensar que podemos hacer para que las cosas mejoren, en la medida posible, es una reflexión que como equipo docente hemos realizado con la inclusión de la opinión de los estudiantes, antes de que nos establezcamos en la inercia o la rutina, aunque fue el segundo año que se imparte ésta asignatura, el objetivo final es mejorar el proceso enseñanza- aprendizaje, para mejorar los resultados en el aprendizaje de los estudiantes.

A nuestra pregunta sobre las posibilidades de mejora en la planificación de la asignatura basándonos en la valoración de los estudiantes, observamos que manifiestan una opinión, en general, favorable a la metodología y al profesorado, con oportunidades claras de mejora en la selección de contenidos, fundamentalmente del pensamiento enfermero y la lectura crítica de un libro de geriatría. Las dos actividades propuestas no son consideradas útiles para el aprendizaje de los estudiantes. Con el pensamiento enfermero tratábamos de cubrir una laguna en el curriculum formativo de nuestros estudiantes desde el marco filosófico, motivacional e histórico de la profesión, y con la lectura crítica y reflexiva del libro sobre geriatría una visión general de la problemática de la geriatría.

Hemos puesto especial énfasis en la integración en el ámbito académico con el perfil profesional en el desarrollo de competencias relacionadas con la utilización de los registros que realizan las enfermeras en su actividad diaria en el cuidado de los pacientes en el área especializada facilitando que el "perfil del egresado" sea equiparable al "perfil profesional". Las herramientas utilizadas han sido por una parte, Los lenguajes estandarizados de enfermería NANDA-NIC-NOC avanzada como complemento a la que han recibido en cursos anteriores. Y por otra parte, la resolución de casos clínicos simulados siguiendo el PAE con los mismos registros que utilizan las enfermeras en el hospital. Asegurando y potenciando la continuidad del trabajo.

Creemos que la visualización de películas comerciales que reflejan una visión de la vivencia de la enfermedad del paciente y su familia, dentro de su entorno habitual. Nos permiten ver, en tercera persona, todo el mundo emocional y la problemática que se desarrolla con la enfermedad, la aceptación y la toma de decisiones. Los estudiantes deben experimentar que las relaciones que se generan en el acto de cuidar se establecen con un alto contenido emocional. Las emociones juegan un rol decisivo en el modo que las enfermeras procuran los cuidados. Para ser una enfermera competente no basta, por tanto, tener conocimientos técnicos. Tan importante o más que aquellos es la capacidad de orientar el magma de emociones diferentes para cada persona, incluso, contradictorias. Las enfermeras debemos formarnos en la gestión de las propias emociones porque resultan esenciales para el desempeño del buen hacer profesional. La confianza es la base para la relación enfermera con el paciente/cuidador para generar una comunicación fluida y cordial. Nuestros estudiantes consideran, en parte, una pérdida de tiempo la visualización de forma

obligatoria de las películas seleccionadas. Considerábamos de interés, presentar en conjunto los objetivos de la película y posteriormente generar un pequeño debate, además de la reflexión crítica que cada estudiante debe realizar a preguntas concretas.

Respecto a la variable edad, con significación estadística, deberíamos revisar la literatura para ver como la relacionan otros autores porque es controvertido.

Quizás las aportaciones que podamos hacer con los resultados de este estudio no sea muy novedosa, pero si queremos destacar que consideramos la opinión de los estudiantes como valiosa e imprescindible. La experiencia ha sido satisfactoria, la participación y aceptación de los estudiantes ha sido positiva, poniendo de manifiesto que es necesario introducir algunos cambios. La transmisión de resultados al equipo docente para la toma de decisiones consensuada y de consolidación del equipo.

La aplicación práctica es la inclusión de la opinión de los estudiantes nos permite identificar las fortalezas y las debilidades en el binomio docente-alumno e incorporar áreas de mejora en el diseño metodológico y unificar criterios entre los profesores.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Universidad de Oviedo [Internet]. Oviedo: Universidad de Oviedo; [acceso el 10 de septiembre de 2013]. Disponibles en: <http://sies.uniovi.es/ofe-pod-jsf/web/oferta/seccion-5.faces>
2. Davis B. Tools for teaching. San Francisco: Jossey-Bas; 1993.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves III

Session of Oral Brief Presentations III

AUTORES/AUTHORS:

Jose Manuel Corrales, M^a Carmen Aguila Pollo, Margarita Vazquez, Violeta Serrano, Ana Sofia Ribeiro, Veronica Buitrago, Nuria Gayo, Jenny Tasiguano, Tamara Gil

TÍTULO/TITLE:

Úlceras por Presión en un centro socio-sanitario ¿Hacia dónde vamos?

Objetivos: Conocer prevalencia e incidencia de úlceras por presión (UPP); Conocer el grado de severidad de las lesiones tanto importadas como iatrogénicas y el tiempo medio de curación de las UPP. Método: Estudio descriptivo retrospectivo longitudinal, en el que se analizó como población accesible todos los pacientes ingresados en la Fundación Instituto San José en el año 2012. Los datos fueron analizados a través de las Historias Clínicas de cada paciente. El análisis descriptivo se presenta mediante la media para las variables cuantitativas y las variables cualitativas se presentan por frecuencias relativas y absolutas. Resultados: Durante el año 2012 ingresaron 1456 pacientes distribuidos entre las 6 áreas de atención (cuidados paliativos, cuidados prolongados, daño cerebral, neurología, geriatría y rehabilitación), de los cuales 773 eran hombres. La estancia media de cada paciente ingresado con heridas crónicas fue de 69 días. El total de pacientes atendidos con UPP fueron 562, de los cuales 476, fueron pacientes con UPP importadas, obteniendo una prevalencia media de pacientes externos con UPP de 13,53% y una incidencia de pacientes con UPP de 3,11%. Las UPP iatrogénicas fueron de grado de severidad bajo (92% de Estadio I y II) y el tipo de paciente que las padecía presentaba alto riesgo de desarrollar UPP. Del total de UPP importadas, 26% correspondían al Estadio I, 43% al Estadio II, 16% al Estadio III y 15 % al Estadio IV. Las localizaciones anatómicas más frecuentes de las UPP atendidas en nuestras unidades fueron: 49% en sacro y 36% en talones. De las 875 UPP tratadas en las diferentes áreas de atención de la FISJ, se resolvieron el 44,6%. Analizando la totalidad de las UPP resueltas en cuanto a tiempos medios de curación, se objetivó que para conseguir la cicatrización de una UPP de E IV, se necesitan en media 87,5 días y una UPP de E III, 52,5 días. Discusión: A través de los datos obtenidos, constatamos que las UPP suponen un gran problema de salud. La prevalencia media de pacientes que padecen UPP externa obtenida en el año 2012 ha sido de un 13,53%, lo que según la clasificación publicada por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de úlceras por presión (GNEAUPP)¹, nos sitúa dentro de las unidades de hospitalización de "alta prevalencia". La prevalencia media de pacientes con UPP iatrogénicas obtenida en la FISJ (3,11%) es inferior a la obtenida en 2011, así mismo se registró un aumento de pacientes ingresados con UPP, lo que supone un importante consumo de recursos humanos y materiales con la subyacente carga económica que conlleva. Una vez conocida la situación real en cuanto a este problema, los esfuerzos han de centrarse en una gestión eficiente de los mismos e ir aportando soluciones que ayuden tanto a pacientes como a familiares.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

- (1) Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou J, Verdú Soriano J, López Casanova P. 3.er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos* 2011;22(2):77-90.
- (2) Torra Bou JE, Rueda López J, Soldevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F, Verdú Soriano J. 1er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España: epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos* 2003;14(1):37-47.
- (3) Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou J, Verdú Soriano J, Martínez Cuervo F, López Casanova P, Rueda López J, et al. 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.
- (4) Hibbs P. The economics of pressure ulcer prevention. *Decubitus* 1988 Aug;1(3):32-38.
- (5) Santamaria N, Carville K, Prentice J, Ellis I, Ellis T, Lewin G, et al. Reducing pressure ulcer prevalence in residential aged care: results from phase II of the PRIME trial. *WOUND PRACT RES* 2009 02;17(1):12.
- (6) Lahmann NA, Halfens RJ, Dassen T. Impact of prevention structures and processes on pressure ulcer prevalence in nursing homes and acute-care hospitals. *J Eval Clin Pract* 2010 Feb;16(1):50-56.
- (7) McInerney JA. Reducing hospital-acquired pressure ulcer prevalence through a focused prevention program. *Adv Skin Wound Care* 2008 Feb;21(2):75-78.

- (8) Sánchez-Rubio M, Pilar, Blanco-Zapata R, Antonio, Merino-Corral I, Carmen, Arribas-Hernández F, Javier. Adverse Effects Prevalence Study: pressure ulcers in an acute hospital [Spanish]. ENFERM CLIN 2010 2010;20(6):355-359.
- (9) Soldevilla Agreda JJ, Torra Bou JE, Posnett J, Verdú Soriano J, San Miguel L, Mayan Santos JM. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. Gerokomos 2007;18(4):201-210.
- (10) Soldevilla Agreda JJ, Navarro Rodríguez S. Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. Gerokomos 2006;17(4):203-224.
- (11) Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Clasificación-Estadiaje de las Úlceras por Presión. Doc.II. Logroño. 2003.

AUTORES/AUTHORS:

M^a DOLORES SAIZ VINUESA, M^a VICTORIA RUIZ GARCÍA, PILAR CÓRCOLES JIMÉNEZ, ELENA MUÑOZ MANSILLA, PEDRO FERNÁNDEZ PALLARÉS, LUCIA HERREROS SÁEZ, FRANCISCA CALERO YAÑEZ, ROSARIO JIMENEZ GÓMEZ, TERESA MUÑOZ SERRANO

TÍTULO/TITLE:

Implantación de una Guía de Buena Práctica para la prevención de caídas: Percepción de los pacientes hospitalizados.

Las caídas en ancianos son un importante problema sociosanitario, tanto por la frecuencia con que suceden como por la relevancia de sus consecuencias en términos de morbilidad, dependencia y consumo de recursos sanitarios. Se calcula que cada año se caen un tercio de las personas mayores de 65 años, proporción que aumenta en pacientes institucionalizados (1-4) Las caídas que se producen en el medio hospitalario se consideran un efecto adverso de la asistencia sanitaria, al poner en riesgo la seguridad del paciente.

Por todo ello, las intervenciones dirigidas a prevenir las caídas en ancianos cobran especial relevancia, preocupando notablemente a sanitarios y usuarios. En el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA) existe una sensibilización de los profesionales hacia la prevención de caídas como estrategia encaminada a garantizar la seguridad del paciente. En este marco se está implantando la Guía de Buena Práctica Clínica (GBP) para la Prevención de caídas, desarrollada por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) (5)

Por otra parte, el avance en las relaciones sociales ha hecho que las instituciones sanitarias vayan orientando sus actuaciones hacia el desarrollo de la información hacia pacientes y familiares, de manera que el consentimiento informado y la participación tienen cada vez mayor importancia a la hora de evaluar los resultados sanitarios. En general, los usuarios desean conocer a fondo todo lo que tiene que ver con su proceso asistencial y adoptar un rol protagonista en la toma de decisiones (6, 7). Además, los relatos de los pacientes ayudan a entender el gran impacto emocional que suponen las caídas, lo cual es útil para llevar a cabo un plan de actuación (8)

Por todo ello, se ha querido evaluar en qué forma los usuarios y familiares perciben esta iniciativa de implantación de la GBP.

Objetivo. Analizar la percepción de pacientes ≥ 65 años sobre las actividades aplicadas para la prevención de caídas siguiendo las recomendaciones de la Guía de Buena Práctica, durante su ingreso hospitalario.

Método. Ámbito: CHUA Diseño: Estudio cuasiexperimental. Participantes: pacientes ≥ 65 años, con ingreso > 48 h en Unidades de Área Médica. Captados por muestreo consecutivo enero-marzo 2013 Grupo experimental (GE): Ingresados Unidades implantación GBP. Grupo control (GC): Resto Unidades (cuidados habituales) Variables. Sociodemográficas, motivo y duración de ingreso, antecedentes de caídas. Variable Independiente: implantación GBP (valoración riesgo caída, actuaciones según factores riesgo detectados, recomendaciones educativas) Variables de resultado: satisfacción con información proporcionada para prevención de caídas, durante el ingreso y en domicilio, seguimiento de recomendaciones al alta, satisfacción con cuidados recibidos y percepción de la preocupación de enfermería por su seguridad Instrumento: encuesta elaboración propia basada en criterios de resultados NOC, escala tipo Likert de 5 puntos, recodificada: nada/poco; suficiente/mucho Recogida de datos: revisión historia clínica y entrevista telefónica con paciente o familiar a los 7-10 días tras alta Análisis estadístico (SPSS 15.0) Descriptivo: medidas de tendencia central y dispersión, frecuencias absolutas y relativas. Bivariante: homogeneidad grupos y análisis de resultados mediante Chi-cuadrado, t de Student y U-Mann-Whitney según tipo de variables; nivel significación $p < 0,05$ Aspectos éticos: Aprobación del Comité de Ética e Investigación, consentimiento informado

Resultados. 104 sujetos (GE 46,2%, GC 53,8%) Hombres 41,7% GE; 51,8% GC. Estancia media GE 7,68 días (d.t.=4,66), GC 10,9 (d.t.=6,63). Edad GE 83,01 años (d.t.=7,26), GC 77,36 (d.t.=7,52) Ingreso por caída 2,9%. Caídas previas 31,7%. Motivo más frecuente de ingreso patología respiratoria (37,5%). Contestan la encuesta 89 personas (56,2% familiares), no existiendo diferencia

estadísticamente significativa entre GE y GC por quién responde ni por sexo, aunque sí en cuanto a edad y estancia media. Satisfacción con información proporcionada para prevención de caídas: GE suficiente/mucho 72,2% vs GC 28% ($p < 0,0001$), utilidad durante el ingreso 61,1% vs 21,7% ($p < 0,0001$) y en el domicilio 54,3% vs 17,4% ($p < 0,0001$), seguimiento recomendaciones tras el alta 51,4% vs 13,3% ($p < 0,0001$), satisfacción con los cuidados recibidos 86,1% vs 54% ($p = 0,002$) y percepción de la preocupación de enfermería por su seguridad 80,6% vs 56% ($p = 0,017$) No hay relación estadísticamente significativa entre la percepción y antecedentes de caídas

Discusión. Implicaciones para la práctica. Los pacientes que recibieron asistencia siguiendo las recomendaciones incluidas en la GBP eran mayores que los del GC y ello podía dificultar su comprensión de las recomendaciones Sin embargo, manifestaron mayor satisfacción y consideraron en mayor proporción útiles y aplicables tanto los cuidados como la información recibida. También seguían aplicando estas recomendaciones tras el alta hospitalaria en mayor proporción, de forma estadísticamente significativa Proponemos la utilización de GBP para sistematizar los cuidados y unificar la práctica diaria, ya que se observa una mayor satisfacción y utilidad para los pacientes frente a los cuidados que se realizan de forma no sistematizada.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Rubenstein L, Josephson K. Intervenciones para reducir los riesgos multifactoriales de caídas. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005;40(Supl 2):45 – 53.
- (2) Stalenhoef PA, Crebolder HFJM, Knottnerus JA, Van der Horst FGEM. Incidence, risk factors and consequences of falls among elderly subjects living in the community. A criteria-based analysis. *Eur J Public Health.* 1997; 7: 328 – 34.
- (3) Bergland A, Wyller TB. Risk factors for serious fall related injury in elderly women living at home. *Inj Prev.* 2004; 10: 308 – 13.
- (4) Bueno Cavanillas A, Padilla Ruiz F, Alonso CP, García ME, Gálvez Vargas R. Factores de riesgo de caídas en una población anciana institucionalizada. Estudio de cohortes prospectivo. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 10 – 15.
- (5) Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores. Toronto: RNAO; 2005. Disponible en: http://www.rnao.org/Storage/78/7309_617_BPG_PrevencionCaidasyLesionesDerivadas.pdf [Acceso 22 de marzo 2012].
- (6) Simón P, Barrio IM, Sánchez CM, Tamayo MI, Molina A, Suess A et al. Satisfacción de los pacientes con el proceso de información, consentimiento y toma de decisiones durante la hospitalización. *Anales Sis San Navarra* 2007; 30 (2): 191 – 8.
- (7) Jovell AJ. El paciente del siglo XXI. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2006; 29 (Supl. 3): 85 – 90.
- (8) Wong C, Hogan DB. The value of patient narratives in the assessment of older patients presenting with falls. *Can Geriatrics J.* 2013 Jun 3; 16 (2): 43 – 8.

AUTORES/AUTHORS:

Marta Colomer Codinach, Emilia Chirveches Pérez, Emma Puigoriol Juvanteny, Eduard Camps Ballester, Isabel Pino Del Rio, Carme Rusñol Camps, Imma Alcaide Gálvez, Judit Bou Folgarolas

TÍTULO/TITLE:

“Análisis del perfil de las personas mayores en programa de hemodiálisis en una Unidad de Nefrología “

INTRODUCCIÓN: El aumento de la esperanza de vida ha comportado un mayor número de personas con enfermedad renal crónica que requieren tratamiento de hemodiálisis. Estas personas, especialmente si son mayores o presentan otras patologías asociadas, pueden tener dificultad para realizar las actividades de la vida diaria.

OBJETIVO: Conocer el perfil de las personas mayores de 60 años que están en programa de hemodiálisis en un Hospital General para identificar aquellas personas que pudieran estar en situación de riesgo de dependencia.

METODOLOGIA: Estudio descriptivo transversal sobre las personas mayores de 60 años en programa de hemodiálisis atendidos en la Unidad de Nefrología del Consorcio Hospitalario de Vic (Barcelona). Periodo de estudio: marzo de 2013. Variables: características socio demográficas y clínicas, capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), capacidad para llevar a término las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), función cognitiva, grado de aceptación de las propias limitaciones, nivel de satisfacción con la capacidad de superación, tipo de soporte familiar, actividades del ocio, utilización de recursos sanitarios y sociales. Instrumentos utilizados: Barthel, Lawton, Pfeiffer, clasificación de resultados enfermeros (NOC) 120502 y 200207. Se realizó un análisis estadístico descriptivo univariado y bivariado con el software IBM SPSS Statistics 19 de todas las variables.

RESULTADOS: De los 56 pacientes incluidos en el estudio, 32 (57,1%) fueron hombres y 24 (42,9%) mujeres. La media de edad era de 75,8 años. El 41% de los pacientes tenían más de 80 años. El 82% vivían en el domicilio familiar. El 75% había cursado estudios primarios. De las personas que habían cursado estudios secundarios o superiores el 42% tenían menos de 70 años y las mujeres eran las que habían tenido menos acceso a estos (8.3%). Las actividades de ocio más frecuentes eran: ver la televisión (67,9%), pasear (50%) y leer (33,9%). El 57,1% presentaban algún grado de dependencia para llevar a cabo las ABVD y el 87,5% presentaban algún grado de dependencia para realizar las AIVD. Un 25% presentaban algún nivel de deterioro cognitivo. El 51,8% de los pacientes expresaron que siempre o frecuentemente aceptaban las limitaciones y el 55,4% se sentían muy o completamente satisfechos con la capacidad de adaptación. El 39% de los pacientes habían sido visitados en atención primaria en el último año. El 57,1% expresaron que no utilizaban ningún tipo de recurso social.

DISCUSIÓN: Destaca el sobre envejecimiento de la población de estudio y que la mayoría de pacientes vivían en el domicilio familiar. La familia es la pieza clave para el cuidado de las personas. Las mujeres y las personas de más edad son las que tenían un menor nivel de estudios. La bibliografía consultada hace referencia a la influencia del contexto histórico y social en el nivel de estudios. La mayoría de personas presentaban hábitos de vida sedentarios lo cual favorece la pérdida de capacidad funcional y de contacto con el entorno. Más de la mitad de los pacientes presentaban algún grado de dependencia funcional y por ello requieren más necesidades de cuidados y ayuda para las actividades de la vida diaria. El 25% presentaban algún grado de deterioro cognitivo que puede dificultar la adaptación al tratamiento. Un elevado número de pacientes expresaron que estaban satisfechos con la capacidad de adaptación y que eran bastante positivos en cuanto a la aceptación de las limitaciones. Las emociones positivas producen un efecto beneficioso sobre la capacidad de adaptación y el bienestar. Las personas en hemodiálisis dedican mucho tiempo al tratamiento y dejan de utilizar otros recursos sanitarios y sociales.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA: Conocer el grado de dependencia de los enfermos permite disponer de una visión más completa del tipo de paciente atendido y facilita una asistencia más individualizada. Sería importante promover un abordaje multidisciplinar del enfermo en hemodiálisis ya que puede necesitar del cuidado de diferentes niveles asistenciales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Abellán, A., Esparza, C., Castejón, P., & Pérez, J. (2011). Epidemiología de la discapacidad y la dependencia de la vejez en España. *Gaceta Sanitaria*, 25(S): 5-11.
- Andreu Peris, L., Puig Llobet, M., & Cases Amenós, A. (2012). Grado de dependencia de las personas sometidas a hemodiálisis en Cataluña y evolución de su mortalidad. Level of dependence in patients on haemodialysis in Catalonia and evolution of mortality rates. *Nefrología*, 32(5)
- Arenas, M., Álvarez-Ude, F., Angoso, M., Berdud, I., Antolín, A., Lacueva, J., et al. (2006). Valoración del grado de dependencia funcional de los pacientes en hemodiálisis (HD): Estudio multicéntrico. *Nefrología*, 26(5), 600-608.
- Camps, E., Andreu, L., Colomer, M., Claramunt, L., Pasaron, M. (2009). Valoración del grado de autonomía funcional de pacientes renales crónicos según índices de Barthel, Lawton y Baremo de Ley de Dependencia. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 12(2), 28-34.
- Enquesta de salut de Catalunya 2011. (2012). Pla de salut 2011-2015. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Obtingut de : <http://canalsalut.gencat.cat>
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). Envejecimiento activo: Contribuciones de la psicología. Pirámide Spain.
- Gil Nieto, D., Perera Díaz, M., & Sevane Fernández, L. (2010). Estado cognitivo del paciente de edad avanzada en programa de hemodiálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 13(1), 30-35.
- IMSERSO (2011). Libro Blanco del «Envejecimiento Activo». Ministerio de Sanidad, Política Social y Consumo. Madrid. http://www.imserso.es/imserso_01/envejecimiento_activo/libro_blanco/index.htm
- Kirkwood, T., Ebrahim, S., & Kalache, A. (1996). Mechanisms of ageing in epidemiology in old age.
- Moorhead, S., & Johnson, M. (2009). Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Elsevier España.
- OMS (2002). Envejecimiento activo: Un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 37(S2), 74-105.
- Pérez-Castejón, J.M., Durany, S., Garrigós, A., Olivé, A. (2007). Prevención de la dependencia y envejecimiento saludable. *Jano*, 1638, 16-22.
- Salvà, A., Coll, L., & Rojano, X. (2012). La fragilitat en les persones grans. *Aloma: Revista De Psicologia, Ciències De l'Educació i De l'Esport*, 30(1). Obtingut de: www.revistaaloma.net
- Zunzunegui, M. V. (2011). Evolución de la discapacidad y la dependencia. Una mirada internacional. *Gaceta Sanitaria*, 25, Supplement 2(0), 12-20.

AUTORES/AUTHORS:

Teresa Botigué, Ana Lavedán, Carmen Nuin, Joan Blanco, Pilar Jürschik

TÍTULO/TITLE:

Riesgo de desnutrición como factor pronóstico de mortalidad a los 2 años en ancianos de la comunidad

Objetivo: Analizar si el riesgo de desnutrición es un factor pronóstico independiente de mortalidad a los 2 años en ancianos mayores de 75 años que viven en la comunidad en la ciudad de Lleida.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo. La fuente de datos fue la encuesta de Fragilidad en Lleida (Encuesta FRALLE) (1,2). El riesgo de desnutrición se midió con el test MNA-SF (3). Para el análisis de datos se realizó una regresión de Cox, ajustada por las variables significativas en los análisis bivariados. Éstas fueron introducidas por pasos, mediante la creación de cuatro modelos, en el siguiente orden: el modelo 1 se construyó con la variable riesgo de desnutrición, en el modelo 2 se añadieron variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, convivencia e ingresos mensuales), en el modelo 3 se introdujeron las variables del estado de salud (comorbilidad, deterioro cognitivo, síntomas depresivos, discapacidad básica e instrumental) y, finalmente, en el modelo 4 se añadieron los parámetros antropométricos (peso habitual, peso actual, % de peso perdido, talla, IMC, circunferencia braquial y de la pantorrilla). La información fue analizada con el programa SPSS versión 20. El nivel de significación aceptado en los análisis fue de $p < 0,05$.

Resultados: La muestra total estudiada fue de 640 individuos, de los cuales 254 eran hombres (39,7%) y 386 eran mujeres (60,3%), con una media de edad de 81,5 años. La prevalencia de desnutrición fue del 1,9%, la de riesgo de desnutrición del 19,8% y el 76,9% estaban bien nutridos. En los análisis bivariados, el riesgo de desnutrición se asoció significativamente con la mortalidad, también lo hicieron la edad, el sexo masculino, no tener estudios y vivir acompañado, en cuanto a los factores sociodemográficos. Asimismo, morían más los individuos que tenían peor estado de salud, a excepción de los que presentaban síntomas depresivos, que no obtuvo significación. Ningún parámetro antropométrico se asoció de manera significativa con la mortalidad, por lo que el modelo 4 no fue introducido a la regresión. En la regresión de Cox, el riesgo de desnutrición mantuvo la significación estadística en los tres modelos, teniendo los sujetos que estaban en riesgo de desnutrición una probabilidad tres veces mayor de morir a los 2 años que los individuos que no estaban en riesgo ($p < 0,05$). También fueron factores predictores de mortalidad: tener más edad ($p < 0,001$) y el sexo masculino ($p = 0,001$).

Discusión: Diversas investigaciones han demostrado que las complicaciones de salud asociadas a la desnutrición son graves (4,5), aumentando un 30% la incidencia de mortalidad en el primer año. El hecho de que el riesgo de desnutrición ya sea un factor pronóstico de mortalidad, constata la importancia del cribado nutricional en la gente mayor. En este sentido, se comparte la idea con otros autores que el cribado nutricional debe ser incorporado de manera rutinaria en los exámenes anuales de las personas mayores de 75 años, no sólo en el ámbito domiciliario, sino también a los centros de salud (6). Además, contar con herramientas de cribado nutricional capaces de predecir mortalidad, afianza su validez para ser utilizadas (7). Según estos resultados, el MNA-SF es una de ellas, lo que permite que pueda ser incorporada y utilizada de forma periódica en la valoración de enfermería en este colectivo de población y, asimismo, poder iniciar medidas preventivas antes de que se produzca la desnutrición.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

(1) Jürschik P, Escobar MA, Nuin C, Botigué T. Criterios de fragilidad del adulto mayor. Estudio piloto. Aten Primaria.

2011;43(4):190-196.

(2) Jürschik P, Nuin C, Botigué T, Escobar MA, Lavedán A, Viladrosa M. Prevalence of frailty and factors associated with frailty in the elderly population of Lleida, Spain: The FRALLE survey. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012;55(3):625-631.

(3) Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging* 2009 Nov;13(9):782–788.

(4) Chen CC, Schilling LS, Lyder CH. A concept analysis of malnutrition in the elderly. *J Adv Nurs* 2001 Oct;36(1):131–142.

(5) Visvanathan R. Under-nutrition in older people: a serious and growing global problem! *J Postgrad Med* 2003 Oct–Dec;49(4):352–360.

(6) Edington J, Kon P, Martyn CN. Prevalence of malnutrition in patients in general practice. *Clin Nutr* 1996 Apr;15(2):60–63.

(7) Tsai A, Yang S, Wang J. Validation of population-specific Mini-Nutritional Assessment with its long-term mortality-predicting ability: results of a population-based longitudinal 4-year study in Taiwan. *Br J Nutr* 2010;104(1):93–99.

AUTORES/AUTHORS:

Lucía Arias Fernández, María Luisa López González, Alberto Lana Perez

TÍTULO/TITLE:

Prevalencia de factores de riesgo conductuales de un segundo cáncer primario en España

Introducción

Los supervivientes al cáncer, cuyo número ha aumentado en los últimos años, conviven con elevado riesgo de desarrollar diversas patologías, entre ellas un segundo cáncer primario (SPC). Aunque parte de los trastornos son consecuencia de la propia enfermedad y su tratamiento, se sabe que los estilos de vida también desempeñan un importante papel.

Objetivo

Medir la prevalencia de conductas de riesgo y el estado de salud de los supervivientes al cáncer, determinando si existen diferencias estadísticamente significativas según sean supervivientes agudos o de larga duración.

Métodos

Diseño: estudio descriptivo transversal. Fuente de información: se utilizaron los datos de la última Encuesta Europea de Salud en España (EES09), una investigación epidemiológica con información de una muestra representativa de la población española. Sujetos: se incluyeron en el estudio los individuos que participaron en la EES09 y que afirmaron haber sido diagnosticados de cáncer por un médico. Variables a estudio: los supervivientes se dividieron en agudo (SA) o de larga duración (SLD), en función de si el sujeto padecía o no la enfermedad durante los 12 meses previos a la realización de la EES09. Las variables relativas a las conductas de riesgo para la salud (consumo de tabaco, consumo de alcohol, insuficiente ingesta de frutas y verduras, exceso de peso, sedentarismo) fueron recategorizadas para adaptarlas a aquellas tipificadas en el Código Europeo Contra el Cáncer (CEC) y por la OMS. Análisis estadístico: los microdatos en formato .txt fueron transformados en una base de datos SPSS v. 19.0 para ejecutar su análisis estadístico. Las variables se analizaron según el tipo de superviviente, comparando las proporciones mediante test de χ^2 de Pearson o la prueba Z con la corrección de Bonferroni y las medias con la U de Mann-Whitney. Se calcularon también intervalos de confianza al 95% (IC95%).

Resultados

De los 22.188 individuos que participaron en la EES09, 807 eran supervivientes, 314 agudos y 493 de larga duración. La prevalencia de supervivientes al cáncer estimada en la población española fue 3,6%. La frecuencia de patologías concomitantes fue en general mayor en los SLD que en los SA, sobre todo la hipertensión (padecida por el 42,2% del total), lumbalgia (34,2%), dolor cervical (32,9%) y artritis (30,7%). El tipo de superviviente también determinó diferencias en la prevalencia de algunas conductas de riesgo. Globalmente, un 15,2% continuó fumando de manera habitual; un 14,5% eran bebedores de riesgo según el CEC; un 78,3% consumía una dieta de riesgo según el CEC; un 64,5% tenía exceso de peso y un 59,1% eran sedentarios.

Discusión

La elevada prevalencia de conductas de riesgo entre los supervivientes refleja la necesidad de no olvidar la prevención de los efectos adversos de la enfermedad, entre ellos, la posibilidad de desarrollar un SCP, a través de la prevención primaria de la enfermedad, insistiendo en las recomendaciones del CEC. La transición entre la supervivencia aguda y de larga duración podría constituir un momento ideal a la hora de instaurar intervenciones educativas que traten de modificar los factores de riesgo presentes en este colectivo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Anand P, Kunnumakara AB, Sundaram C, Harikumar KB, Tharakan ST, Lai OS, et al. Cancer is a Preventable Disease that Requires Major Lifestyle Changes. *Pharmaceutical Research*. 2008;25(9):2097-115.
- Boyle P, Autier P, Bartelink H, Baselga J, Boffetta P, Burn J, et al. European Code Against Cancer and scientific justification: third version (2003). *Annals of Oncology*. 2003;14:973-1005.
- Santi M, Aareleid T, Berrino F, Lasota MB, Carli PM, Faivres J, et al. EUROCARE-3: Survival of cancer patients diagnosed 1990-94. Results and commentary. *Annals of Oncology*. 2003;14(5):61-118.
- Demark-Wahnefried WD, Aziz NM, Rowland JH, Pinto BM. Riding the Crest of the Teachable moment: Promoting Long-Term Health After the Diagnosis of Cancer. *J Clin Oncol*. 2005;23(24):5814-30.
- Krueger H, McLean D, Williams D. The Prevention of Second Primary Cancers – A Resource for Clinicians and Health Managers. *Progress in Experimental Tumor Research*, Vol. 40. Suiza: Karger; 2008.
- Wood ME, Vogel V, Ng A, Foxhall L, Goodwin P, Travis LB. Second malignant neoplasms: assesment and strategies for risk reduction. *J Clin Oncol*. 2012;30(30):3734-45.
- López ML, Lana A, Díaz S, Folgueras MV, Sánchez L, Comendador MA, et al. Multiple primary cancer: an increasing health problem. Strategies for prevention in cancer survivors. *Eur J Cancer Care*. 2009;18:598-605.
- Underwood JM, Townsend JS, Stewart SL, Buchannan N, Ekwueme DU, Hawkins NA, et al. Surveillance of Demographic Characteristics and Health Behaviors Among Adult Cancer Survivors – Behavioral Risk Factor Surveillance System, United States, 2009. *MMWR*. 2012.61(1):1-23.
- Blanchard CM, Courneya KS, Stein K. Cancer Survivors´ Adherence to Lifestyle Behavior Recommendations and Associations With Health Related Quality of Life: Results From the American Cancer Society´s SCS-II. *J Clin Oncol*. 2008;26(13):2198-204.
- Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Microdatos de la Encuesta Europea de Salud en España 2009. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2009 [Actualizado 2010 Nov; acceso 2013 Feb]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p420&file=inebase>
- Schultz PN, Beck ML, Stava C, Vassilopoulou-Sellin R. Health profiles in 5836 long-term cancer survivors. *Int J Cancer*. 2003;104:488-95.
- Gritz ER, Fingeret MC, Vidrine DJ, Lazev AB, Mehta NV, Reece GP. Successes and Failures of the Teachable Moment. *Cancer*. 2006;21(1):17-27.

AUTORES/AUTHORS:

Matilde Arlandis Casanova

TÍTULO/TITLE:

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA DIPLOMATURA Y EL GRADO EN ENFERMERÍA EN LA ASIGNATURA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

1. Introducción

Según el Libro Blanco del Grado de Enfermería: "La convergencia del sistema universitario español en el EEES, antes del 2010, debido a la Declaración de Bolonia firmada en junio de 1999 por los ministros de educación de 21 países europeos y que fue precedida por la firmada en la Sorbona, así como los posteriores comunicados de las reuniones de Salamanca, Praga, Barcelona y Berlín, y tal como prevé el título XII de la Ley Orgánica de Universidades, supone la introducción de una serie de cambios tanto en la estructura como en el funcionamiento de las actuales enseñanzas universitarias". (1)(2)

Para ello se han ido reemplazando las clases magistrales tradicionales, por nuevas metodologías que, en principio, se considera que facilitan el proceso de enseñanza-aprendizaje: Estudios de casos, trabajos en grupo, trabajos en pequeños grupos, seminarios, tutorías, tutorías telemáticas, el programa Moodle de aprendizaje, etc.

Sin embargo, algunas publicaciones; que analizaban la percepción de los estudiantes de enfermería sobre la adquisición de las competencias y la evaluación de las mismas han sorprendido por sus resultados: la clase magistral era la mejor valorada por éstos opinando además que la prueba de evaluación idónea era el examen. (3)

Los estudiantes a su vez evaluaban positivamente los trabajos individuales, no valorando igual los colectivos. (4)

La realización de éste estudio tiene como intención mostrar la diferencia en el rendimiento académico, tras el cambio de la Diplomatura al Grado en Enfermería.

Palabras clave:

Enfermería, Evaluación de Competencias, Métodos de aprendizaje, Espacio Europeo de Educación Superior, Libro Blanco de Enfermería.

2. Método

Estudio no experimental, longitudinal de cohortes.

La población seleccionada está constituida dos subgrupos:

- Estudiantes de tercer curso de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Paz, de Madrid, del curso académico 2006-2007 en la asignatura de Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental.
- Los estudiantes de Grado matriculados en el curso académico 2012-2013 en la asignatura de Enfermería en Salud Mental de la Universidad Autónoma de Madrid.

La recogida de datos fue por medio de las actas académicas de la convocatoria ordinaria. La explotación de los datos se realizó con el programa SPSS 16.

3. Resultados

En el curso académico 2006-2007 el número de alumnos era de 75. Los alumnos presentados a examen fueron el 93,33% y los estudiantes no presentados a examen un 6,67%. Los resultados académicos de los estudiantes presentados a examen fueron: Superaron el examen un 100%. En cuanto a las calificaciones fueron las siguientes: Suspenso un 0%, Aprobado un 20%, Notable un

57, 33%, Sobresaliente un 12%, Matricula de honor un 4%.

En el curso académico 2012-2013 el número de alumnos fue de 163, de estos se presentaron a examen el 97,54%; no presentados a examen un 2,46%. De los alumnos presentados que superaron el examen un 76,06% y los que no lo superaron un 21,47%. En cuanto a las calificaciones: Suspenso un 27,6%, Aprobado un 46%, Notable un 14,1%, Sobresaliente un 0%, Matricula de honor un 0,6%.

4. Discusión

El rendimiento académico de los estudiantes que superaron el examen, es superior en el curso académico 2006-2007 al curso académico 2012-2013.

El examen realizado fue de características similares en ambos cursos.

Deberíamos reflexionar sobre la ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermera. Es cierta la necesidad del Grado, pero deberíamos extraer conclusiones de si esta Orden refleja nuestro pensamiento en cuanto a las competencias que las enfermeras siempre han deseado para su profesión y la forma de la adquisición de estas.

Con respecto a los Planes de Estudio deberíamos plantearnos los créditos sobre Enfermería que reunía la Diplomatura, y el Grado, y la organización de estos créditos analizando los créditos de asignaturas Básicas y las propias de la Disciplina.

La metodología empleada es fundamental para conseguir las competencias, incorporando los programas dinámicos docentes como Moodle, facilitadores de la enseñanza- aprendizaje, teniendo en cuenta las características de los estudiantes (edad, capacidad y dominio de los programas de ordenador, etc.) y la importancia del manejo de las TIC's. (5)

El ratio profesor/ estudiante debe ser apropiado para poder administrar docencia de calidad, valorando la carga de trabajo del profesor y del estudiante, estimando además del aprendizaje clínico y teórico, las otras formas de evaluación arriba mencionadas.

La Convergencia Europea es necesaria y positiva, pero implica una inversión económica para infraestructuras y recursos humanos significativa para poder desarrollarla de forma adecuada.

Los recortes realizados en las Universidades Españolas, difícilmente garantizan la calidad de la enseñanza y la aplicación correcta del Espacio Europeo de Educación Superior en el Grado de Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

5. Bibliografía

(1)(2) Título de Grado en Enfermería. ANECA. [Acceso 07 de Agosto 2013]. Disponible en:

http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf

(3)(4) Arlandis M.; Díaz ML.; Hernando M.F.; Sellán M.C. Evaluación de la percepción de los estudiantes de Enfermería en la adquisición de competencias. III Jornadas de Profesorado de Centros Universitarios de Enfermería: "Evaluación de Competencias" València 5 y 6 de Febrero de 2009.

(5) Sellán Soto M. C., Arlandis Casanova M.; Percepción de los estudiantes de enfermería ante la informática como apoyo al proceso de calidad enseñanza- aprendizaje. En: VI Congreso Nacional de Informática en Enfermería. Madrid: Secretaria técnica, CEFIC, S.L.; 2009. P. 93-98.

AUTORES/AUTHORS:

Amélia Simões Figueiredo, Ana Alves, Isabel Rabiais, Natércio Afonso

TÍTULO/TITLE:**CONCEPCIONES DEL PROFESOR DE ENFERMERÍA – EN UNA IDENTIDAD EN CONSTRUCCIÓN**

Los principales cambios en la política nacional de educación que se han producido en las últimas décadas del siglo XX en Portugal, en particular, el crecimiento de la red de escuelas de enfermería en el país desde los años 70, la transición de la educación de enfermería en el sistema educativo nacional a finales de la década de 80 y la reconfiguración, de la red, a principios del siglo XXI y la consiguiente integración de las escuelas de enfermería, en la educación superior, así como la adaptación a un nuevo paradigma de la enseñanza que surge de la Declaración de Bolonia, dieran lugar a enormes cambios que condujeron a una crisis de identidad del profesor de enfermería. Como Formosinho (2009), nos damos cuenta de que hay una relación compleja entre la formación y la acción mediada por los contextos percibidos por los docentes. Intentando entender cuál la relación entre los cambios en la educación de enfermería en Portugal y los procesos de (re) construcción que se producen del profesor de enfermería, proponemos examinar la representación que los sujetos tienen de la profesión docente. Metodología: Es un estudio cualitativo de perfil naturalista y orientación fenomenológica. Con intención, de entender el significado envuelto en las acciones de los actores, los profesores de enfermería en dedicación exclusiva, en la relación con los demás a lo largo del itinerario docente en el proceso de (re) configuración de la identidad profesional. Las entrevistas en profundidad, a una muestra de 14 sujetos, fueron la principal fuente de datos para este estudio. En el discurso surgen diferentes perspectivas de ser profesor, "como los profesores se representan a sí mismos" (Goodson, 2008, p. 52) en los relatos reflexivos de su vida profesional. La centralidad de los estudios biográficos se encuentra en la reconstrucción de las trayectorias de vida profesional de los actores, por lo que se centra el dispositivo empírico en las entrevistas como una técnica de recogida de datos con más frecuencia en la investigación naturalista. Para el tratamiento de los datos nos socorremos del enfoque interpretativo y del uso de la categorización y comparación constantes, favoreciendo la narrativa biográfica en la comprensión del significado atribuido por los sujetos a la experiencia biográfica en la construcción de lógicas de acción (Demazier, Dubar, 2004). Resultados: De los discursos de los actores surgen las concepciones que tienen sobre el profesor, en función de su historia y de la construcción y reconstrucción de sus representaciones en la actualidad, que nos permitan acceder a una identidad profesional como un concepto inestable (Dubar, 1997, 2003, 2006; Dubar; Tripier, 1998). Encontramos tres categorías: conocimiento disciplinario construido, los modos didácticos de la enseñanza y la dualidad de identidad entre el enfermero y el docente. La mayoría de los sujetos se considera en la categoría de un conocimiento disciplinario construido, en una conciencia y un dominio de la disciplina de enfermería construida por medio de la investigación (Carper, 1998; Meleis, 2010). Este aspecto es particularmente visible en los docentes que han comenzado desde hace tiempo su proceso de academización (Formosinho, 2009) y que son titulares de un doctorado, a pesar del cambio de la acción y de la cultura de la investigación de los profesores encontrar, sin embargo, en la literatura, las referencias a la brecha entre la teoría y la práctica clínica (Amendoeira, 2006; Nunes, 2003, 2007). La segunda categoría encontrada, referente a los modos didácticos de la enseñanza, también deriva e integra el dominio de las funciones del profesor. En esta categoría, entre la teoría y la parte práctica del curso, los sujetos se asientan en los modelos de educación clásica basados en un componente de transmisión de información. La posición adoptada por estos sujetos contradice los modelos constructivistas que apoyan el paradigma de Bolonia. Por último, también encontramos, aunque residualmente, sujetos que se asientan, en la enseñanza, en una dualidad de la identidad entre el enfermero y el docente en una ambivalencia de identidad ya explorada por autores como Abreu (2001) y Mestrinho (2012). Concluimos que la identidad de los profesores se estructura en torno a los conocimientos disciplinares construidos, a los modos didácticos de la enseñanza de enfermería y a la dualidad de identidad entre el enfermero y el profesor. La mayoría de los sujetos se revisa en la categoría de un conocimiento disciplinario construido sobre la conciencia y un conocimiento independiente de la disciplina de enfermería integrado en el camino de la investigación. Este aspecto

es particularmente visible en los docentes que han comenzado desde hace tiempo su academización y son, en la actualidad, los titulares de un doctorado. Las concepciones relacionadas con la didáctica y los medios de enseñanza se presentan en menor medida, con el apoyo de los modelos clásicos de la formación lateral de transmisión al paradigma actual en uso. También encontramos sujetos que se ven en la identidad de la dualidad entre el enfermero y el docente. Las implicaciones de esta investigación se refieren al dominio de la naturaleza de la educación, da gestión y de la práctica de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Abreu, W. C. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho. Das Culturas Locais às Estratégias Identitárias dos Enfermeiros*. Lisboa: Edições Sinais Vitais, Educa.
- Amendoeira, J. (2006). *Uma Biografia Partilhada da Enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Afonso, N. (2005). *Investigação Naturalista em Educação. Um Guia prático e crítico*. Lisboa: Edições ASA.
- Carper, B. A. (1998). *Fundamental Patterns of Knowing in Nursing*. In L.H. Nicole (org.), *Perspectives on Nursing Theory*. (pp. 252-260). Boston: Little, Brown and Company.
- Demazière, D. & Dubar, C. (2004). *Analyser les entretiens Biographiques, L'exemple de récits d'insertion*. Canadá: Les Presses De l'Université Laval.
- Dubar, C. & Tripier, P. (1998). *Sociologie des Professions*. Paris: Armand Colin.
- Dubar, C. (1997). *A Socialização Construção das Identidades Sociais e Profissionais*. Porto: Porto Editora.
- Dubar, C. (2003). *Sociologie des Groupes Professionels en France: Un Bilan Prospectif*. In P. Menger (org.), *Les Professions et Leurs Sociologies* (pp. 51- 60). Paris: Éditions de la maison des Sciences de L'homme.
- Dubar, C. (2006). *A crise das Identidades A Interpretação de uma Mutação*. Porto: Edições Afrontamento.
- Formosinho, J. (org.) (2009). *Formação de Professores Aprendizagem Profissional e ação docente*. Porto: Porto Editora.
- Formosinho, J.; Ferreira (2009). *Concepções de professor. Diversificação, avaliação e carreira docente* In Formosinho, J. (org.) *Formação de Professores Aprendizagem Profissional e ação docente* (pp. 19-36). Porto: Porto Editora.
- Goodson, I. (2008). *Conhecimento e vida Profissional Estudos sobre Educação e Mudança*. Porto: Porto Editora.
- Mestrinho, M. G. (2012). *Ensino de Enfermagem Caminhos de mudança na formação de professores*. Loures: Lusociência.
- Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro. Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência.
- Nunes, L. (2007). *Olhar no sentido do Futuro: do que temos ao que queremos- na encruzilhada do presente*. Percursos. Publicação da área disciplinar de Enfermagem. Escola Superior de Saúde do Instituto Superior Politécnico de Setúbal 2, 36-42. Obtido em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/per_esp_dia_enf.pdf.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory. Middle –Range and Situation-specific theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves IV

Session of Oral Brief Presentations IV

AUTORES/AUTHORS:

Marisa De la Rica Escuín, Julia González Vaca, José Luis Oliver Carbonell

TÍTULO/TITLE:

La demencia avanzada; situación de enfermedad avanzada-terminal.

La fase terminal de la demencia o el último estadio de enfermedad, es difícil de identificar al ser un proceso degenerativo, progresivo y crónico. La National Hospice Organization (NHO) en 1996, estableció una serie de criterios que ayudan a individualizar la toma de decisiones y a decidir el esfuerzo diagnóstico y terapéutico a emplear. Aunque tradicionalmente se ha empleado el plazo de supervivencia o pronóstico de vida como elemento fundamental en la definición de enfermedad terminal, recientemente se ha introducido un concepto más flexible de enfermedades crónicas evolutivas con pronóstico de vida limitado o de "situación de enfermedad avanzada-terminal" (SEAT), aplicable a la demencia avanzada.

Objetivo del estudio: conocer si los pacientes con demencia avanzada institucionalizados cumplen criterios de terminalidad en base a su demencia según los criterios de la NHO. Material y métodos:

Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal.

Área y población de estudio: Residentes institucionalizados en dos residencias de mayores.

Criterios de inclusión: Diagnóstico de demencia avanzada según DSM-IV y GDS-FAST. Firma de consentimiento informado por el tutor legal en caso de incapacitación, familiar o cuidador.

Variables: edad, sexo y criterios de terminalidad para pacientes con demencias severas según NHO (edad < 70 años, FAST > 7c, deterioro cognitivo grave, dependencia absoluta, presencia de complicaciones, disfagia, desnutrición, UPP refractarias grado 3-4).

Aspectos éticos: El protocolo fue remitido ya aceptado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Área Sanitaria de Albacete.

Resultados: Muestra de 79 pacientes, el 85% son mujeres, con una edad media de 85,01 (6,7); el 100% cumple los siguientes criterios de terminalidad: edad > 70 años, GDS-FAST > 7c desde al menos 1 año, deterioro cognitivo severo medido por el MMSE de Folstein < 14, dependencia absoluta para las ABVD medido por un I. Barthel < 20. Un 83,5% presentaba complicaciones (comorbilidad, infecciones de repetición, etc), 98,8% presentaba disfagia, un 88,8% presentaba desnutrición medida por un MNA < 17 y un 25% presentaba UPP refractarias grado 3-4. Discusión: Es importante la identificación de las personas con SEAT mediante un instrumento de cribado como son los criterios de la NHO o mediante un instrumento reciente como es el NECPAL CCOMS-ICO, por parte de un equipo multidisciplinar. Los pacientes con demencia avanzada de nuestra muestra cumplen criterios de terminalidad según la NHO y podrían beneficiarse de un tratamiento paliativo donde prime la calidad de vida y se asuman tratamientos más conservadores y atendiendo más el alivio de la sintomatología de sus patologías.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Alvarez B. Terminalidad. Continuidad de cuidados. Limitación de esfuerzo terapéutico en pacientes con demencia avanzada. Reunión del grupo de demencias de la SEGG; Aspectos éticos en la demencia. SEGG 2011: 46-54.
2. Arriola E, González R, Ibarzabal X y Buiza C. Criterios para la inclusión de un paciente con síndrome demencial en la fase asistencial de cuidados paliativos. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002; 37(4): 225-30.
3. Formiga F, Vivanco V, Cuapio Y, Porta J, Gómez-Batiste X, Pujol R. Dying in the hospital from an end-stage non-oncologic disease: a decision making analysis. Med Clin (Barc). 2003;121:95-7.
4. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Proyecto NECPAL CCOMS-ICO®: Identificación y Atención Integral-Integrada de Personas con Enfermedades Crónicas Avanzadas en Servicios de Salud y Sociales. Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos. Institut Català d'Oncologia [consultado Feb 2012]. Disponible en: <http://ico.gencat.cat>.
5. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08. Pág: 217.

6. McNamara B, Rosenwax LK, Holman CD. A method for defining and estimating the palliative care population. *J Pain Symptom Manage.* 2006; 32:5–12.
7. Stuart B, Alexander C, Arenella C, Connor S, et al. Medical Guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases. National Hospice Organization. Second Edition. Arlington. 1996.

AUTORES/AUTHORS:

Cristina Pinto, Filipe Pereira, Lucio Santos, Fátima Teixeira

TÍTULO/TITLE:

La condición de salud de los pacientes con cáncer colorectal durante el camino terapéutico

Objetivos: Describir los cambios en la condición de salud de los pacientes con cáncer colorectal durante el camino terapéutico. El cáncer colorectal es uno de los casos más comunes de cáncer en todo el mundo y su incidencia se ha duplicado en la última década en las personas mayores de 50 años (KO et al, 2007). Aparatos y sistemas para los tumores del tracto digestivo fueron las más frecuentes (31% del total). Dentro de este grupo, la incidencia de cáncer colorectal fue el más alto, que representan el 51% de los tumores digestivos totales (WHO, 2008).

Los pacientes con cáncer tienen cambios en su estado de salud en el área de los nombramientos de los procesos corporales que se derivan de las enfermedades iatrogénicas y efectos del tratamiento médico (quimioterapia, radioterapia). El uso de quimioterapia combinada con radioterapia hacer responsable una mayor incidencia de los compromisos en el ámbito de los procesos corporales (Piamjariyakul et al, 2010).

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo longitudinal, en el período comprendido entre septiembre 2011 a octubre 2012 se evaluaron los pacientes con cáncer colorectal, en 3 ocasiones diferentes en la patología clínica del aparato digestivo IPO Porto, utilizando una muestra de conveniencia. Se define como el primer momento (M1) el inicio del trayecto terapéutico como el segundo momento (M2) y el tercer momento (M3) 3 y 6 meses después de la iniciación del tratamiento respectivamente. En el proceso de recopilación de datos se ha utilizado un instrumento, que consiste en diferentes subescalas y evalúa la dependencia a los cuidados personales en los distintos ámbitos, así como los compromisos en el ámbito de los procesos corporales. Los datos se analizaron con el programa SPSS 21. Así que en M1 obtuvo una muestra de 142 pacientes, 184 pacientes en M2 y en M3 193 pacientes. La muestra se inscribió en los hombres (56,7%), casados (77,4%), jubilados (72,6%) y cuya edad media fue de 66,14 años. El diagnóstico médico que predominante el cáncer del recto (51,4%), en el que de los pacientes sometidos a cirugía (94,7%), el 51,8% recibió quimioterapia neo adyuvante y 56,8% experimentó la quimioterapia adyuvante.

Resultados: Los compromisos relacionados M1 surgieron relacionados con la aparición de la enfermedad. El diagnóstico médico, tenía una estadística significativa debido a la presencia de pérdida de sangre ($p = 0,009$), la presencia de constipación ($p < 0,001$) y la presencia de diarrea ($p < 0,001$). En M2 de la quimioterapia se asoció significativamente con la presencia de dolor y la presencia de tristeza, compromisos para dormir; compromisos en el sabor, disminución del apetito y la presencia de mareos para valores de $p < 0,001$ y todavía en la presencia de la fatiga ($p = 0,006$). Al igual que el M2 y M3 surgió la disminución del apetito, y la presencia de tristeza, alteraciones del gusto, fatiga, diarrea, náuseas y síndrome mano-pie se asociaron significativamente con la finalización de la quimioterapia para el los valores p de 0,000. La presencia de estos compromisos promueve la vulnerabilidad, y los pacientes con cáncer colorectal de la muestra durante el camino terapéutico necesitan ayuda de una persona para llevar a cabo sus actividades en el campo de los cuidados personales. En lo M3 los pacientes con mayores niveles de dependencia en el ámbito de la auto-cuidado, mostró fatiga ($p = 0,001$), tristeza ($p = 0,04$), el síndrome mano-pie ($p = 0,04$), compromiso en el gusto ($p = 0,04$) y masticar ($p = 0,03$).

Discusión: Los cambios en el estado de salud que surgen en la muestra son consistentes con los resultados de otros compromisos estudios. En el campo de los procesos corporales de los pacientes de cáncer durante el curso terapéutico, se traducen en: compromisos de la piel, cambios en los patrones de sueño; compromisos gusto; compromisos en la deglución y la masticación, la pérdida de peso, diarrea, estreñimiento, náuseas y vómitos, dolor (s) y los cambios en los hábitos intestinales por la presencia de colostomía (Piamjariyakul et al, 2010; Rehwaldt et al, 2009; Cotrim y Pereira, 2008; Kidd et al 2008; Schumacher et al 2008). Los cambios en la condición de salud, constituyen un punto de referencia, que se infiere necesidades de atención. Por lo tanto, la

descripción de cómo evolucionará la condición de salud de los pacientes durante el curso de la enfermedad y / o trayecto terapéutico, hace que el juicio clínico de la enfermera. En el campo de ejercicio autónomo intervenciones prescribir que reducen al mínimo, por lo anticipatoria, la repercusiones de estos cambios en el proceso de transición de la salud-enfermedad experimentados por los pacientes con cáncer coloretal.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Cotrim, H.; Pereira, G., Impact of cancer on patient and family: implications for care. *European Journal of oncology Nursing*, 2008, N°12, pp.217-226.
- Piamjariyakul, U. et al., Cancer therapy-related symptoms and self-care in Thailand. *European Journal of oncology Nursing*. 2010, Vol. XXX pp.1-8.
- Kidd, L. et al., Experiences of sel care in parients with colorectal cancer: a longitudinal study.*Journal of Advanced Nursing*, 2008, pp.469-477.
- Ko, C. Y.; Ganz, P. A., Cancer survivorship Issues in Colorectal Cancer. *Journal of surgical research*. 2007, Vol.14, pp.177-187.
- Rehwaldt, M. et al., Self-care Strategies to cope with taste Changes after chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 2009, Vol.36, N° 2, pp.47-56.
- Schumacher, K. L. et al., Effets of caregiving Demand, Mutuality and preparedness on Family caregiver Outcomes Duruing Cancer Treatment. *Oncology Nursing Forum*, 2008, Vol. 35, N°1.
- World Health Organization, world Cancer report, 2008, Lyon: WHO (2008)

AUTORES/AUTHORS:

JOSE MANUEL ROBLES BRABEZO, FERNANDO ESCOBAR GOMEZ-VILLALBA, SALVADOR SAURA LUCAS, SOLANGER HERNANDEZ MENDEZ, JESUS VALDIVIESO PEREZ, JESSICA GARCIA GONZALEZ, FRANCISCA RUIZ FERNANDEZ, ELENA MARTINEZ LOPEZ, ROSA MARIA SOTO MARTINEZ

TÍTULO/TITLE:

CUIDADOS PALIATIVOS EN UN HOSPITAL DE AGUDOS: ¿QUÉ LE HACEMOS A LOS PACIENTES?

Introducción: Los pacientes con enfermedades crónicas constituyen un grupo cada vez más numeroso debido al envejecimiento de la población y al aumento de las expectativas de vida. Junto a esto, los pacientes con enfermedades terminales de origen oncológico y no oncológico disponen de tratamientos que muchas veces se prolongan en el tiempo y sufren ingresos frecuentes en los hospitales. El actual sistema de salud, en respuesta a esta necesidad y creciente demanda, ha desarrollado equipos de soporte que prestan cuidados paliativos a los pacientes y sus familias en diversos entornos y contextos. Aún quedan por resolver importantes cuestiones sobre la prestación de este servicio. Objetivos: Conocer las características sociodemográficas y el estado clínico de los pacientes que ingresaron en el Hospital Rafael Méndez de Lorca, y que cumplían los criterios de inclusión en cuidados paliativos durante el año 2011. Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal y descriptivo. Se realizó un muestreo consecutivo seleccionando a los pacientes que ingresaron entre el 15 de marzo y el 18 de agosto de 2011, en 16 días distintos y que cumplían los criterios de inclusión en Cuidados Paliativos. Las variables de estudio fueron, entre otras, edad, sexo, número de ingresos, días de estancia, lugar de fallecimiento, y posteriormente se valoró el tipo de tratamiento recibido por el paciente durante su ingreso hospitalario. Resultados: Los resultados obtenidos muestran que de los 517 sujetos seleccionados en el muestreo, cumplían criterios de inclusión en cuidados paliativos un total de 22 casos, lo que supuso un 4,2% del total de ingresos, acudiendo a Urgencias un 65% de veces por iniciativa propia. El 68% de los casos eran hombres y la edad media fue de 71 años. La mayor parte de los ingresos (86%) no estaban incluidos en Programa de Cuidados Paliativos, falleciendo el 72% de todos ellos (el 56% en el hospital, en domicilio el 12,5%, y el 31,2% fuera de estas localizaciones). Dentro de los tratamientos recibidos, destaca que el 86% recibió tratamiento con sueroterapia, el 82 % recibió analgésicos de primer escalón, el 72% recibió analgésicos de tercer escalón, y solo el 9% recibió analgésicos de segundo escalón. Como exploración complementaria más repetida en este tipo de pacientes cabe destacar la realización de un TAC (28%) y una ecografía abdominal (15,2%). A la mayor parte de estos pacientes (41,3%) no se les realizó ninguna prueba complementaria. Conclusiones: Para concluir debemos destacar que la mayor parte de los pacientes que cumplen criterios de cuidados paliativos ingresan por un cuadro agudo, son valorados por una especialidad médica distinta a los equipos hospitalarios de cuidados paliativos, por lo que se realizan numerosas exploraciones y tratamientos agresivos. Con estos hallazgos se plantea la necesidad de hacer una captación activa de estos pacientes para detectar la situación terminal y poder ofrecer unos cuidados acordes a las necesidades de atención que requieren.

Palabras clave: Cuidados Paliativos, pacientes terminales, cuidados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Soto-Calpe R, García Martínez M, Larrosa-Sánchez P, Solano Ortuño G, Tesón-Lorenzo T. Manual Curso on-line de competencias en cuidados paliativos. Murcia: Servicio Murciano de Salud, 2011. Disponible en <http://www.cuidarypaliar.es/doc175>.
2. Organización Mundial de la Salud. Hechos sólidos en cuidados paliativos. Agencia de Calidad del SNS, Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid: s.n., 2005. Informe Técnico.
3. Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia. Plan Integral de Cuidados Paliativos. Secretaría Autonómica de

Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias, Servicio Murciano de Salud. Murcia: 2009. Disponible en: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/97914-PLAN_CUIDADOS_PALIATIVOS.pdf.

4. Equidad y Accesibilidad en el desarrollo de cuidados paliativos en el SNS". Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010.
5. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud 2010-2013. Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2010.
6. Morize V, Nguyen DT, Lorente C, Desfosses G. Descriptive epidemiological survey on a given day in all palliative care patients hospitalized in a French university hospital. *Palliat Med* 1999;13:105–117
7. Bielsa Martin S, Madroñero Vuelta AB, Calvo Godoy M, Martin Berra M, Trujillano Cabello J, Nabal Vicuña M. Cuidados Paliativos en pacientes oncológicos y no oncológicos con enfermedad terminal en un hospital de agudos. *Med Paliat* 2006;13(3):132-135
8. Navarro Sanz R, Valls Roig M, Castellano Vela E. Atención a pacientes crónicos avanzados no oncológicos con necesidad de cuidados al final de la vida en un hospital de media y larga estancia. *Med Paliat* 2011;18(2):54-62
9. Gomes B, Calanzini N, Gysels M, Halls S, Higginson IJ (en prensa). Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliative Care*. 2013. 12(1):7
10. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo. Madrid. 2001.

AUTORES/AUTHORS:

JUAN FRANCISCO VELARDE GARCÍA

TÍTULO/TITLE:

VIVENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO PALIATIVO DEL PACIENTE CRÍTICO Y TERMINAL.

Introducción:

Los avances científico-técnicos de las últimas décadas han propiciado que numerosos pacientes puedan beneficiarse de la asistencia prestada en las unidades de cuidados críticos(1)(2). Estas unidades presentan una elevada tasa de mortalidad por la avanzada edad de los pacientes, la presencia de enfermedades crónicas subyacentes o procesos amenazantes según estudios realizados en EEUU y Gran Bretaña (3-5).

Dicha circunstancia ha hecho de los cuidados paliativos una práctica cotidiana dentro de las unidades de cuidados críticos(6-8). A su vez han aparecido complejos dilemas éticos, morales y profesionales sobre la futilidad de determinados tratamientos(9).

Objetivo:

Describir e interpretar las vivencias del personal de enfermería en la unidad reanimación postanestésica en el cuidado paliativo del paciente en estado crítico y terminal.

Método:

Se elaboró un estudio fenomenológico hermenéutico aprobado por el CEIC del Hospital General Universitario Gregorio Marañón(V01_090311). Se realizó un muestreo por propósito sobre 6 enfermeras y 6 auxiliares de la unidad de entre 2010 y 2011. La recogida de datos se realizó mediante entrevistas en profundidad, individuales, semiestructuradas y transversales. Los años de experiencia laboral en la unidad fue el criterio de selección muestral, distinguiendo: >5,5-10 y <10 años de experiencia. Las entrevistas se transcribieron, codificaron, categorizaron y se analizó su contenido con el Método de Colaizzi (10)(11). Como criterios de evaluación de la calidad se tuvo en cuenta la adecuación epistemológica, la relevancia, la validez y la reflexividad de los hallazgos.

Resultados:

Se depuraron 3 temas principales con sus correspondientes categorías:

-En el fracaso terapéutico. Se identificaron sentimientos de aceptación o rechazo en relación a unos factores condicionantes propios de cada individuo como son los vínculos emocionales creados en el cuidado, la madurez personal/profesional o el grado de empatía hacia el paciente y su familia. En cuanto a los factores extrínsecos se encuentra la cultura biomédica imperante en la unidad o las características del paciente.

-Cuidados paliativos. La prestación de los cuidados estuvo en consonancia con el grado de aceptación o rechazo del fracaso terapéutico y los mecanismos de adaptación. El grado de aceptación del fracaso terapéutico influye directamente sobre el paciente, su familia y el profesional.

-La presencia de barreras que dificultan la prestación de los cuidados paliativo dentro de la unidad a nivel académico, asistencial y arquitectónico.

Discusión:

Los resultados reflejan sentimientos y pensamientos acorde con los expresados en estudios similares. Es interesante destacar que la percepción de la futilidad terapéutica puede condicionar la integridad de los cuidados al paciente terminal y su familia en relación a

su aceptación por el personal de enfermería. Los resultados del estudio reflejan la necesidad de:

-Disponer de un apoyo psicológico a familias y profesionales.

-Elaborar un programa formativo destinado al cuidado paliativo de pacientes terminales en unidades de cuidados críticos.

-Habilitar espacios en la unidad, que contribuyan a la prestación de cuidados íntegros para el paciente y su familia, que no interfieran con la actividad del resto de la unidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía:

(1) Rico AP. Cuidados intensivos y cuidados paliativos. *An Pediatr (Barc)* 2005;62(5):409-411.

(2) Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate*. *Crit Care Med* 2007;35(2):422-429.

(3) Angus DC, Barnato AE, Linde-Zwirble WT, Weissfeld LA, Watson RS, Rickert T, et al. Use of intensive care at the end of life in the United States: An epidemiologic study. *Crit Care Med* 2004;32(3):638-643.

(4) Wunsch H, Angus DC, Harrison DA, Linde-Zwirble WT, Rowan KM. Comparison of medical admissions to intensive care units in the United States and United Kingdom. *American journal of respiratory and critical care medicine* 2011;183(12):1666-1673.

(5) Fernández Fernández R, Baigorri González F, Artigas Raventos A. Limitación del esfuerzo terapéutico en Cuidados Intensivos. ¿Ha cambiado en el siglo XXI? *Medicina intensiva* 2005;29(6):338-341.

(6) Bewley J. Treatment withdrawal in Intensive Care: the decision making process available at [http://www. avon. nhs. uk/bristolitustrainees/dissertations. Jeremy_bewley_dissertation.pdf](http://www.avon.nhs.uk/bristolitustrainees/dissertations.Jeremy_bewley_dissertation.pdf) (accessed 18.09.09) 2000.

(7) Coombs M, Long S, Sutehall T, Shannon S. International dialogue on end of life: challenges in the UK and USA. *Nurs Crit Care* 2010;15(5):234-240.

(8) Benbenishty J, Ganz FD, Lippert A, Bulow H, Wennberg E, Henderson B, et al. Nurse involvement in end-of-life decision making: the ethicus Study. *Intensive Care Med* 2006;32(1):129-132.

(9) de la SEMICYUC R. Recomendaciones de la 6. Conferencia de Consenso de la SEMICYUC. Estado vegetativo persistente postanoxia en el adulto. *Med Intensiva* 2003;27(8):544-555.

(10) Colaizzi PF. Psychological research as the phenomenologist views it. *Existential phenomenological alternatives for psychology* 1978;6.

(11) Leininger M, Morse J. Criterios de evaluación y crítica de los estudios de investigación cualitativa. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa* 2003:114-137.

AUTORES/AUTHORS:M^a Fabiola Modrego Aznar**TÍTULO/TITLE:**

La necesidad de la comunicación interniveles asistenciales para la continuidad de los cuidados enfermeros.

Los datos registrados en Europa sitúan, para la mayoría de los países, la prevalencia estimada de Trastorno Mental Grave (TMG) entre el 0,6% y el 1% de la población que, sin embargo, absorbe el 50% de los recursos asistenciales de salud mental (1,2). La atención a la salud mental constituye en nuestra sociedad una prioridad cada vez más importante. Ha acontecido un cambio muy importante en la prestación sanitaria de los servicios de salud mental ya que la administración tradicional de inyectables antipsicóticos, eje principal del trabajo de enfermería, se ha transformado por una actividad estratégica pluridimensional denominada Gestión Integral del Cuidado en el paciente con TMG(1).

Los antipsicóticos son los fármacos de elección en muchos trastornos mentales. Producen sedación, disminución de la ansiedad y disminución de la agitación psicomotriz. Ayudan a controlar los síntomas positivos (delirios y alucinaciones) y mejoran la esfera cognitiva. De aquí que su aplicación intramuscular, para garantizar el cumplimiento terapéutico, ha sido el mayor adelanto para seguir trabajando en las demás esferas deterioradas en los pacientes. Los efectos secundarios de los antipsicóticos, inyectables u orales, son bien conocidos (5-7): rigidez, temblor, discinesia, acatisia, parkinsonismo, distonía muscular, falta de expresividad, oculogiro; aumento de apetito y peso, galactorrea, disfunciones sexuales, alteraciones menstruales; sequedad de boca, visión borrosa, retención urinaria, estreñimiento, somnolencia, hipotensión, hipertensión.

Desde el año 2004, la Estrategia Europea de Salud Mental y la OMS han invitado a los servicios de salud mental a revisar y mejorar la salud física de los pacientes con trastornos mentales mediante medidas preventivas y de promoción de la salud, ya que estos pacientes se asocian con mayores tasas de comorbilidad física y mortalidad (6). Las alteraciones metabólicas contribuyen a duplicar el riesgo de enfermedad cardiovascular incidente en un periodo de 5 a 10 años (2), así como un aumento de 5 veces en el riesgo de incidencia de diabetes tipo 2.

El reconocimiento y manejo de la morbilidad médica en pacientes con enfermedades mentales se realiza con más dificultad debido a barreras relacionadas con el propio paciente, la enfermedad, las actitudes de los profesionales sanitarios y la estructura de los servicios de asistencia sanitaria.

OBJETIVOS:

1. Conocer el número de pacientes que fueron derivados desde las Consultas de Enfermería de Psiquiatría a Atención Primaria, por presentar alteraciones metabólicas, no diagnosticadas ni tratadas anteriormente.
2. Demostrar la validez de la estrategia de comunicación interniveles asistenciales, utilizando los recursos de telefonía y fax existentes en las Consultas de Psiquiatría, dado que carecemos de informatización electrónica de las historias clínicas.

MÉTODOS: Estudio descriptivo observacional, desde octubre de 2007 a marzo de 2013. Cada paciente firmó consentimiento informado. La metodología utilizada para este estudio se basó en la aplicación del Proceso Enfermero, como método científico de prestación de cuidados enfermeros.

Se realizó valoración integral de cada paciente con TMG (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar) que acudió a recibir tratamiento antipsicótico inyectable a la consulta de enfermería. Se utilizó el cuestionario de evaluación de las Consultas de Psiquiatría y un plan de cuidados basado en las taxonomías para problemas de salud, intervenciones y resultados. Se llevó a cabo una revisión mensual a cada paciente registrando peso, talla, perímetro abdominal, índice de masa corporal y tensión arterial. La evaluación anual completa incluía analítica sanguínea.

RESULTADOS: De los 122 pacientes revisados se diagnosticaron alteraciones metabólicas en 51 pacientes (41,80%). Presentaron dislipemia 35 pacientes (68,62%), 16 pacientes (31,4%) presentaron tensión arterial elevada y 9 pacientes (17,54%) tenían cifras

altas de glucemia. Todos los pacientes derivados a AP recibieron tratamiento farmacológico, para mejorar los parámetros alterados. La validez de la comunicación interniveles asistenciales, utilizando los recursos de telefonía y fax existentes, ha sido eficaz al 100%.

DISCUSIÓN: A la vista de los resultados obtenidos, el control de los problemas de salud física de los pacientes con trastornos psiquiátricos debe incorporarse a las unidades de atención psiquiátrica ambulatoria, según señalan De Hert y colaboradores (2). Como el Servicio Canario de la Salud (3), creemos que la continuidad de los cuidados de enfermería constituye hoy un potente instrumento de mejora en la atención a los pacientes que transitan de un ámbito asistencial a otro.

Como señala Zarate Grajales (4), nos parece imprescindible seguir realizando investigaciones sobre la gestión del cuidado a fin de asegurar propuestas basadas en la evidencia científica que mejoren la prestación de los cuidados de enfermería en los diversos escenarios de la práctica asistencial. Se anticipa que esta comunicación interniveles asistenciales, utilizando los recursos existentes de telefonía y fax, mejorará la satisfacción y calidad de vida de los pacientes, coincidiendo con Molero y colaboradores (8) y el Servicio Vasco de Salud (9).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1-Mejías Martín Y, Quero Rufián A, Guarnido Guindo E, Sánchez Ramírez M^a D, Vallejo Muros C, Acosta P. La gestión de los cuidados enfermeros: el informe de continuidad al alta de los pacientes ingresados en la Unidad de Agudos de Salud Mental de Granada. 2^a Premio Comunicación oral en el XXII Congreso Nacional de Enfermería de salud Mental. Cáceres 2005.
- 2-De Hert M, Cohen D, Bobes J, Newcomer JW et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry* 2011 Jun; 10 (2) :138-51
- 3-Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados de Enfermería entre Ámbitos Asistenciales. S.C.S. 2006. Dirección General de Programas Asistenciales Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación del Servicio Canario de la Salud.
- 4- Zarate Grajales R A. La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index Enferm [revista en la Internet]*. 2004 Jun [citado 2013 Sep 12]; 13 (44-45): 42-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&Ing=es
- 5-Martín JC, Aznar JA, Balanza P, Castillo MD, Del Toro M, Martínez I, Martínez-Artero MC, Moreno J, Pujalte ML, Salmerón JM, San Llorente C, Sánchez R, Serrano F, Viñas R. Murcia. Guía de práctica clínica del tratamiento de la esquizofrenia en Centros de Salud Mental. Servicio Murciano de Salud 2009.
- 6-Sánchez-Araña Moreno T, Touriño González R, Hernández Fleeta J, León Pérez P. Prevalencia del síndrome metabólico en pacientes esquizofrénicos hospitalizados en Gran Canaria. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2007; 35(6):359-367.
- 7-Sáiz Ruiz J et al. Consenso sobre salud física del paciente con esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr* 2008; 36(5):251-264.
- 7-Molero Hernández R A, Barbero Sinoga M^a C, Ledesma García P, Martínez Rodríguez M^a A, Sotomayor Palma J. I. Influencia de la continuidad de cuidados en la satisfacción y calidad de vida del usuario. *Revista Científica de la Sociedad española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. SEEUE. Tercera Época. Sep – Oct. 2012; 27.*
- 8-Rosa M González-Llinares a, Idoia Aramburu a, M Jesús Ruiz de Ocenda b, representación del equipo investigador FIS. Identificación y evaluación de la efectividad de la indicación de la continuidad de cuidados de enfermería entre niveles asistenciales del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza. *Rev de Calidad Asistencial* 2002; 17 (4)

AUTORES/AUTHORS:

M^a Jesús Montes Muñoz, Miriam de la Flor Lopez, M^a Inmaculada de Molina Fernández, Agustina Sirgo Rodriguez

TÍTULO/TITLE:

CÁNCER DE MAMA. MASTECTOMÍA Y RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA. Experiencias de las mujeres

Objetivo: conocer las experiencias y satisfacción percibida por las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama con mastectomía y reconstrucción inmediata. Nos interesa recoger su experiencia respecto al proceso del diagnóstico, información profesional, toma de decisiones y opinión sobre los resultados finales de la reconstrucción.

Metodología: se utilizó la metodología cualitativa y las técnicas fueron la entrevista en profundidad y el grupo focal. Se realizó una entrevista a cuatro mujeres y se realizaron dos grupos focales compuestos por ocho mujeres cada uno.

Fueron captadas en la consulta de patología mamaria del Hospital "X" de Tarragona, entre los seis meses y el año de finalizado el tratamiento de su proceso. Todas ellas necesitaron de la mastectomía y fueron reconstruidas con tejido propio en el mismo acto quirúrgico.

Con el fin de describir el perfil de las mujeres participantes se diseñó un cuestionario con variables sociodemográficas y variables médicas. Para el tratamiento de los datos se utilizó el programa informático de soporte a la investigación cualitativa MaxQDA versión 10. Esta investigación cuenta con la autorización del CEIC del centro.

Resultados: Las mujeres participantes se encontraban entre los 35 y 75 años. Aunque se ha dado una gran variedad de opiniones y matices individuales, los temas emergentes se agruparon en las siguientes categorías:

a) Miedos e incertidumbres ante el diagnóstico e intervención. Para la mayoría recibir el diagnóstico fue una experiencia angustiante cargada de miedo por el significado que encierra la palabra. Lo expresaron como: "Estaba fuera de mí, no tenía capacidad de razonar. Yo estaba con: tengo cáncer, tengo cáncer..."

b) La necesidad de información. Todas las mujeres manifestaron su conformidad con la información inicialmente recibida. Fue posteriormente, una vez superada la convalecencia que algunas manifestaron la necesidad de haber recibido información más realista con el alcance y repercusiones de la reconstrucción.

En sus discursos se capta que la toma de decisiones respecto a la elección de la reconstrucción inmediata está influenciada por la opinión médica. Expresaron dejarlo a su elección tanto porque con el impacto del diagnóstico no se sienten capacitadas para la toma de decisiones como porque depositan en el equipo toda su confianza.

c) Las complicaciones en el postoperatorio. En general se reflejó la aceptación ante la aparición de alteraciones que se dieron tras la intervención porque eran ya previstas: "Esa operación siempre tiene consecuencias o complicaciones" Coincidieron en: "Yo no me podía pensar que fuera tan doloroso. Lo que me dolía era la barriga ¿Cómo puede ser?" y lo peor tolerado fueron las cicatrices de la zona donante: "Estás preparada para el pecho, pero no para que te dejen una cicatriz de aquí hasta aquí (barriga)".

d) El cumplimiento de las expectativas estéticas. La reconstrucción les supuso mantener una imagen física próxima a la de antes del diagnóstico "Aunque no ha quedado tan bien como yo hubiese querido" pero que les da la oportunidad de no sentirse "mutiladas" o "Pierdo parte de mi feminidad".

e) La satisfacción tras la intervención. Es la influencia de las representaciones anteriores por las que las mujeres, en general, manifestaron experiencias positivas que fueron desde la total satisfacción reflejada en que "volvería a pasar por la intervención" a otras menos optimistas.

Discusión: Las experiencias de las mujeres han sido variadas y relacionado tanto con características, expectativas y formas individuales de dar respuesta a la enfermedad como por el esfuerzo invertido y los resultados alcanzados (1). En general, confían en el equipo médico, sus decisiones y tratamientos. Puesto que la reconstrucción en el mismo acto quirúrgico es considerada

beneficiosa, las mujeres aceptan esta propuesta como la mejor opción (2,3)

Como también se encontró en otros estudios, las mujeres se sintieron suficientemente informadas para la toma de decisiones, pero no respecto a los efectos secundarios que varias de ellas sufrieron tras la reconstrucción.

Coincidiendo con los resultados de Harcourt (2004), no aparece una postura clara y unánime ante la satisfacción con la experiencia del proceso y resultados de la reconstrucción inmediata (4). Consideramos que, como aconsejan otras autoras (5), debe esperarse al menos un año para valorar estos resultados. Sí manifestaron la aceptación de la reconstrucción por considerarla una opción que les permitió mantener la continuidad en su imagen corporal, coincidiendo con los resultados de otros autores y autoras (6,7,8,9).

No en todos los casos se cumplieron las expectativas previas a la intervención. Así, no hay que considerar la reconstrucción de mama como la panacea universal para todas las mujeres (8).

Se percibe la necesidad de buscar herramientas que mejoren la comunicación de la información médico-paciente para la toma de decisiones con el objetivo de que construyan expectativas realistas ante el proceso. Se deben incluir aspectos relacionados con las posibles complicaciones de la intervención, el dolor, tiempo de recuperación posterior y la imagen corporal tras la reconstrucción.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFIA

1. Blanco Sánchez, R (2010) Vivencias de las mujeres mastectomizadas. Un estudio fenomenológico. *Enfermería Clínica* 20(6). 327-334.
2. Estudios de Prensa Industrial. Entrevista al prf. Dr. Serra Renom: "La reconstrucción mamaria es imprescindible para la curación total de la paciente" *La Vanguardia*. Monográfico especial. 19, oct. 2011. P: 7.
3. Martín Morales, J et al (2010). Determinación del impacto psicológico de la reconstrucción mamaria inmediata en pacientes postmastectomía por cáncer de mama. *Cirugía Plástica*, 20 (2): 73-77.
4. Harcourt D. y Rumsey N. (2004). Mastectomy patients' decision-making for or against immediate breast reconstruction. *Psycho-oncology*, 13: 106-115.
5. Olivares M, E, Martín M, D, Roman J, M y Moreno A (2010). Valoración biopsicosocial en pacientes con patología mamaria oncológica quirúrgica. *Psicooncología*; 7(1): 81-97.
6. Nicholson RM, Leinter S, y Sasson EM (2007). A comparison of the cosmetic and psychological outcome of breast reconstruction, breast conserving surgery and mastectomy without reconstruction. *The Breast*;16(4):396-410.
7. Freitas-Silva R., Marques D., de Freitas-Junior R. y Zangiacomí E. (2010). Comparison of quality of life, satisfaction with surgery and shoulder-arm morbidity in breast cancer survivors submitted to breast-conserving therapy or mastectomy followed by immediate breast reconstruction. *Clinics*;65 (8): 781-787.
8. Olivares ME (2007). Cirugía mamaria: aspectos psicológicos. *Psicooncología*;4 (2-3): 447-464.
9. Begum S., Grunfeld EA., Ho-Asjoe M y Farhadi J. (2011) An exploration of patient decision-making for autologous breast reconstructive surgery following a mastectomy. *Pat Educ Course*; 84:105-110.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves V

Session of Oral brief Presentations V

AUTORES/AUTHORS:

Margarida Reis Santos, Constança Paúl

TÍTULO/TITLE:

Physical Activity and Inactivity Habits among Portuguese Adolescents

Objectives: The aim of the study was to investigate physical activity and inactivity habits among Portuguese adolescents.

Methods: We conducted a descriptive and exploratory study. The sample consisted of 680 adolescents attending high schools in the district of Porto. A questionnaire was applied to collect data.

Results: The surveyed adolescents were between 15 and 19 years old; 59.6% were female adolescents, 35% were in the 10th grade, 41.2% in the 11th grade and 23.8% in the 12th grade. The results of this study showed that 60.6% of the surveyed adolescents practiced physical activity (we considered physical activity all activities related to sports or any physical exercise. We excluded from this physical education courses conducted in schools). The three most popular sports among adolescents in this study were soccer (23.8%), gymnastics (14.7%), and swimming (14.7%). The frequency of physical activity varied from 1 to 7 times per week; twice a week was the most frequent (26.1%). The time dedicated to physical activity per occurrence ranged between 30 minutes (3.7%) and 4 hours (1.7%), the average time dedicated to physical activity per week was 5,54 (SD=4.08).

We also concluded that the majority of the participants (96.9%) watch TV during the week and weekend (97.9%), use PlayStation and computer during the week (82.1%) and weekend (76,7%). The time dedicated to TV was in average 6 hours during the week and 5.10 hours during weekend. The time dedicated to PlayStation and computer was in average 4.98 hours during the week and 5.10 hours during weekend.

We found that gender is directly related to the practice of physical activity ($p=0.000$), in which the percentage of male adolescents engaged in sports or other physical activity is higher that of female adolescents (73.5% male versus 51.9% female). With regard to the total time dedicated to physical activity per week, we concluded that there are gender differences ($p=0.000$), overall, male adolescents spend more time engaged in physical activities

Gender is also directly related to the use of PlayStation and computer ($p=0.000$) during the week and weekend ($p=0.000$), in which the percentage of male adolescents is also higher. In statistical terms.

We found no differences in physical activity patterns (however it is more frequent in adolescents between 14 and 16, 62.5%, than in the ones between 17 and 19, 58.5%) or the habit of watching TV and use PlayStation and computer according to age or school year.

Discussion:

In the last decades it has become evident that the role of the physical activity in the health promotion and disease prevention (Schneider et al., 2008), and reference is made to the importance of its regular practice to life quality. The promotion of physical activity should start in childhood (Kahn et al., 2008) and should be considered a priority on public health (Hallal et al., 2006), since it is verified that there is a tendency for the increase of sedentary habits (WHO, 1999), not only among adults, but also among children and adolescents, especially in girls (Schneider et al., 2008; Armstrong & Welsam, 2006; Raudsepp, 2006).

The increase in sedentary behaviors in children and adolescents is concerning, as it implies a reduction in energy expenditure that is not followed by a reduction in food consumption, resulting in an increase in child and adolescent obesity (WHO, 2006).

Like in other healthy lifestyles, also the practice of physical activity since adolescence will tend to remain in adulthood (Hallal et al., 2006; Kozakai et al., 2005; Rodríguez et al., 2002).

In line with results obtained by other researchers, our study shows that male adolescents are more engaged (Raudsepp, 2006; Viviani, 2006) in and dedicate more time to physical activity than female adolescents but they also spent more time with computer and PlayStation or TV. However, we concluded that physical activity generally decreases as adolescents become older. As also suggested by other authors, this may be associated with increasing responsibilities and school work, personal relationships, such as dating and friendships, or with the fact that neither siblings nor parents are engaged in physical activity or encourage its practice. It is extremely important to engage adolescents in some sort of physical activity, thus contributing to a healthy lifestyle. If we take into account the fact that the number of adolescents engaged in physical activity has decreased significantly in recent years, it is of the utmost importance that nurses, during clinical consultations and health education sessions for adolescents, address this issue and continue to engage adolescents in physical activity referring to the benefits of this practice to maintain a healthy lifestyle.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Armstrong, N., & Welsam, J. R. (2006). The physical activity patterns of european youth with reference to methods of assessment. *Sports Medicine*, 36(12), 1067-1086.
- Hallal, P. C., Victora, C. G., Azevedo, M. R., & Wells, J. C. (2006). Adolescent physical activity and health - A systematic review. *Sports Medicine*, 36(12), 1019-1030.
- Kahn, J. A., Huang, B., Gillman, M. W., Field, A. E., Austin, S. B., Colditz, G. A., & Frazier, A. L. (2008). Patterns and determinants of physical activity in U. S. adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 42, 369-377.
- Kozakai, R., Doyo, W., Tsuzuku, S., Yabe, K., Miyamura, M., Ikegami, Y., Niino, N., Ando, F., & Shimokata, H. (2005). Relationships of muscle strength and power with leisure-time physical activity and adolescent exercise in middle-aged and elderly Japanese women. *Geriatrics and Gerontology International*, 5, 182-188.
- Raudsepp, L. (2006). The relationship between socio-economic status, parental support and adolescent physical activity. *Acta Paediatrica*, 95, 93-98.
- Rodríguez, M. C., Tinoco, M. V., Moreno, P. J., & Queija, I. S. (2002). Los adolescentes españoles y su salud: Resumen del estudio health behaviour in school aged children (HBSC-2002). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Schneider, M., Dunton, G. F., & Cooper, D. M. (2008). Physical activity and physical self-concept among sedentary adolescent females: An intervention study. *Psychology of Sport and Exercise*, 9, 1-14.
- Viviani, F. (2006). Some aspects of the body image and self-perception in adolescents. *Papers on Anthropology*, 15, 302-309.
- WHO. (1999). Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: WHO: Regional Office for Europe.
- WHO (2006). Addressing the socioeconomic determinants of healthy eating physical activity levels among adolescents. Copenhagen: WHO: Regional Office for Europe.

AUTORES/AUTHORS:

Helena Leino-Kilpi, Weronica Gröndahl, Jouko Katajisto, Sanna Salanterä

TÍTULO/TITLE:

QUALITY OF CARE CAN BE IMPROVED BY PATIENT EDUCATION

OBJECTIVES: The main purpose of this study was to evaluate and analyse the connection between the level of quality of nursing care and knowledge received by patients.

METHODS: The data were collected using two structured instruments: one measuring the quality of nursing care experienced by patients (The Good Nursing Care Scale, GNCS) and one measuring the received knowledge of hospital patients (RKHP). The data were collected at one Finnish university hospitals, in all medical wards during 5 weeks in 2009 from patients (N=266, n=226), response rate was 85%. Patients completed a questionnaire at the end of their hospital period. Data were analysis by statistical programme SPSS 16.0.

RESULTS: A clear association between the level of the quality of nursing care and the level of received knowledge was found. Support of empowerment (GNCS) had statistical significant strong correlation between biophysiological knowledge (RKHP), and experiential knowledge. Furthermore, there was a strong correlation between nursing activities and biophysiological knowledge. Higher age, sufficient advance information and better self-perceived health status were associated both with the level of the quality of nursing care and level of received knowledge.

DISCUSSION: In the future, a special attention should be paid to the sufficient information for patients before their hospital stays.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Leino-Kilpi H. & Vuorenheimo J. The Patient's Perspective on Nursing Quality: Developing a Framework for Evaluation. *IJQHC* 1994; 6: 85–95

Leino-Kilpi H, Gröndahl W, Pekonen A, Katajisto J, Suhonen R, Valkeapää K, Virtanen H & Salanterä S. 2013. Knowledge received by hospital patients - a factor connected with the patient-centred quality of nursing care. *International Journal of Nursing Practice* (accepted for publication)

AUTORES/AUTHORS:

Funda Akduran, Nursan Cinar, Hande Basaran

TÍTULO/TITLE:

Nursing students' views on nursing innovation

Objective: Innovation is defined as “renewal of science, technology and ideas to create the inventions which able to provide benefits economically, socially and promote skill and knowledge” (1,2). This study has been conducted to identify the last class of nursing students' views on nursing innovation.

Methods: Study was begun after obtaining approval from the school administration. Universe of the study has been consisted of the last class of nursing students in health Sciences Department at Sakarya University in 2012 fall Semester (n= 101), sample data were collected from the volunteer students to join and ready at the time at school (n=88). Data were collected by using questionnaire which designed by researces in this study. Forms have been applied to students under the supervision of researchers by indicating the purpose of the survey after a pre -informing. The obtained data were classified by researchers.

Results: The mean age of participants was 22.05 ± 1.48 . 70.5% (n=62) of them were female and 29.5% (n=26) were male. When the question that “ What is your view on the importance of innovation in nursing?” was asked to the students, it was determined that most of the responses were “Increases caring quality in nursing (%29.5, n= 26)” and “Fails decrease (%11.4, n=10)”. It was determined that most of the responses were “ Nurses not to be in effort for innovations (%39.7, n=35)” and “Economical insufficiencies (% 37.5, n=33) to the question that “ What are the obstacles against application of innovative strategies in nursing? The results revealed that most of the responses were “ More focus on the subject is needed in the period of nursing education (% 39.7,n=35) and “To increase R&D (research and development) studies in nursing (%19.3, n=17)” to the question that “ How to deploy innovative application in nursing? ”.

Discussion: Nursing students have the opinion that innovation is central to maintaining and improving the quality of care. In order to provide qualified health care nurses should be leader in innovative and developing care practices. Nurses should be educated in line with this manner (3,4).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.Dil S, Uzun M, Aykanat B. Innovation in nursing education.International Journal of Human Sciences. 2012; Vol: 9, Issue: 2.
- 2.Collins W. (1986) Collins Universal English Dictionary. William Collins Sons & Co, Glasgow.
- 3.Diekemann N. "Too much content...", epistemologies' grasp and nursing education. J Nurs Educ 2002;41(11):469-70.
- 4.Herdman A.E., Korkmaz Y.Ö. Nursing and Innovation. Journal of Education and Research in Nursing. 2009; 6 (2): 2-4

AUTORES/AUTHORS:

Gulgun DURAT, Ozlem SIMSEK, Ayse CEVIRME, Kevser OZDEMIR, Fatma SAVAN, Ozge KAYNAK

TÍTULO/TITLE:

Correlation between Complaints of Somatization and Obsessive Compulsive Disorders

Objectives

Somatization Disorders are recurring physical complaints that cause significant restrictions in the patient's life. Basic features can not be accurately explained by physical factors (1). Patients with somatization disorder generally exaggerate their complaints. Although they have minor or transient symptoms, they experience distress and disability. They continuously seek for help from various doctors. SD patients tend to show psychologically and socially more inadequacy compared to the patients who have medical complaints. Depression, anxiety, obsessions and compulsions or behavioural disorders may generally underlie the complaints of these patients (2).

The aim of this study is to search for any tendency among the university students, and if there is any correlation between this tendency and obsessive compulsive disorders.

Methods

The population of the study consists of university students at the Central Campus of Sakarya University and the sample consists of a total of 375 students who were chosen by using stratified sampling method. All the students were given an Interview Form, Somatosensory Amplification Scale (SSAS) and Maudsley Obsessive Compulsive Questionnaire (MOCQ) in order to get their sociodemographic features and psychiatric histories. Statistical analyses were performed by using SPSS 16 programme, percentage, mean value and correlation. Necessary consent for the study was obtained from the rectorate of Sakarya University.

Findings

Among the students who participated in the study, 280 were female and 952 were male. Their attitudes towards any disorder were studied and it was seen that 259 of them expressed that they would present to a doctor, 95 of them said they would use a traditional method. 50 students expressed that they had previously had a psychiatric complaint. In the evaluation performed with SSAS, 84 of the subjects expressed that they had compulsions in symmetry/order, 53 had compulsions in getting dirty/contamination, 30 had religion compulsions, 42 had compulsions in control / security, 41 had compulsions in shameful behaviours, 33 had cleaning / washing compulsions. It was found out that there was a medium level of correlation ($r=.26$; $p=.000$) between control subscale and SSAS, there was a medium level of correlation ($r=.34$; $p=.000$) between cleaning and SSAS and there was a medium level of correlation ($r=.26$; $p=.000$) between slowness and SSAS and there was no correlation between doubt subscale and SSAS. The average points of MOCQ and SSAS were compared and it was seen that there was a medium level of meaningful correlation between them ($r=.38$; $p=.000$) (3).

Discussion

The clinical studies show that some patients require attention from both general medicine and psychiatry. It is anticipated that this would help integrate psychiatry with other medical specialties. It also offers a terminology and context that are more likely to be acceptable to patients and therefore more effective in engaging them in treatment (4). (Mayou, Kirmayer, Simon, et al., 2005)

It is seen that subjects with obsessive compulsive disorder tend to cope with emotional stress by the use of an operational thinking style. In addition, in view of emotionally stressing situations, the data suggest a tendency for women to experience difﬁcully identifying feelings and distinguishing them from bodily sensations of emotion, whereas men tend to process by using an operational thinking style (5).

It would be useful to identify the factors related with somatization complaints when approaching the patients with somatization

complaints.

Ultimately, a merging of the classifications used by general medical and psychiatric physicians could be suggested. This, in turn, will enhance the role of psychiatry in general medical care to the benefit of patients (4).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

References

1. Köroğlu, E. (çev.), DSM-IV-TR Tanımları ve Ölçütleri, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.
2. Öztürk, O. , Uluşahin, A., Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, II. Cilt, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd., Ankara, 2008.
3. Tamam, L., Saygılı, M., Ünal, M., Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda diğer anksiyete bozuklukları ve komorbiditesi, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003; 4:69-80.
4. Mayou, R., Kirmayer, L. J., Simon, G., Kroenke, K., Sharpe, M., Somatoform Disorders – Time for a New Approach in DSM V. Am. J. Psychiatry, 162:5, 2005.
5. Bankier, B., Aigner, M., Bach, M., Alexithymia in DSM-IV Disorder Comparative Evaluation of Somatoform Disorder, Panic Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder, and Depression, Psychosomatics 42:3, May-June 2001.

AUTORES/AUTHORS:

Mariana Verderoce Vieira, Lucilene Cardoso, Joana Fornes Vives, Juceli A. Paiva Morero

TÍTULO/TITLE:

La salud Del trabajador de enfermería en salud mental: evaluación de la satisfacción y la sobrecarga de trabajo

Objetivo: El objetivo fue evaluar el grado de satisfacción, sobrecarga y agotamiento emocional percibida por profesionales de enfermería que trabajan en los diferentes departamentos que componen la red de servicios de salud mental y psiquiatría en una ciudad del interior de São Paulo-Brasil.

Método: Estudio transversal, descriptivo, con enfoque cuantitativo. La recolección de datos se llevó a cabo en 08 servicios de salud mental durante 18 meses entre 2011 y 2012. La muestra representada por el personal profesional de enfermería que aceptaron participar y cumplieron con los criterios: ser enfermero, técnico o auxiliar de enfermería, ambos sexos, que trabaja en el área desde hace más de un año. Se utilizaron tres instrumentos validados:

- La Escala de Evaluación de Satisfacción del Equipo de Servicios de Salud Mental (SATIS-BR abreviado) para evaluación de la satisfacción profesional y la Escala de Evaluación de Impacto de Trabajo en los Servicios de Salud Mental (IMPACT-BR abreviado) para evaluar la sobrecarga relacionada con el desempeño profesional. Estas escalas son un conjunto de escalas para evaluación de servicios de salud mental y fueron elaborados por la División de Salud Mental de la OMS, validado en Brasil por Bandeira et al. (1999, 2000).
- Cuestionario sociodemográfico, para abordar las características de la muestra.

Se organizaron los resultados en una hoja de cálculo (Excel/2007), con doble entrada y posteriormente analizados en SPSS (19.0) a través del análisis descriptiva de los datos: las medidas de tendencia central y de cálculo de la puntuación media global y subescalas sobrecarga. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado. Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Centro-Escuela de la Salud Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo-Brasil (CSE-FMRP/USP/Brasil) Protocolo. 421/CEP-CSE-FMRP-USP.

Resultados y discusión: En los servicios, el personal de 116 profesionales de enfermería aceptaron participar en el estudio, donde: 45% auxiliares, 34,4% técnicos y 21% enfermeras, el 75% mujeres, 45% casados, 36% tenían dos o tres hijos, el 55% había completado la escuela secundaria completa y el 31% la educación superior completa. Se observó que estos profesionales tenían una edad media de 43 años (entre 28 y 60 años). Las puntuaciones medias de satisfacción y sobrecarga de trabajo mostraron que, en general, el personal de enfermería de los servicios de salud mental se siente satisfecho con el trabajo en las instituciones, en sus diversos aspectos y se dan cuenta de pocos efectos de la sobrecarga de trabajo, sea física, mental o emocional.

La Sobrecarga: La sobrecarga global media fue $1,83 \pm 0,97$. Las subescalas mostraron una mayor sobrecarga en relación con las repercusiones emocionales de trabajo ($2,13 \# 0,73$). Dado esto similar a otros estudios con equipos multidisciplinares, que también tenían las puntuaciones más altas en esta dimensión (REBOUÇAS, (2008); LEAL, BANDEIRA E AZEVEDO, 2012). Cuanto a las dimensiones evaluadas, la sobrecarga media más alta se relaciona con las consecuencias emocionales derivados del trabajo ($2,13 dp = 0,73$).

Los elementos con el nivel más bajo de la sobrecarga percibida fueron: encontrar que el contacto con la persona con enfermedad mental afecta su vida social (79% cree que "nunca"), se siente deprimido para trabajar con estos pacientes (el 78% cree que "nunca").

La Satisfacción: Análisis de satisfacción global media mostró que, en general, los profesionales presentaron satisfacción mediana con su trabajo ($3,35 \pm 1,73$). Este resultado corrobora los datos obtenidos por Rebouças, Legay e Abelha (2007), Ishara, Bandeira e Zuardi (2008) e Rebouças et al. (2008) que también encontró que los niveles medios de satisfacción en el trabajo entre los profesionales de salud mental.

Las cuestiones relacionadas con la calidad de los servicios ofrecidos se observó la mayor satisfacción en relación con la forma que los pacientes son tratados por el personal y el ambiente agradable en el trabajo. El nivel más bajo de satisfacción se relaciona con el grado de competencia profesional del personal.

Cuestiones relacionadas con la participación del equipo se observó la mayor satisfacción en relación con el grado de responsabilidad que estos profesionales tienen en el servicio y una menor satisfacción con respecto a la participación en decisiones, así como en la ejecución de programas y / o actividades en el servicio.

Las cuestiones relacionadas con las condiciones de trabajo se observó la mayor satisfacción relacionada con el clima en el lugar de trabajo y una menor satisfacción en relación con la tarifa de pago.

Cuestiones relacionadas con las relaciones en el servicio se observó la mayor satisfacción con la relación con los compañeros y menos satisfacción en relación con el grado de control de sus superiores sobre su trabajo.

Se espera que este trabajo pueda contribuir a otros investigadores, instituciones y profesionales, para que puedan entender y trabajar por el bienestar de los trabajadores en el área de salud mental, así como la oferta y mejorar las condiciones de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- BANDEIRA, Marina; PITTA, Ana Maria F.; MERCIER, Celine. Escalas da OMS de avaliação da satisfação e da sobrecarga em serviços de saúde mental: qualidades psicométricas da versão brasileira. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48: 233-44, 1999.
- _____. Escalas Brasileiras de Avaliação da Satisfação (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipe técnica em serviços de saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 49 (4): 105-115, 2000.
- BLEGEN M.A; VAUGHN, T. A multiside study of nurse staffing and patient occurrences. *Nurs Econ* 1998;16(4):196-203
- CARNEIRO, Marina C. Avaliação do estresse do enfermeiro em unidade de emergência hospitalar. Ponta Grossa, 2010. 86 p. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Faculdades Integradas dos Campos Gerais, Ponta Grossa.
- HANNIGAN, Ben; EDWARDS, Deborah; COYLE, Dave; FORTHERGILL, Ann; BURNARD, Philip. Burnout in community mental health nurses: findings from the all-wales stress study. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*. 7 (2):127-34, 2000.
- ISHARA, Sergio; BANDEIRA, Marina; ZUARDI, Antonio Waldo. Public psychiatric services: job satisfaction evaluation. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 30, n. 1, Mar. 2008 .
- KANTORSKI Luciane P.; PINHO Leandro B.; MACHADO Angelcilia T. Do medo da loucura à falta de continuidade ao tratamento em saúde mental. *Texto & Contexto Enfermagem*. 1(1):50-9, 2001.
- LANA, Cláudia; DIAS, Juliana e REGINA, Luciana. O estigma da doença mental para pacientes, família e a sociedade. *Psicologia e auto-ajuda*. 2009. Disponível em: <<http://www.artigonal.com/psicologiaauto-ajuda-artigos/o-estigma-da-doenca-mental-para-pacientesfamilia-e-a-sociedade-948903.html>> . Acesso em: 01 agosto 2012.
- LEAL, Almeida de R M; BANDEIRA, Marina; AZEVEDO, KRN. Avaliação da qualidade de um serviço de saúde mental na perspectiva do trabalhador: satisfação, sobrecarga e condições de trabalho dos profissionais. *Psicologia: teoria e prática*. 14(1): 15-25, 2012.
- PELISOLI, Cátula.; MOREIRA, Ângela Kunzler.; KRISTENSEN, Chistian. Haag. Avaliação da satisfação e do impacto da sobrecarga de trabalho em profissionais de saúde mental. *Mental*, Barbacena, v. 5, n. 9, nov. 2007.

REBOUÇAS, Denise; ABELHA, Lúcia; LEGAY, Letícia F.; LOVISI, Giovanni Marcos. O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. Março, 2008.

AUTORES/AUTHORS:

Ayfer Bayindir Çevik, Seyda Özcan

TÍTULO/TITLE:

Development of Turkish Version of the Perceived Diabetes Self-Management Scale: Psychometric Properties

Objective: Perceived Diabetes Self-Management Scale (PDSMS) was developed by Wallston¹ through the modification of Perceived Competence Health Scale (PHCS)² into 8-item scale to determine individual needs for self-efficacy of people with diabetes in medical conditions. In this study, it is primarily aimed to determine whether the PDSMS is a reliable and valid tool for Turkish people with diabetes.

Methods: This study had a descriptive and cross-sectional design. The study was conducted with 263 individuals with type 2 diabetes. The size of the study sample was determined by power analysis at 5% significance level and 95% confidence interval. Consequently, a total of 263 people with type 2 diabetes were included in the study. In addition, 40 PwD were included in the test-pretest evaluation to determine the invariance strength of the measurement tool.

The data collection instrument was evaluated with a 5-point Likert type scale. The response categories were "strongly disagree" (1), "disagree" (2), "neutral" (3), "agree" (4), and "strongly agree" (5). Four items of the scale were negative questions. Therefore, these 4 items were reverse scored. The minimum score one can obtain from the scale is 8 points, while the maximum score is 40 points. Higher total scores indicate higher levels of consciousness regarding diabetes management. SPSS 16.0 and LISREL 8.50 programs were used in the evaluation of data obtained in the study. Language and content validity were tested for the validity studies in psychometric evaluations of PDSMS. Reliability studies were performed with internal consistency, Cronbach alpha reliability coefficient and test-retest reliability. Construct validity was tested with factor analysis. Suitability of data for factor analysis was examined by Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) and Bartlett tests in this study. Robust Maximum Likelihood method was used in the confirmatory factor analysis.

Results:

Validity: Language and content validity were tested for the validity studies in psychometric evaluations of PDSMS. In the evaluation of language validity, which was conducted by diabetes professionals, it was observed that 80% of the scale items received 3 and 4 points. Items which received lower points were revised and the necessary modifications were carried out. One item (2nd item) was adapted in a way to be more easily understood by Turkish PwD in line with expert opinions and suggestions. The original form of the 2nd item, "I find efforts to change things I don't like about my diabetes ineffective", was modified as "I do not believe in the necessity of changes that I must do for my disease".

Factor analysis and varimax rotation method were used to determine the most suitable structure and factor number. All factors were determined to have eigenvalue over 1 and account for 47.95% of total variance. PDSMS demonstrated 2-factor structure as a result of explanatory factor analysis. In the confirmatory factor analysis, Robust Maximum Likelihood method was used. The goodness of fit of PDSMS was found quite good (GFI > 0.95; RMSEA and SRMR < 0.05). The internal consistency coefficient of the tool was determined as 0.77.

Reliability: Cronbach alpha coefficient of PDSMS was determined as 0.70. In the test-retest evaluation of PDSMS on 40 patients, interclass correlation coefficient (ICC) was determined as 0.894 (95% CI: 0.801-0.943). As the self-efficacy level of people with diabetes increased, statistically significant decreases were detected in BMI, FPG, PPG and HbA1c levels. (p = 0.000).

Discussion: The Cronbach alpha coefficient of the PDSMS was determined to be 0.77 after excluding the previously corrected 2nd item, which had a correlation coefficient of $r = 0.27$. In the study carried out by Wallston et al. (2007), the correlation coefficient of the same item was also found to be the lowest ($r = 0.45$). The Cronbach alpha coefficient of the scale developed by Wallston et al. was

determined to be 0.83. The scale is concluded to be a reliable scale that can be used in Turkish Society as its Cronbach alpha coefficient is higher than 0.60, it gives results compatible with other scales about self-efficacy and health belief and it is suitable for measurement of perceived diabetes self-management. PDSMS with 7 items is recommended to be used for Turkish people with diabetes. The PDSMS is a relatively new scale. Therefore, future studies are required for its improvement. As this study was conducted with people with type-II diabetes, it is suggested to re-test the validity and reliability of the PDSMS in Turkish people with type-I diabetes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

References

1. Walston, K.A., et al. (2007). Psychometric properties of the perceived diabetes self-management scale (PDSMS). *Journal Behavior Medicine*, 30, 395-40.
2. Smith, M. S., Wallston, K. A., & Smith, C. A. (1995). The development and validation of the perceived health competence scale. *Health Education Research, Theory & Practice*, 10, 51– 64.
3. Jöreskog, Ö.F. Introduction to Structural Equation Modeling: Basic Principles and applications of LISREL. Ankara: Equinox Publishing, 2008.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves VI

Session of Oral Brief Presentations VI

AUTORES/AUTHORS:

Maria Juan-Porcar, Lledó Guillamón-Gimeno, Azucena Pedraz Marcos, Ana María Palmar Santos

TÍTULO/TITLE:

CUIDADORES FAMILIARES DE LA PERSONA CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL HOGAR

OBJETIVO:

Analizar la producción científica relacionada con los cuidadores familiares de la persona con trastorno mental grave (TMG) en el hogar familiar.

MÉTODOS:

Como parte de una investigación más amplia, durante febrero-marzo de 2013, se realizó una revisión integradora que incluyó estudios originales primarios y secundarios en bases de datos (BD) de enfermería, psiquiatría, psicología y educación; tanto estatales (Cuidatge, CUIDEN, IME e ISOC) como internacionales (CINALH, Cochrane Plus, Eric, IBECs, JBI ConNECT, LILACS, PsycInfo, PubMed, SciELO, Scopus). La estrategia de búsqueda se basó en las palabras clave "cuidadores familiares", "trastorno mental grave" y "hogar", utilizadas tanto en lenguaje natural como controlado. Se limitó temporalmente al intervalo 2003-2013 y con resúmenes en castellano, inglés o portugués. Los artículos se seleccionaron de forma coherente a los criterios de inclusión siendo valorados detalladamente antes de proceder a la extracción de la información mediante revisión por pares. Las variables estudiadas fueron: revista, país, centro de trabajo de los autores, temática principal y diseño del estudio. La información se volcó en una parrilla ad hoc y trató estadísticamente.

RESULTADOS:

La estrategia de búsqueda mostró un total de 787 artículos. Sólo 85 de ellos cumplieron los criterios de inclusión. Éstos procedieron de múltiples revistas científicas sobre todo del ámbito de ciencias de la salud. La autoría se localizó principalmente en el hemisferio norte 51(60%). Los centros de trabajo más representativos fueron instituciones educativas 38(44,7%). Los países con mayor aportación científica en esta selección: Brasil 16(18,8%), EE.UU. 15(17,6%), España 6(7%) y Reino Unido 5(5,9%). A partir del contenido de los artículos revisados, se identificaron diversos bloques temáticos relacionados con el cuidador familiar: "sobrecarga" 25(29,5%), "perspectivas subjetivas" 15(17,6%), y "recursos" 12(14,1%), fueron los más destacados. Respecto al diseño metodológico, según la clasificación de Salamanca Castro (2013), 46(54,12%) fueron cuantitativos, destacando los descriptivos; 25(29,42%) fueron cualitativos, siendo la perspectiva fenomenológica la más usada. Además se hallaron 5 estudios secundarios (5,9%).

DISCUSIÓN:

Los artículos revisados reafirman la importante labor que desempeña el cuidador familiar en el contexto del hogar familiar hacia su pariente con TMG. La disparidad de procedencias de la información, en cuanto a países y revistas científicas, demuestra la relevancia del tema investigado para los profesionales enfermeros así como para los profesionales de otras disciplinas. Los bloques temáticos que han aparecido con mayor frecuencia están íntimamente ligados con la práctica clínica, ofreciendo información detallada del conocimiento de la realidad que vive el cuidador familiar. Esta revisión científica trasciende el ámbito investigador para llegar a la práctica clínica. Su aportación plural, sobre los diferentes recursos de salud mental destinados al cuidador familiar del TMG, proporciona una mirada transcultural del cuidador informal en el hogar familiar. Visión que guiará al cuidador formal en su labor

profesional.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Gómez-Beneyto, M. (coord.) (2007). Estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Megías-Lizancos, F. & Serrano Parra, M.D. (2002). Enfermería en psiquiatría y salud mental. Madrid: DAE.
- National Institute of Mental Health. (1987). Towards a model for a comprehensive community based mental health system. Washington DC: Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la salud en el mundo. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2001/es/Índex.html>
- Rogero-García, J. (2010). Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. *Índex de Enfermería*, 19, 47-50.
- Salamanca Castro, A.B. (2011). El aeiou de la investigación en enfermería. Madrid: FUDEN.

AUTORES/AUTHORS:

Antonia Fernández Leyva, M^a Dolores Ruiz Fernández, María López Cano

TÍTULO/TITLE:**SALUD AUTOPERCIBIDA Y AFRONTAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO EN MUJERES CON FIBROMIALGIA**

La fibromialgia es una patología crónica que afecta a la esfera física, psicológica y social de la persona que la padece, con el consiguiente consumo de recursos sociales y sanitarios (Merayo, Cano, Rodríguez, Ariza y Navarro, 2007). Monsalve (2001) señala que en los cuadros de dolor crónico, las estrategias de afrontamiento al dolor, influyen en la respuesta a la enfermedad.

Objetivos

- Estudiar la salud autopercebida y el afrontamiento del dolor crónico, en una muestra de mujeres diagnosticadas de fibromialgia.
- Analizar la relación que existe entre las diferentes dimensiones del afrontamiento del dolor crónico, en función de la salud que perciben las mujeres diagnosticadas de fibromialgia.

Metodología**Participantes**

La muestra estaba compuesta por 52 mujeres, con una media de edad de 56,83 años (DT: 7,03), siendo el estado civil del 59,6% de la muestra, casadas. Estas mujeres pertenecían a una asociación de fibromialgia de la provincia de Almería, que estaban asistiendo a un taller impartido en un centro de salud de la ciudad.

Instrumentos

1. Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico (CAD) (Soriano y Monsalve, 2002). Es un cuestionario autoadministrado que consta de 31 ítems, distribuidos en 6 subescalas. Se aplica a población general, con dolor crónico, superior a seis meses de evolución y mide el afrontamiento ante el dolor.
2. Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28) (Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana.y Varo, 1979), sugerido para valorar la salud general autopercebida. Compuesto de 28 ítems con cuatro subescalas: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave. Detecta problemas de reciente aparición y problemas crónicos.

Procedimiento

Previamente a la cumplimentación de los instrumentos, se les informó a las participantes sobre el objetivo del estudio y se les solicitó su consentimiento por escrito para la participación en el estudio. A los sujetos se les garantizó el anonimato, la confidencialidad y la custodia de los datos, en todo el proceso de la investigación.

Diseño y análisis de datos

Estudio descriptivo, de corte trasversal. Para el análisis se ha utilizado el programa estadístico, SPSS v.18. Las variables cualitativas se han analizado con frecuencias y tablas de contingencia y las variables cuantitativas, con medidas de tendencia central. Para estudiar la relación entre la salud percibida (variable independiente) y el dolor crónico (variable dependiente) hemos utilizado la prueba estadística de correlación de Pearson.

Resultados

La media de la puntuación obtenida en el GHQ-28 es de 14,83 (DT: 5,20) para problemas de reciente aparición y de 22,69 (DT: 3,81) para problemas crónicos. Existe una correlación negativa entre la puntuación total de salud percibida, tanto para problemas crónicos como para problemas agudos y la puntuación total del dolor. Es decir, las mujeres con fibromialgia que perciben peor su salud, afrontan con más dificultades el dolor. Además esta correlación también es negativa para la salud percibida en problemas agudos y crónicos y las subdimensiones de estilos de afrontamiento del dolor: religión, catarsis, distracción y autoafirmación, siendo positiva para las dimensiones autocontrol mental y búsqueda de información. Por tanto, cuando la salud percibida de la mujer es negativa, utilizan más los mecanismos de afrontamiento de religión, catarsis, distracción y autoafirmación y en aquellos casos, en los que

perciben su salud como mejor, utilizan otras formas de afrontar el dolor como el control mental y la búsqueda de información. Tan sólo se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la correlación negativa, puntuación total de salud percibida para problemas crónicos y autoafirmación, para un nivel de significación del 0,01 y del 0,05.

Discusión/Conclusión

Coincidiendo con otros estudios, encontramos que la fibromialgia se diagnostica principalmente en mujeres (Collado et al., 2002). La salud percibida es muy negativa en situaciones agudas y crónicas. A medida que su salud autopercebida empeora dificulta el afrontamiento del dolor crónico, utilizando una serie de estrategias como son la búsqueda de información y el autocontrol mental. Estos resultados concuerdan con los de otras investigaciones que demuestran que las personas con fibromialgia, desarrollan distintas estrategias de afrontamiento como la asociación y búsqueda de información (Escudero-Carretero, García-Toyos, Prieto-Rodríguez, Pérez-Corral, March-Cerdá y López-Doblas, 2010).

A su vez, la percepción negativa de la salud en las personas con fibromialgia repercute en la calidad de vida, en su funcionalidad y en un mayor consumo de recurso sociosanitarios (Pueyo, Suris, Larrosa, Auleda, Mompert, Brugulat, Tresserras y de la Puente, 2012).

Desde una perspectiva integral para el abordaje del dolor crónico creemos que es fundamental incorporar a la práctica diaria, la valoración de cómo perciben su salud las mujeres diagnosticadas de fibromialgia para posteriormente trabajar el control del dolor crónico, ya que en línea con otros estudios, el mejor predictor para el consumo de medicación en la fibromialgia suele ser el estado de salud percibida (Pastor, Lledó, López- Roig, Pons y Martín-Aragón, 2010)

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

- Collado, A., Alijotas, J., Benito, P. Alegre, C. Romera, M., Sañudo, I., Martín, R., Peri, J. P. y Cots, J. P. (2002). Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en Cataluña. *Medicina Clínica*, 118(19), 745-749.
- Escudero-Carretero, M. J., García-Toyos, N. Prieto-Rodríguez, M. A., Pérez-Corral, O., March-Cerdá, J. C. y López-Doblas (2010). Fibromialgia: percepción de pacientes sobre su enfermedad y el sistema de salud. Estudio de investigación cualitativa. *Reumatología clínica*, 6(1), 16-22.
- Merayo, L. A., Cano, F. J., Rodríguez, L., Ariza, R. y Navarro, F. (2007). Un acercamiento bibliométrico a la investigación en fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 3(2), 55-62.
- Monsalve, V. (2001). Perfil psicológico del paciente con fibromialgia. En Muriel Fundación Grunenthal (Eds.). *Fibromialgia reunión de expertos* (pp. 47-58). Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Muñoz, P.E., Vázquez-Barquero, J.L., Rodríguez, F., Pastrana, E. y Varo, J. (1979). Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de D. P. Goldberg. *Archivos de Neurobiología*, 42, 139-158.
- Pastor, Lledó, López- Roig, Pons y Martín-Aragón, 2010. Predictores de la utilización de recursos sanitarios en la fibromialgia. *Psicothema*, 22 (4), 549-555.
- Pueyo, M. J., Suris, X., Larrosa, M., Auleda, J., Mompert, A., Brugulat, P., Tresserras, R. y de la Puente, M. L. (2012). Importancia de los problemas reumáticos en la población de Cataluña: prevalencia y repercusión en la salud percibida, restricción de actividades y utilización de recursos sanitarios. *Gaceta Sanitaria*, 26(1), 30-36.
- Soriano, J. y Monsalve, V. (2002). Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 9, 13-22.

AUTORES/AUTHORS:

M^ª Ángeles Guevara García, Fanny Osorio Ramirez, Javier Iniesta Sánchez

TÍTULO/TITLE:

Evaluación de la Calidad de Vida en pacientes con Esclerosis Múltiple: evidenciando las necesidades de cuidados

Introducción

La Esclerosis Múltiple (EM) es una patología incapacitante progresiva que afecta a un sector de la población joven, limitando su desarrollo personal y profesional, deteriorando importantemente su calidad de vida.

Objetivos

- Establecer el nivel de calidad de vida percibido por los pacientes con EM.
- Identificar las dimensiones con mayor impacto en la calidad de vida.
- Describir el impacto global de la enfermedad sobre los sujetos de estudio.

Métodología

Estudio descriptivo sobre la calidad de vida de los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de Esclerosis Múltiple de más de un año de evolución, mediante la cumplimentación del test de FAMS que aborda 7 dimensiones de la calidad de vida través de 59 cuestiones, y se puntuó mediante una escala likert de "nada" a "muchísimo". El periodo de estudio ha sido desde marzo a mayo de 2013 a través de una web de soporte y apoyo para pacientes con EM en las que se descargaban los documentos de recogida de datos y se enviaban a través de e-mail cumplimentados y con el consentimiento informado firmado. Se han recogido las variables sociodemográficas, limitación de la enfermedad, tratamiento, y comorbilidad mediante un documento ad hoc. Los datos se han procesado mediante SPSS, presentándose los resultados mediante frecuencias, porcentajes y medias con desviación estándar.

Resultados

Se han obtenido un total de 35 test correctamente cumplimentados, de los que 29(82%) corresponden a mujeres, con una edad media de los participantes de 39,17±7,91, y un tiempo de evolución de la enfermedad de 8,7±5,7, presentando 0,9±1,07 brotes en el último año. Un 51%(18) tenía pareja, y 13 (37%) tiene hijos. Un 80%(28) realiza su autocuidado, el 31% (11) se mantienen activos laboralmente, refiriendo un 43% muchos o muchísimos problemas para trabajar. El 36% (12) presenta un grado de discapacidad mayor del 40%. 6 participantes (17%) manifiesta dificultades para atender a la familia, el 69% (24) refiere tener dolor, un 30% se siente marginado, el 97% tiene el apoyo de la familia. Un 72% sufre efectos secundarios del tratamiento, el 40% no obtiene suficiente información de su médico, y el 17% no está "nada" satisfecho con su calidad de vida.

Conclusiones

El perfil de los pacientes con EM se corresponde con el de mujer de mediana edad con pareja y una evolución de 8 años de enfermedad.

La EM produce una retirada de la actividad laboral, generando problemas para trabajar a aquellos que se mantienen activos. Los pacientes de EM sufren efectos secundarios de la medicación que inciden sobre su calidad de vida, no encontrando suficiente apoyo o información en el sistema asistencial con el que actualmente contamos.

Implicaciones para la práctica

El papel de la enfermera a través de una consulta propia permitiría cubrir las necesidades del paciente de la información que demanda y la educación sanitaria que necesita, dotando al paciente de recursos para afrontar la enfermedad y mejorar su satisfacción y calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Levin LI, Munger KL, Rubertone MV et al: Multiple Sclerosis and Epstein – Barr Virus; JAMA, 2003; 289 (12): 1533 – 1536

Benito-León J, Morales-González JM, Rivera-Navarro J. La calidad de vida en la esclerosis múltiple desde una perspectiva interdisciplinar. Madrid: Siglo; 2003.

Boyd JR, McMillan LJ: Experience of Children and Adolescents living with Multiple Sclerosis; J NeurosciNurs 2005; 37 (6): 334 – 342

BERMEJO, L.; MARTÍNEZ, T.; DÍAZ, B.; MAÑÓS, Q. y SÁNCHEZ, C. (2010). Buenas Prácticas en Alojamientos de personas con discapacidad. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.

Kikuchi H, Mifune N, Niino M, Kira J, Kohriyama T, Ota K, Tanaka M, Ochi H, Nakane S, Kikuchi S. Structural equation modeling of factors contributing to quality of life in Japanese patients with multiple sclerosis. BMC Neurol. 2013 Jan 22;13(1) :10.

Mesa de comunicaciones 23: Docencia

Concurrent session 23: Nursing Education

AUTORES/AUTHORS:

Marta Berenguer-Poblet, Mar Lleixà-Fortuño, M. Teresa Salvadó-Usach, Núria Albacar-Rioboó, Carme Ferré-Grau, Pilar Montesó-Curto, Montserrat Martí-Cavallé, Mercè Colomé-Capera, M. Teresa Lluch-Canut

TÍTULO/TITLE:

Adaptación y Validación de un cuestionario: "La actitud enfermera y la familia". Fase inicial.

Objetivos:

- Adaptar transculturalmente al español la escala "Families' Importance in Nursing Care- Nurses Attitudes (FINC-NA)".
- Analizar la validez de constructo del cuestionario adaptado.
- Analizar la consistencia interna del cuestionario adaptado.

Hipótesis:

- Se consigue la versión adaptada al español del FINC-NA.
- El cuestionario adaptado presenta una estructura factorial en cuatro dimensiones.
- El cuestionario adaptado presenta una consistencia interna superior al 70%.

Metodología:

El estudio métrico descriptivo transversal, se ha realizado en el Hospital Tortosa Verge de la Cinta (HTVC) y en el Hospital de la Santa Creu de Jesús-Tortosa (HSC), provincia de Tarragona. Para la realización de este estudio se han solicitado los permisos institucionales oportunos y la autorización de la autora principal del test original.

Adaptación: partimos del test original, el FINC-NA, cuestionario autoadministrado de estructura Likert formada por 26 afirmaciones que evalúa las actitudes enfermeras sobre la importancia de cuidar a las familias de una forma global y también de una forma específica, a través de cuatro subescalas: Family as a resource in nursing care (Fam-RNC), Family as a conversational partner (Fam-CP), Family as a burden (Fam-B), y Family as own resource (Fam-OR) (Benzein et al., 2008a; Benzein et al., 2008b).

Para la adaptación transcultural (AT) hemos utilizado el método de traducción-retrotraducción (Cardoso et al., 2010) obteniendo las versiones 1.0 i 1.1 del instrumento. Posteriormente, a través del análisis cualitativo (grupo de discusión), logramos la versión 2.0 del cuestionario.

Durante el proceso de AT han participado expertas en las áreas de enfermería y lengua inglesa y se han seguido, en todo momento, las directrices de la Comisión Internacional de Tests (International Test Commission, 2010).

Validación: Se realiza la validación con una muestra inicial (n=153) formada por enfermeros/as de ambos centros hospitalarios que cumplieran con los criterios de inclusión: enfermeros/as de las unidades de hospitalización, en activo durante la recogida de datos, que quisieran participar de forma voluntaria en el estudio y firmasen el consentimiento informado.

Para la validez de constructo se realiza el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) utilizando el análisis de componentes principales de rotación ortogonal por el método Varimax con la normalización tipo Kaiser (Campo-Arias & Oviedo, 2008).

En cuanto a la fiabilidad, hemos analizado la consistencia de la escala mediante el cálculo del índice alfa de Cronbach (Cardoso et al., 2010; Campo-Arias & Oviedo, 2008).

Para el análisis estadístico se utiliza el programa informático SPSS 18.0.

Resultados:

Adaptación: Una vez obtenida la versión 2.0 del cuestionario se procede a la realización de la prueba piloto realizada a 13 profesionales de enfermería que nos permitió ajustar algunos aspectos formales del cuestionario. De este modo, conseguimos la versión definitiva "La actitud enfermera - La importancia de la familia en los cuidados de enfermería (AE-IFCE)".

Validación: La tasa de respuesta inicial es del 70% de participación. La media fue de 42'9 ± 10'5 años. El 91% fueron mujeres y el resto hombres.

Para calcular los parámetros métricos de la validación inicial seleccionamos los ítems con carga factorial superior a 0'3. Se obtienen tres dimensiones, a diferencia del cuestionario original que presenta cuatro. El factor 1 del AE-IFCE contiene 13 ítems, el factor 2: 9

ítems y el factor 3: 4 ítems.

La consistencia interna global del AE-IFCE es de 0,87. Para el factor 1 de 0'89, para el factor 2 de 0'84 y para el factor 3 de 0'69.

Discusión/Conclusión:

Se aceptan la primera y la tercera hipótesis planteadas.

A pesar de la dificultad de la traducción en algunos ítems, hemos conseguido la versión española AE-IFCE, con una consistencia interna global muy superior al 0'70 planteado. La consistencia interna de las dimensiones oscila entre 0'69 y 0'89 resultados muy satisfactorios a pesar del valor bajo del factor 3. Consideramos el resultado razonable teniendo en cuenta el número reducido de ítems que contiene esta dimensión, igual que ocurrió en la versión sueca.

Estos resultados preliminares verifican la buena intercorrelación y homogeneidad de los ítems que forman el test, aunque se observa que las soluciones factoriales encontradas no han sido iguales para la versión española que para la original, a pesar que la mayoría de los ítems han sido agrupados igual que en la versión sueca, había ítems que saturaban nuestros factores iniciales. Igual que sucedió en la versión portuguesa del cuestionario "A importância das famílias nos cuidados de enfermagem - atitudes dos enfermeiros" (IFCE-AE) (Ribeiro, 2005; Oliveira et al., 2011), más próxima socio-culturalmente a la española. Así pues el AE-IFCE, con resultados muy similares a los de la escala original y también a la versión portuguesa, reúne hasta el momento, todos los criterios de validación psicométricos, siendo un instrumento válido para la evaluación de la actitud enfermera.

Consideramos que el AE-IFCE es un instrumento que representará una mejora cualitativa para los cuidados de enfermería, ya que puede facilitar a los/las enfermeros/as la comprensión sobre el proceso de atención a las familias en el ámbito hospitalario.

Este estudio forma parte de la Tesis L'actitud infermera vers la família: Adaptació transcultural i validació de l'Escala "Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes (FINC-NA)", Programa de Doctorado de Ciencias de la Enfermería de la Universidad Rovira i Virgili y ha obtenido la Beca accésit de la Fundació Dr. Ferran convocatòria 2012 y la Beca INVESTINF 2012 del Colegio Oficial de enfermeros y enfermeras de Tarragona.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía:

Benzein, E., Johanson, P., Arestedt, K. F. & Saveman, B. I. (2008a). Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care: A survey of Swedish nurses. *Journal of family nursing*, vol. 14(2), 162-180.

Benzein, E., Johanson, P., Arestedt, K. F., Berg, A. & Saveman, B. -I. (2008b). Families' importance in nursing care: Nurses' attitudes - An instrument development. *Journal of family nursing*, vol. 14(1), 97-117.

Campo-Arias, A. & Oviedo, H.C. (2008). Revisión/Review Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Revista de Salud Pública*, vol. 10(5), 831-839.

Cardoso C., Gómez A. & Hidalgo M.D. (2010). Metodología para la adaptación de instrumentos de evaluación. *Fisioterapia*, vol. 32(6), 264-270.

International Test Commission (ITC) (2010). *International Guidelines on Adapting Test*. Obtenida el 1 de mayo de 2012 de www.intestcom.org/guidelines/index.php

Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A., Figueiredo, M., Ferreira, M., Martinho, M., Figueiredo, M., Andrade, L., de, C. & Martins, M. (2011). Attitudes of nurses towards families: validation of the scale Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, vol. 45(6) 1331-7.

Ribeiro, A. (2005). O percurso da construção e a validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos utentes em relação

aos cuidados de enfermagem. Ordem dos Enfermeiros, 16, 53-60.

AUTORES/AUTHORS:

M^a Amparo Pérez-Campos, Inmaculada Sánchez-García, Isabel M^a López-Medina, Serafín Fernández-Salazar, Beatriz López-Barajas Fernández, Francisco P. García-Fernández, Pedro L. Pancorbo-Hidalgo

TÍTULO/TITLE:

ADAPTACIÓN CULTURAL, VALIDACIÓN Y PRUEBA PILOTO DE LA DECISIONAL INVOLVEMENT SCALE

OBJETIVOS

- Traducir y adaptar al contexto español la Decisional Involvement Scale (DIS), (denominada Escala de implicación de las enfermeras en la toma de decisiones).
- Validación de contenido con panel de expertos.
- Realizar una prueba piloto de fiabilidad y aplicabilidad.

MÉTODOS**Diseño**

Se realizó un estudio descriptivo transversal multicéntrico. Esta investigación forma parte de un proyecto más amplio denominado "Influencia del modelo organizativo de hospitales sobre la implementación por profesionales de enfermería de la práctica clínica basada en evidencias" y financiado por el Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo (referencia: PI11/02565).

Procedimiento

En una primera fase, se procedió a la adaptación cultural del cuestionario al entorno español siguiendo la metodología de traducción-retrotraducción, según las recomendaciones de la International Test Commission (1). La versión original de la escala fue traducida al castellano por 2 enfermeras hispanohablantes y con nivel fluido de inglés. Se obtuvo una versión consensuada a partir de ambas traducciones y esta versión fue sometida a retro-traducción al inglés por 2 traductores de lengua nativa inglesa y nivel fluido de castellano. Las versiones retro-traducidas se compararon con la versión original para buscar discrepancias significativas en la redacción, a partir de las cuales se hicieron modificaciones en la redacción de algunos ítems en la versión en castellano. Posteriormente, se llevó a cabo un proceso de validación de contenido mediante encuesta on-line a un grupo de 8 expertos utilizando la técnica de Índice de Validez de Contenido (ICV), la cual permite evaluar la pertinencia y relevancia de los ítems de la escala, tanto a nivel global como por ítem (2).

Una vez se dispuso de la versión en español de la escala, se realizó una prueba piloto para comprobar su fiabilidad y aplicabilidad sobre una muestra de profesionales de enfermería de los hospitales participantes. Para ello, se utilizó una muestra de conveniencia compuesta por 16 enfermeras diplomadas y 10 técnicos en cuidados auxiliares de enfermería de 3 hospitales públicos de la provincia de Jaén.

Instrumento

La encuesta administrada a dichos profesionales incluía:

- a) Cuestiones socio-demográficas: edad, sexo, categoría profesional, tiempo de experiencia laboral, tiempo en la unidad.

b) La escala "Implicación de enfermería en la toma de decisiones"⁽³⁾, que mide el grado de participación de las enfermeras en la toma de decisiones en relación a aquellas cuestiones relacionadas con el entorno y las políticas de práctica enfermera. Dichas cuestiones se agrupan en 6 dimensiones: tamaño de plantilla, calidad de la práctica, contratación de personal, liderazgo y gestión de la unidad, calidad de la práctica del personal de apoyo y colaboración y coordinación. Está compuesta por dos sub-escalas: situación real, en la que los participantes indican el grupo (enfermeras asistenciales o dirección/supervisión) que normalmente tiene la autoridad para tomar decisiones, y situación deseada, donde se indica el grupo que los sujetos preferirían que tomaran las decisiones. Para las dos subescalas, cada ítem se puntúa sobre una escala de 1 (sólo la dirección del centro) a 5 (sólo las enfermeras).

c) Facilidad de cumplimentación del cuestionario, medida con un ítem cuyo rango de puntuación iba desde 1 (muy difícil) a 5 (muy fácil). Adicionalmente, se dejó un espacio para que los participantes indicasen si algún ítem resultaba difícil de comprender y por qué motivo.

Análisis de los datos

- a) Análisis descriptivo de la muestra con medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas, y frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas.
- b) Índice de validez de contenido promedio (ICV-p) y para cada ítem (ICV-i).
- c) Fiabilidad: consistencia interna, global y de cada dimensión, calculada mediante alfa de Cronbach.

RESULTADOS

Tras el proceso de traducción y retro-traducción, se obtuvo una versión inicial de la escala adaptada a nuestro contexto con 21 ítems, la cual fue sometida a la evaluación de un panel de 8 expertos para proceder a su validación de contenido. Este grupo de expertos estaba formado por profesionales de enfermería de distintos campos (5 asistenciales, 1 gestión, 1 docencia-investigación y 1 en investigación) con una media de 22,2 años de experiencia profesional. Tras la ronda de valoración se revisaron 10 ítems (los cuales obtuvieron un ICV-i igual o inferior a 0,75), de los cuales uno fue eliminado (sobre reclutamiento de personal), dejando un cuestionario con 20 ítems y con un IVC-p de 0,88 para toda la escala, que se sometió a la prueba piloto.

Prueba piloto

Características de la muestra: de la muestra inicial formada por 16 enfermeras generalistas y 10 técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, se obtuvieron 24 cuestionarios válidos para su análisis (los dos eliminados corresponden a la categoría de auxiliares). El 41,7% eran profesionales del Complejo Hospitalario de Jaén, el 25% del Hospital Alto Guadalquivir y el 33,3% del Hospital Sierra de Segura. Un 79,2% eran mujeres, con una edad media de 43,2 años ($\pm 9,8$). El 62,5% contaba con más de 10 años de experiencia profesional y un 79,4% llevaba más de 5 años trabajando en la misma unidad.

Aplicabilidad: se identificaron 2 ítems (17 y 18) con algún problema de comprensión en su redacción actual. En relación a la facilidad de cumplimentación, la puntuación media fue de 3,09 (DE=0,81), lo que indica que el grado de dificultad de cumplimentación del cuestionario se encuentra entre ni fácil ni difícil y fácil.

Fiabilidad: la consistencia interna global de la escala fue de $\alpha=0,79$ para la subescala A, (situación real= grupo que toma las decisiones), y $\alpha=0,85$ para la subescala B, (situación deseada= grupo que debería tomarlas). Para las 6 dimensiones que proponen los autores, los valores de alfa de Cronbach fueron: tamaño de plantilla ($\alpha=0,37$ y $\alpha=0,70$) (subescalas A y B,

respectivamente); calidad de la práctica (0,64 y 0,54); contratación de personal (0,65 y 0,75); liderazgo y gestión de la unidad (-0,27 y 0,79); calidad de la práctica del personal de apoyo (0,96 y 0,84); colaboración y coordinación (0,72 y 0,39).

DISCUSIÓN

La escala de implicación en la toma de decisiones (DIS), con 20 ítems, ofrece valores aceptables de consistencia interna y de aplicabilidad, aunque algo inferiores a los descritos por Havens et al. (4) en la escala original (alfa=0,91, subescala B). La validación de contenido fue adecuada para la mayoría de los ítems (16 obtuvieron IVC-i \geq 0,75) y para el total de la escala (IVC-p= 0,88). Sin embargo, es necesario llevar a cabo un estudio de validación con una muestra de mayor tamaño para determinar la validez de constructo de la escala y otros aspectos de la fiabilidad.

Implicaciones para la práctica. Esta escala permite estudiar la percepción que tienen las enfermeras sobre su grado de participación en la toma de decisiones que afectan a la práctica de Enfermería, tanto desde un punto de vista diagnóstico como evaluador, permitiendo, en nuestro contexto, detectar disonancias entre la situación real/actual y la situación deseada. También contribuye al estudio de la cultura y clima de las organizaciones sanitarias, aspectos de gran relevancia que establecen la identidad de dichas organizaciones y que influyen en el desempeño profesional.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- International Test Commission. International Test Commission Guidelines for Translating and Adapting Tests. 2010. Consultado el 23 de enero de 2013. Disponible en: <http://www.intestcom.org/upload/sitefiles/40.pdf>
- 2- Lynn MR. Determination and quantification of content validity. Nurs Res. 1986; 35(6): 382-385.
- 3- Havens DS, Vasey J. Measuring staff nurse decisional involvement: the Decisional Involvement Scale. J Nurs Adm. 2003; 33(6):331-336.
- 4- Havens DS, Vasey J. The staff nurse decisional involvement scale: report of psychometric assessments. Nurs Res. 2005; 54(6):376-383.

AUTORES/AUTHORS:

Maria Manuela Martins, Júlia Martinho, José Carlos Carvalho, Ilda Fernandes

TÍTULO/TITLE:

Proyecto de educación en enfermería de la familia: una perspectiva portuguesa

Introducción:

Hace la hospitalización de un familiar, las familias buscan desarrollar respuestas diferenciadas ya que la enfermedad, altera su dinámica con la presencia de incertidumbre, sufrimiento, dolor y a veces, con la proximidad de la muerte de uno de sus miembros, en un espacio físico y social diferente que son los servicios de internación de un hospital.

Por esta razón, consideramos de vital importancia mejorar el conocimiento sobre la asistencia a las familias en el ámbito hospitalario, desarrollando una cultura con enfoque en las familias ya que estas son una condición de mejoría de atención al individuo hospitalizado fomentando una relación de colaboración entre el paciente/enfermera/familia (Wright y Leahey, 2009). La primera fase de este proyecto se desarrolló entre enero de 2009 y enero de 2012 y nos ha permitido aplicar y adaptar la escala de "La importancia de las familias en el cuidado de enfermería - actitudes de las enfermeras (IFCE-AE)" al contexto hospitalario e identificar las actitudes de las enfermeras frente a la familia en 5 unidades de hospitalización (Cirugía, Neurología, Pediatría Médica Polivalente, UCI y Urgencias). Nos ha permitido también integrar 5 estudios académicos que contemplaban la capacitación en servicio de las enfermeras hace la integración de la familia en los cuidados y la evaluación de los resultados de aprendizaje (las actitudes hacia la familia, la relación con el estrés y el conflicto, la satisfacción del cliente y la familia).

Los resultados de los estudios ponen de manifiesto que:

- Las actitudes de las enfermeras en los servicios médicos son favorables. En su mayoría estas perciben que las familias son un recurso para la atención de enfermería.
- Después del proceso de formación las actitudes de las enfermeras continúan siendo de apoyo a las familias.
- El proceso de capacitación mostró una mayor sustentación para la dimensión familia como un recurso de enfermería, la cual, proporciona actitudes de apoyo y la asignación de menor relevancia en las actitudes más desfavorables (reveladas por la dimensión la familia como una carga).
- Las situaciones prácticas de enfermería encontradas como más estresantes son: el miedo a cometer errores en algún tratamiento, el contacto con el sufrimiento y la tensión que van sintiendo para que las tareas se realicen con precisión y en tiempo útil.
- Las enfermeras tienden a manejar los conflictos con la familia del usuario con el fin de beneficiar a ambas partes, adoptando en gran medida los estilos de integración y de tendencia al compromiso. El estilo de dominación es el menos frecuente.
- Los estilos de gestión del conflicto se relacionan con las actitudes de las enfermeras.
- Los clientes y familiares reportan un alto nivel de importancia de la presencia/ participación de la familia en el hospital;
- La participación es alta en los clientes y familiares de los servicios de internación médica de Mujeres;
- La satisfacción del cliente es alta en los hombres y las familias de ambos servicios;
- Los resultados muestran que la satisfacción se incrementó después del proceso de formación, coincidiendo incluso con el aumento de la participación, pero no hay una relación clara una vez que la satisfacción inicial ya es elevada y la participación se valora de forma subjetiva.

En esta segunda fase de este proyecto, se pretende ampliar el conocimiento de la interacción de las enfermeras con las familias y crear las condiciones para la re-contextualización de la atención dirigida a la integración del enfermo y su familia en los cuidados de enfermería. Para que esto ocurra planteamos desarrollar un plan de capacitación en servicio dirigido al personal de enfermería procurando la mejor manera de enseñar/aprender a cuidar de la familia en el contexto hospitalario. Para allá de las clases convencionales, creemos que nuevas formas de enseñanza con recurso a las aplicaciones tecnológicas son una estrategia que

podrá estimular la creatividad y serán una contribución realmente importante en la difusión del conocimiento hacia la familia.

El desafío hoy es cómo modificar las formas de enseñanza-aprendizaje de manera a introducir innovación en los procesos, tanto convencionales (en clase presencial) como no convencionales (enseño a distancia no presencial), esto también es uno de nuestros retos en esta nueva fase del proyecto.

Entendemos que ambas estrategias son necesarias, tienen ventajas y desventajas y cuando se combinan, ofrecen los mejores resultados.

Así este proyecto (segunda fase) contempla formación-intervención en el ámbito de integración de la familia en contexto hospitalario en tres etapas: diagnóstico de situación, formación de las enfermeras en el ámbito de la familia y la evaluación del impacto de la capacitación.

En este momento sólo presentamos los resultados del diagnóstico de situación.

Objetivos de este estudio:

Identificar las áreas de aprendizaje/necesidades en la atención en enfermería en el ámbito de la familia en contexto hospitalario.

Métodos:

Como referimos anteriormente las etapas del proyecto son tres: diagnóstico de situación, formación de enfermeras en el ámbito de la familia y la evaluación del impacto de la capacitación.

En la primera y tercera etapa utilizamos instrumentos validados para nuestra población, en el segundo llevamos a cabo un proceso de capacitación en dos grupos separados con diferentes estrategias (un grupo con formación en el aula - sesiones modelos convencionales con presentaciones y trabajos en grupo y otro con enseñanza a distancia con el uso de técnicas de aprendizaje activo como foros, chats, wikis, ejercicios individuales y en grupo).

En este momento sólo vamos a presentar los resultados del diagnóstico de situación.

Por lo tanto, se realizó un estudio descriptivo con recurso a un cuestionario de auto-realización que consiste en preguntas abiertas y cerradas.

Los participantes: 456 Enfermeros de Servicios de un hospital general.

Muestra: El 25% de la población, (no probabilístico intencional).

Variables: características sociodemográficas, las percepciones sobre el cuidado de la familia y el perfil tecnológico de los enfermeros.

Recolección de Datos: Cuestionario de auto-realización que abarca datos socio- demográfico y 23 preguntas cerradas y 5 abiertas aplicado antes del desarrollo de la formación.

Resultados:

La media de edad es de 35,43 años. El tiempo medio de experiencia profesional es de 12,7 años y de ejercicio en el servicio es de 7,9 años, distribuidos por el 17% en el sexo masculino y 83% en el femenino. En lo que respecta a la formación, el 66% es licenciado y el 7% tiene un grado de maestría. El 21% han hecho pos graduaciones.

En el análisis cuantitativo de la auto-percepción de las necesidades de formación se encontró que 54,4% de las enfermeras demostró respeto por las habilidades, creencias, valores y deseos de la naturaleza individual del paciente/ familia, en el desarrollo de las actividades de enfermería y dicen que tienen una interacción empática con la familia en cuanto 34.6 % de las enfermeras refieren que involucran la familia en el proceso de atención.

La planificación de alta de lo paciente se realiza en función de las necesidades y recursos de la familia y de la comunidad en sólo el 34% de los casos.

En lo perfil tecnológico la mayoría de los enfermeros (74,6%) utiliza diversos medios de comunicación tecnológica. El 59,8% de los

enfermeros dicen que tienen conocimiento de diversos medios para la educación tecnológica y el 93% tienen acceso a Internet desde su lugar de residencia.

Sólo el 33,8% de los enfermeros informó necesitar de capacitación y de entrenamiento en varias tecnologías de enseñanza.

La mayoría de los enfermeros (83,1%) nunca ha participado en iniciativas de aprendizaje a distancia/e-learning, pero el 70% de estos están interesados en participar en actividades de formación con el uso de la educación a distancia.

En el análisis cualitativo, la familia aparece como el foco de la atención y como un proveedor de la atención. En la preparación para el alta hospitalaria los temas que son abordados con la familia incluyen la adherencia al régimen terapéutico, la enseñanza del cuidador, los cambios en la familia con la enfermedad, la preocupación por la promoción del bienestar en el proceso de duelo y de muerte en la familia y el manejo del dolor.

Discusión:

Es de destacar que sólo el 34,6% de los enfermeros involucran siempre los convivientes significativos del cliente en el proceso de atención y que 42,8% de los enfermeros sólo a veces se preocupa por el respeto de las habilidades, creencias, valores y deseos de la naturaleza individual del cliente en el cuidado que proporcionan, lo que confirma los resultados de estudios (Astedt-Kurki, Paavilainen, Tammentie, y Paunonen-Ilmonen, 2001; Jansson, Petersson, y Uden, 2001; Hertzberg, Ekman, y Axelsson, 2003; Fulbrook y Albarrán, 2005) que indican que, aunque las enfermeras afirman que las familias son importantes, esta creencia no siempre es apoyada por las acciones que se desarrollan.

También las declaraciones de Martins (2004), que refiere que "Los pacientes y sus familiares identifican una función específica para las enfermeras e idealizan también el involucrar de la familia en las actividades relacionadas con la atención universal", señalando también que el proceso de participación de la familia en el cuidado debe estar bien controlado por las enfermeras, no debiendo estas sentirse amenazadas por la presencia de la familia, pero tampoco se debe ver en la familia un sustituto para algunas de sus funciones. La cooperación debe ser aclarada y negociada entre las partes, sólo así puede ser una cooperación positiva y eficaz. Estos son algunos de los supuestos que justifican y apoyan la relevancia de este proyecto.

En síntesis:

- Como ya hemos tenido oportunidad de referenciar las características personales, la formación, la política institucional, el contexto y el equipo de que forma parte la enfermera, son factores que afectan los comportamientos y actitudes de los enfermeros relacionados con la presencia de miembros de la familia (Fisher et al., 2008), así como la percepción de que las enfermeras tienen acerca de la importancia de incluir a las familias en la atención, ya que consideran que esto es necesario, pero también difícil de lograr (Söderstöm et al., 2003).
- En la actualidad estamos asistiendo a un progresivo reconocimiento de la importancia y la contribución de las familias en los cuidados de enfermería e por su vez las enfermeras están cada vez más atentas a las necesidades de estas familias (Wright y Leahey, 2009).
- Se ha aumentado la investigación de la práctica de enfermería con las familias que tienen a un familiar hospitalizado existiendo sin embargo, la necesidad de entender por qué la teoría dista mucho de la práctica y cómo las actitudes de las enfermeras y la importancia que conceden a la familia contribuyen a esta brecha existe.

Implicaciones para la práctica:

Como hemos referido en la actualidad estamos asistiendo a un creciente reconocimiento de la importancia y contribución de las familias en los cuidados de enfermería y de la atención de las enfermeras hace estas familias, sin embargo los participantes de nuestra muestra aún se encuentran en bajos niveles de atención a la familia, siendo un indicador de la importancia de desarrollar y promover este campo de formación en servicio.

El perfil tecnológico que se encuentre en enfermería también ha sido una de las razones por las que elegimos desarrollar diferentes

procesos de aprendizaje (convencional y enseñanza a distancia) buscando hacer una comparación adicional con el fin de encontrar estrategias que permitan motivar y satisfacer las expectativas de los enfermeros y las necesidades de los servicios e dos clientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Angelo M. (1999). Abrir-se para família: superando desafios. Fam. Saúde Desenv. Curitiba; 1(1/2):7-14
- Åstedt-Kurki, Paavilainen, Tammentie & Paunonen-Ilmonen (2001). Interaction between Family Members and Health Care Providers in an Acute Care Setting in Finland. Journal of Family Nursing,7: 371-390
- Bezein et al (2008a). Families' Importance in Nursing Care Nurses' Attitudes—An Instrument Development. Journal of Family Nursing, 14 (1), 97-117
- Bezein et al (2008b). Nurses' Attitudes about the Importance of Families in Nursing Care a Survey of Swedish Nurses. Journal of Family Nursing, 14 (2): 162-180
- Fisher, C et al. (2008). Nursing staff attitudes and behaviours regarding family presence in the hospital setting. Journal of Advanced Nursing, p.616-624
- Friedman, Marilyn M. (1998). Family Nursing. Research, Theory & Practice. (4th ed.) Connecticut: Appleton & Lange
- Fulbrook P, Albarran JW, Latour JM. (2005). A European survey of critical care nurses' attitudes and experiences of having family members present during cardiopulmonary resuscitation. Int J Nurs Stud. 42 (5): 557-68
- Gray-Trof, P; Anderson, JG. (1981). The Nursing Stress Scale: development of instrument. Journal of Behavioral Assessment, 3(1):11-23
- Hanson, Shirley May Harmon e Kaakinen, Joanna Rowe. (2005). Fundamentos teóricos para a Enfermagem de família. In Hanson, Shirley May Harmon (Ed.). Enfermagem de cuidados de saúde à família. Teoria, prática e investigação. (2ª ed.). (pp. 39-63). Lisboa: Lusociência
- Hertzberg A, Elkman S-L, Axelsson K. (2003). Relatives are a resource, but ... Registered nurses' views and experiences of relatives of residents in nursing homes. Journal of Clinical Nursing, (12):431-41
- Jansson, A.; Petersson K, Uden G. (2001). Nurses' first encounters with parents of new-born children-public health nurses' views of a good meeting. J. Clin. Nurs.10 (1): 140-51
- Martins, Maria Manuela (2002). Uma crise acidental na família – O doente com AVC. Coimbra: Formasau
- Martins, Maria Manuela (2004). O Adulto doente e a família, uma parceria de cuidados. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Porto ICBAS – Universidade do Porto
- Söderstöm, I; Benzein, E; Saveman, B (2003). Nurse`s experience of interactions with family members in intensive care units. Nordic College of Caring Sciences, p. 185- 192
- Wright, L; Leahey, M (2009). Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 4ª ed. Editora Roca Lda.: São Paulo, Brasil

AUTORES/AUTHORS:

Ana Alves, Isabel Rabiais, Amélia Simões Figueiredo, Margarida Vieira

TÍTULO/TITLE:

Cuidar en la diversidad las expectativas y las perspectivas de los estudiantes de enfermería

La enfermería es una profesión de relación en que cuidar del otro implica un encuentro entre diferentes culturas: el paciente y su familia, las enfermeras y su profesión, el equipo de salud y su institución.

Office of Minority health (2001), afirma que "con sensibilidad, escucha empática y un poco de esfuerzo adicional, es posible a veces, ultrapasar las diferencias de cultura en el encuentro de salud " pero este esfuerzo no suele ser suficiente para superar todos los obstáculos y malentendidos culturales que pueden surgir y recomienda que se debe desarrollar un proceso de sensibilidad cultural.

La formación ha sido considerada como un elemento clave en el desarrollo y promoción del cuidado culturalmente competente.

Estudiar el desarrollo de la sensibilidad, el conocimiento y las habilidades culturales de los estudiantes sin duda depende de sus expectativas y experiencias de salud y enfermedad y de los encuentros culturales que provienen de la profesión de enfermería.

Tenemos como objetivo analizar las experiencias y expectativas de los estudiantes en sus interacciones culturales.

MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo y transversal con datos cualitativos obtenidos a partir de una muestra de 38 estudiantes de enfermería de una Universidad de Lisboa. La selección de los participantes fue intencional y de conveniencia, la recolección de datos se realizó a través de entrevistas, con un guión semi-estructurado sobre la opinión y / o la experiencia de los estudiantes en sus interacciones interculturales.

Como interacciones culturales fueron consideradas - la raza, la religión, la edad, el género, la orientación sexual, condición social, etc.

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas y sometidas a análisis temático de contenido, según (Bardin, 2011).

Hemos considerado los principios éticos en investigación.

RESULTADOS: De las declaraciones obtenidas, surgirán categorías y sub-categorías de análisis lo que nos permitió comprender los factores que influyen en el desarrollo de la competencia cultural y la contribución de la formación en este desarrollo a través de tres dimensiones analíticas: Expectativas de los estudiantes; Experiencias de interacciones culturales y influencia de la formación.

De las expectativas de los estudiantes surgirán dos sub-categorías: Las dificultades que esperan encontrar y la aplicación de la teoría en la práctica.

En las dificultades, la más referida fue lo respecto por la intimidad: física, psicológica, familiar y social. Los estudiantes refieren no sólo la exposición del cuerpo, sino también la exposición emocional, falta de intimidad familiar y la exposición de sus problemas delante de los demás, sin embargo, algunos estudiantes de los primeros años, todavía jóvenes, tienen una noción más racional y objetiva de privacidad diciendo que para ellos la privacidad no sería un problema, vinculándolo directamente con las mentalidades y la edad de los pacientes (personas mayores tienen más problema que los jóvenes) y que el intercambio de información pertinente tiene más ventajas que desventajas.

En cuanto a compartir el espacio también los estudiantes más jóvenes lo consideran una cuestión de hábito y no ser un problema para ellos, otros, refieren algo más, la vergüenza de la enfermedad y el contacto con los pacientes infectados.

Otro aspecto mencionado fue el cumplimiento de las normas y la adaptación a las rutinas hospitalarias, sobre todo si la hospitalización se extiende en el tiempo. La mayoría espera que los pacientes cumplan con las normas y las rutinas establecidas, porque creen que - "tiene que ser ..."

La expectativa de la pasividad de los pacientes plantea la cuestión de los poderes y la autonomía del paciente. Los estudiantes en inicio de formación asumen el discurso aprendido de respeto y aprecio por la autonomía, otros tienen una expectativa normal de pérdida de autonomía por el envejecimiento o la incapacidad momentánea, otros incluso por algunas experiencias, sienten

impotencia para respetar la autonomía del paciente.

Los estudiantes de tercero y cuarto año apuntan el miedo de no ser capaces de aliviar el sufrimiento y no saber cómo enfrentarse con la muerte o con la mala noticia. Los estudiantes en inicio de formación tienen miedo si a los pacientes no les gustan, si no se sienten reconocidos, o si tienen dificultad en comprobar sus habilidades.

En aplicación de la teoría en la práctica los alumnos del 1º año y más jóvenes creen que lo que aprenden en la escuela hará una diferencia en la práctica y esperan " si lo aprende bien... lo hará bien." Los estudiantes, que han tenido ya experiencias clínicas tienen una perspectiva más crítica de la aplicabilidad de la teoría. Refieren dificultad por la rutinización y inercia profesional, bien como la necesidad de adaptar las enseñanzas, que ni siempre es aplicable.

Como estrategias, apuntan la comprensión y el respeto por el paciente a través de la individualización de la atención y la comprensión de las diferentes necesidades y diferencias culturales. La comunicación efectiva con la escucha activa, el control de la comunicación no verbal y la empatía, el respeto por la confidencialidad, reservando sus propios espacios para la comunicación logran más confianza. La capacidad de negociar las reglas, rutinas y algunas prácticas que pueden ser perjudiciales han sido valoradas por los estudiantes.

Conocerse a si mismo, ayuda a comprender los propios sentimientos y reflexionar sobre experiencias negativas con los pacientes. Por las expectativas de los estudiantes podemos inferir que la edad, la experiencia y la enseñanza influyen las preocupaciones con las diferencias culturales.

En la dimensión experiencias de interacciones culturales, utilizamos sólo las entrevistas de los estudiantes que ya habían tenido alguna experiencia clínica en un total de 23 estudiantes. Los estudiantes apuntaron: hábitos alimentares diferentes, afirmando que "en hospital es difícil valorar todas las diferencias ... no vale la pena intentar", y aunque se preocupan en obtener información, no priorizan la atención en la satisfacción de las preferencias del paciente, como un estudiante refleja su situación vivida: "le trajeran de su casa, por lo que no he hablado con el nutricionista".

Personas de otras nacionalidades que no hablan portugués, diferentes religiones, pacientes con historial agresivo o penal, víctimas de violencia y incapacidad de mantener la salud por pobreza, también han sido valorados.

El contacto con gitanos enfermos era común tanto en el hospital como por experiencias en la comunidad y las ideas preconcebidas influenciaron el contacto inicial con esta etnia, refiriendo bastante miedo en cuidar en la comunidad. En Hospital, la mayoría de los estudiantes también influenciados por estas ideas, fueron sorprendidos por el comportamiento de los pacientes y familia y dicen haber sido experiencias muy positivas "Que suerte he tenido con el gitano ..."

La necesidad de apoyo religioso y espiritual es otra área a la cual los estudiantes son sensibles pero a veces dicen ... "los pacientes están más preocupados por las enfermedades que con esta parte ..."

El cuidado de los pacientes con conductas agresivas o socialmente recriminadas es uno de los miedos mencionados por los estudiantes, como recuerda una estudiante que cuidaba de un paciente que había sido detenido por asesinato "Fue difícil no sospechar ... pero siempre he intentado respetar y mostrarme disponible", otro estudiante ha dicho "no influye en la atención porque estaba más preocupado por mi condición de estudiante ... en hacer todo bien como los estudiantes ...".

Pero un estudiante al relacionarse con un paciente agresivo, dice que "tenía demasiado miedo ... el paciente me ha ofendido..."

Con los pacientes víctimas de violencia, uno de los estudiantes informa que no ha sido capaz de detectar las señales de violencia en el niño. La mayoría de los estudiantes piensan que hay fallas de preparación teórica para enfrentar estas situaciones, un estudiante menciona "no sabía cómo apoyar al niño emocionalmente o cómo proteger, o que recursos utilizar."

La pobreza es uno de los mayores factores de inequidad en el sistema de salud, un estudiante ha dado un testimonio muy emotivo de un paciente de otro país sin dinero para poder comprar medicamentos para el control de la diabetes. En esta situación, el estudiante sólo en el momento de la entrevista ha logrado reflejar su ineficiencia. Verificamos que en algunos casos los estudiantes pueden expresar su preocupación y sensibilidad cultural, pero cuando reflejan sobre las situaciones vividas verifican que no tienen el conocimiento necesario para ser culturalmente competentes. Algunos reconocen que el cuidado culturalmente competente no era la

prioridad porque, habían sentido que no era valorado en su evaluación, otros argumentan que habían tenido esta preocupación, pero no la habían aplicado porque no sabían si era posible en la institución en la que estaban haciendo su formación clínica. Algunos simplemente se dieron cuenta que no tenían una actuación culturalmente competente cuando hicieron esta reflexión.

En materia de influencia en su formación, los estudiantes apuntan que la Escuela les ofrece una buena formación "valora mucho la dimensión humana", "la escuela enseña a respetar el paciente y a ser flexible ", "inculca valores éticos ", pero también refieren "no estoy preparado para la realidad, es más difícil de lo que creía".

CONCLUSIÓN: De las experiencias de los estudiantes se concluye que las dificultades en la aplicación práctica de la teoría se refieren a los problemas relacionados con los requisitos técnicos que los estudiantes sienten como prioridad, con una cierta inhibición relacionada con la condición de estudiante, pero también con normas y rutinas de los servicios y de sus estructuras.

En comparación con las expectativas, se verifica que hay una cierta pérdida del ideal en el curso lo que conduce a desafiar a las escuelas para desarrollar estrategias de enseñanza, valorando la iniciativa culturalmente competente y reflexionar con los estudiantes sus experiencias de interacción cultural.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bardin, L.. Análise de Conteúdo, 2011, Edições 70.

Campinha-bacote J, Associates TCARE. Coming to Know Cultural Competence : An Evolutionary Process. 2010;42-8.

Campinha-Bacote J. Cultural desire: "caught" or "taught"? Contemporary nurse [Internet]. 2008 Apr;28(1-2):141-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18844567>

Davidhizar R, Giger JN. When your patient is silent. Journal of advanced nursing [Internet]. 1994 Oct;20(4):703-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7822606>

Gerrish K, Papadopoulos I. Transcultural competence: the challenge for nurse education. British journal of nursing (Mark Allen Publishing) [Internet]. 1999;8(21):1453-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11011621>

Giger JN, Davidhizar RE. Dns, arnp, bc, faan. Journal of Cultural Diversity. 2006;13(1).

Leininger M. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society [Internet]. 2002 Jul;13(3):189-92; discussion 200-1. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12113148>

Leininger MM. Current issues in using anthropology in nursing education and services. Western journal of nursing research [Internet]. 2001 Dec;23(8):795-806; discussion 807-11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11728029>

Office of Minority Health National Standards for Culturally and Linguistically Health Care. Health (San Francisco). 2001;(March).

Purnell L. The Purnell Model for Cultural Competence. Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society [Internet]. 2002 Jul;13(3):193-6; discussion 200-1. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12113149>

Taylor G, Papadopoulos I, Dudau V, Maerten M, Peltegova a, Ziegler M. Intercultural education of nurses and health professionals in Europe (IENE). International nursing review [Internet]. 2011 Jun;58(2):188-95. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21554292>

Theory EM, Meleis AI. Experiencing Transitions : An. ReVision. 2000;23(1):12-28.

AUTORES/AUTHORS:

Ismael Ortuño Soriano, M^a Paloma Posada Moreno, Encarnación Fernández del Palacio, Ignacio Zaragoza García

TÍTULO/TITLE:

Actitud y motivación hacia la investigación de profesionales de enfermería y estudiantes de grado

Objetivo: Conocer la motivación y actitud de profesionales de enfermería y alumnos de primeros cursos del Grado hacia la investigación.

Método: Estudio descriptivo transversal realizado en el Hospital Clínico San Carlos y la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid, en España, durante los años 2011 y 2012.

La población diana la constituyeron todos los profesionales de enfermería del Hospital, y, en el caso de la Universidad, los alumnos matriculados en los dos primeros cursos del Grado en Enfermería.

La información sobre actitud y motivación se obtuvo con un cuestionario autoadministrado, validado y descrito en estudios previos (1), sin ningún criterio de exclusión, que fue rellenado de forma anónima, voluntaria y previa explicación de los objetivos de la investigación.

Los resultados obtenidos se procesaron mediante el programa estadístico SPSS 15.0. La explotación de resultados se basó en tablas de frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, calculando el estadístico Chi cuadrado para valorar diferencias significativas ($p < 0,05$) entre grupos, y medias y desviación estándar para variables cuantitativas.

Resultados: Se obtuvieron 262 cuestionarios válidos en el caso de los estudiantes (76,8% del total matriculado) y 487 en profesionales (37,1% de respuesta), siendo los resultados estadísticamente significativos para todas las variables comparadas. En ambos lugares, la proporción de mujeres fue mayoritaria (82,1% en la Universidad; 85,9% en el Hospital). En el caso del centro hospitalario la edad media fue de 41,5 años (DE: 11,3) y la experiencia laboral promedio de 18,6 años (DE: 9,2) siendo el estado civil "casado" mayoritario, 51,6%, frente a un 42,4% de personas solteras o que no viven en pareja. En cuanto a la relación contractual con la institución, un 61,8% fue personal fijo y el 38,2% eventual. Preguntados acerca del tiempo de experiencia en la unidad o servicio actual, la media fue de 9,5 años (DE: 8,7), mientras que el promedio de tiempo trabajado en el Hospital, en cualquier servicio, era de 16,4 años (DE: 11,4). En relación a la formación académica adicional a la mínima requerida para desempeñar su trabajo, el 6,3% decía haber cursado otras diplomaturas, un 6,4% licenciaturas, el 12,4% tiene alguna especialidad de enfermería y un 9,4% ha cursado un máster. Tan solo el 0,6% estaba en posesión del título de doctor. En el caso de los estudiantes de grado, el 33,4% indicó que tenían otras titulaciones.

La experiencia investigadora entre los universitarios fue muy escasa. El 86,7% respondió que no tenía publicaciones científicas y el 85,6% no había hecho ninguna comunicación a congreso. En el caso de profesionales, solo el 27,3% había publicado resultados de investigación y un 33,7% habían participado en comunicaciones y/o póster a congresos.

De todos los ítems estudiados se destaca lo siguiente: la mayoría de profesionales de enfermería reconoce la investigación como una función inherente a su profesión (74,1%), además de la independencia y autonomía que dicen tener en cuanto a las decisiones relativas a los cuidados que deben prestar (80,9%). Casi la totalidad, 94,1%, está de acuerdo en que investigar aportaría beneficios a la práctica profesional enfermera. Por su parte, el 96,7% de los alumnos encuestados considera que la investigación es necesaria; el 61,4%, que requiere mucho tiempo y esfuerzo; que es necesaria para detectar problemas y aportar soluciones (59%); permite mejorar la calidad asistencial (70,1%) y contribuye al desarrollo de la profesión enfermera (85,6%).

Los profesionales mencionan, de manera mayoritaria, la falta de tiempo para investigar, bien por motivos laborales (79,1%) o por razones familiares (61,8%); consideran que la investigación entorpecería la prestación de cuidados (60,6%) y, para un 76,7%, parte de la jornada laboral debería emplearse en investigar. En contraste, los alumnos consideran que su vida personal no se ve afectada negativamente por la investigación (63,3%), que durante la jornada universitaria no disponen de tiempo para investigar (52,7%) y

sólo un 38,6% cree que realizar un trabajo de investigación entorpece el desarrollo de sus estudios. Piensan que parte del tiempo de los estudios debería emplearse en proyectos de investigación (53,8%).

Por último, comentar que el 75,7% de profesionales participaría en proyectos de investigación, pero consideran que las publicaciones no aportan prestigio profesional (74,2%), que existe falta de motivación (55,1%), conocimientos (38,5%), recursos económicos (64,3%) y bibliográficos (48,2%) para investigar.

Por su parte, los alumnos participantes en el estudio son bastante conscientes de que: no tienen suficientes conocimientos para realizar un proyecto de investigación (45,2%) y que los planes de estudio deben incluir formación en investigación (75,5%) complementada con la lectura de revistas científicas al menos una vez al mes según el 64,4%. También es destacable la importancia que se le dio a estudios complementarios, con porcentajes de aprobación altos de nuevas tecnologías (93,8%) e idiomas (95,4%). Están convencidos de que enfermería está igual de capacitada que otros profesionales sanitarios para realizar estudios de investigación (84,5%) y más de la mitad de las personas encuestadas (53%) contesta que, para investigar, se necesitan recursos económicos difíciles de conseguir. Sólo un 23,1% de la población total considera que recibe apoyo y motivación de la dirección de la Facultad/Departamento para investigar. Cuestiones en las que los alumnos están más de acuerdo son que esta profesión tiene autoridad para decidir los cuidados del paciente (87,2%), que la investigación mejora el reconocimiento de la profesión enfermera (88,6%) y que estarían dispuestos a colaborar con otros estudiantes en sus trabajos de investigación (73,6%). En cuanto a la concienciación que tiene el total del alumnado con respecto a que la investigación será una función de su futura actividad profesional, el 56,5% está de acuerdo. Además, están en desacuerdo con que las funciones de enfermería sean fundamentalmente prácticas y no precisen incluir investigación (77,7%). A un 60,9% les gustaría participar en un trabajo de investigación, diciendo un 44,5% que publicar trabajos de este tipo está reconocido académicamente y para el 76,7% merece la pena investigar para aumentar la puntuación de su currículum. Por último, el 76,4% contesta que una recompensa económica aumentaría el interés por la investigación.

Discusión: Estudios realizados previamente con profesionales de Enfermería desvelan que las barreras para la investigación y para su utilización en la práctica clínica se derivan de un desconocimiento de los métodos de investigación y de sus hallazgos, de la falta de tiempo y de confianza. También mencionan una carencia de formación en investigación durante la carrera y de recursos en los centros de trabajo, la gran carga asistencial de los profesionales en sus jornadas laborales, escasa tradición investigadora e inexistencia de tiempo institucionalizado para investigar en Enfermería (2,3,4), lo que coincide, en general, con los resultados del estudio presentado.

Por otro lado, en trabajos realizados en estudiantes de todos los cursos de pregrado de facultades de ciencias de la salud de otros países (5, 6, 7), se vio que la actitud de los estudiantes es hacia la participación en el futuro en trabajos de investigación, pensando que no solo necesitan formarse en investigación los estudiantes o profesionales que van a investigar, considerando la investigación una actividad más del estudiante, encontrando como barreras la carga académica que impide realizar cualquier proyecto de investigación, el no considerarse capacitados muchos para comenzar una investigación y la falta de financiación para poder realizar investigaciones. En este sentido, los Proyectos de Innovación Educativa de las Universidades, podrían ser una buena manera de obtener bases para la investigación científica, tal y como se ha visto reflejado en estudios previos (8). De la misma manera que en profesionales, los resultados obtenidos en el presente trabajo tienen relación mayoritaria con los citados estudios previos.

Por su parte, el hecho de que la mayoría de los profesionales encuestados reconozca la investigación como una función propia de su profesión contrasta con que, de forma mayoritaria, consideren que la formación que reciben en este sentido es insuficiente. Esta evidencia, ya manifestada anteriormente (2), podría cambiar, ya que en la actualidad existe un marco legislativo que favorece la incorporación de nuevas competencias profesionales, entre las que se encuentran las referentes a la investigación, posibilitándose el acceso a máster y estudios de doctorado, aunque esta vía formativa aún es poco utilizada en España (9), por lo que sería preciso indagar en los motivos por los que los profesionales no los cursan de forma mayoritaria, lo que aumentaría su formación en investigación.

Además, se ha documentado que entre un 30-40% de los pacientes no reciben cuidados acordes con los resultados de investigación, como se pone de manifiesto en estudios que evalúan la escasa adherencia de profesionales sanitarios a las recomendaciones consensuadas en algunas guías de práctica clínica publicadas y, en consecuencia, entre el 20-25% de los cuidados podrían ser innecesarios o potencialmente dañinos (10). Por tanto, es de gran interés potenciar la investigación en este sentido.

Es obvio que investigar aporta beneficios a la práctica profesional enfermera, y lo reconoce el 94,1% de los trabajadores encuestados objeto de este estudio, de la misma manera que un 74,2% manifiesta su opinión acerca de que publicar un artículo no mejoraría su prestigio profesional. Es preciso señalar que el impacto de la investigación enfermera no solo debe juzgarse por el número de veces que se citan sus publicaciones, sino también por el impacto económico, social y en mejora de la calidad de vida de la población. Una alternativa para incrementar el prestigio profesional de la Enfermería podría llevarse a cabo mediante los Grupos de Investigación en Cuidados que, de manera incipiente, se están incluyendo en los Institutos de Investigación Sanitaria de distintos centros.

En definitiva, es preciso habilitar estrategias que faciliten la posibilidad de investigar, haciendo hincapié en la investigación translacional como la de mayor impacto a corto plazo, tanto en lo asistencial como en lo económico. En este sentido, estrategias sencillas de implementar en el ámbito laboral podrían ser la incentivación de la investigación (económica, asistencia a congresos y jornadas), flexibilización del marco laboral (liberación parcial asistencial para disponer de parte de la jornada laboral para investigar), así como el desarrollo de estructuras y perfiles de puesto encaminados a conseguir una mayor y mejor producción científica (creación de puestos mixtos asistenciales/investigación o gestión/investigación). Por su parte, y basándonos en todo lo mencionado anteriormente, entre las acciones que se podrían llevar a cabo para potenciar y facilitar la investigación de los alumnos de grado en Enfermería se propone: difundir información relativa a los eventos en los que se permite la participación de los alumnos y en los que se contemple la puesta en común de los trabajos de investigación realizados, así como los posibles premios a los que se pueda acceder. Además, la figura de los Delegados de clase así como los representantes en los Consejos de Departamento y Juntas de Facultad podrían encargarse de dicha difusión. Es preciso animar al profesorado a tutorizar trabajos de investigación y potenciar la figura del Alumno en Formación Investigadora.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.Cepeda JM, San Román MJ, Vaca V, Álvarez C, Millán B, Pascual SM, et al. Validación de un cuestionario sobre la motivación hacia la investigación en enfermería. *Rev enferm CyL*. 2009; 1(2): 30-9.
- 2.Cepeda Diez JM, San Román Calvo MJ, Álvarez Vilas C, Vaca Espinel V, Millán Cuesta B. Actitud y motivación de la Enfermería de Castilla y León hacia la investigación. *Rev Enferm CyL*. 2010; 2(2): 19-28.
- 3.Jones Mallada C, Hidalgo García R, Fuentelsaz Gallego C, Moreno Casbas T, Hernández Faba E. Situación actual de los recursos para la investigación en Enfermería en el Sistema Nacional de Salud. *Metas de Enferm*. 2004; 7(5):28-32.
- 4.Torné Pérez E, García Pérez V. Investigación en Enfermería. *Metodología de la investigación*. Fecha de consulta: 04 marzo 2012. Disponible en: <http://www.enferpro.com/investigcursored.htm>
- 5.Díaz Vélez C, Manrique González LM, Galán Rodas E, Apolaya Segura M. Conocimientos, actitudes y prácticas en investigación de los estudiantes de pregrado de facultades de medicina del Perú. *Acta Médica Peruana*. 2008; 25(1): 9-15.
- 6.Molina Ordóñez J, Huamaní C, Mayta Tristán P. Apreciación estudiantil sobre la capacitación universitaria en investigación: estudio preliminar. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2008; 25(3):325-29.
- 7.Khan H, Khawaja MR, Waheed A, Rauf MA, Fatmi Z. Knowledge and attitudes about health research amongst a group of Pakistani medical students. *BMC Med Educ*. 2006; 6:54.
- 8.Ospina Raveb B, Toro Ocampo J, Aristizábal Boterod C. Rol del profesor en el proceso de enseñanza aprendizaje de la investigación en estudiantes de Enfermería de la Universidad de Antioquia, Colombia. *Investigación y Educación en Enfermería*.

2008; 26(1):106-114.

9. Moreno-Casbas T, Fuentelsaz-Gallego C, Gil A, González-María E, Clarke SP. Spanish nurse's attitudes towards research and perceived barriers and facilitators of research utilisation: a comparative survey of nurses with and without experience as principal investigators. *Journal of Clinical Nursing*. 2011; 20(13-14): 1936-47.

10. Moreno-Casbas T, Fuentelsaz-Gallego C, González-María E, Gil A. Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. *Enfermería Clínica*. 2010; 20(3):153-164.

AUTORES/AUTHORS:

Amâncio Sousa Carvalho, Maria Soares Pereira, Maria Pinto Monteiro, Isabel Costa Barroso

TÍTULO/TITLE:

Relación entre el bienestar psicológico y la percepción general de salud en una muestra de estudiantes

1. Objetivos: El bienestar psicológico es un constructo multidimensional que refleje las características relacionadas con el funcionamiento psicológico de la persona, entre los cuales: tener una actitud positiva hacia sí mismo y aceptar varios aspectos de su personalidad; establecer relaciones agradables, seguras y satisfactorias con otras personas; ser capaz de evaluar las experiencias personales de acuerdo con sus propios criterios; estar habilitada para gestionar el medio ambiente con el fin de satisfacer las necesidades y valores personales; tener un propósito y objetivos de vida; promover el desarrollo personal y estar abierto a nuevas experiencias. Estas son las dimensiones del funcionamiento psicológico, lo que llevó a la construcción del Cuestionario del Bienestar Psicológico (QBEP) (Machado, 2010).

El Cuestionario de Salud General (QSG-12) tuvo como punto de partida la definición de la salud que considera este concepto como "un estado de completo bienestar físico, mental y social" (OMS, 1946 citado por González, 1998: 6) y constituye una de las principales herramientas utilizadas para evaluar las diferentes dimensiones de la salud, con el objetivo de detectar trastornos psiquiátricos no graves. Se asume que la presencia o ausencia de la salud mental está relacionada con la desviación de una persona en comparación con un grupo normativo (Damasio, Machado y Silva, 2011). Es en este marco de acción que este estudio se llevó a cabo, con los siguientes objetivos: i) evaluar el bienestar psicológico y la percepción de la salud general de los estudiantes de la muestra, ii) investigar la relación entre el bienestar psicológico y la percepción de salud general, y entre estos constructos y variables de atributo, incluyendo el género y grupo de edad.

2. Métodos: Estudio descriptivo, correlacional y seccional, en una muestra no aleatoria de 699 estudiantes de enseñanza superior, en el interior norte de Portugal. Se aplicó en el aula, el Cuestionario QBEP de 6 artículos y el Cuestionario QSG de 12 artículos, validados para la población portuguesa. La puntuación del Cuestionario QBEP varía entre cero y treinta puntos y del Cuestionario QSG varía entre doce y cuarenta y ocho puntos. En lo primero, la puntuación máxima se corresponde con el máximo de bienestar, mientras que en lo segundo, la puntuación más alta indica peor percepción de la salud en general. Para el tratamiento de los datos se utilizó el programa SPSS (versión 20.0), habiendo recurrido a la estadística descriptiva y a las pruebas estadísticas t de Student, ANOVA y correlación de Pearson. El nivel de significación fue del 5% (Fortin, Côté y Fillion, 2009). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la institución. Se respetaron los principios éticos vigentes, los participantes fueron informados acerca de los objetivos de la investigación, se garantiza el derecho a no participar o de retirarse en cualquier momento y has asegurado el anonimato y la confidencialidad de la información.

3. Resultados: Del total de la muestra, la mayoría eran mujeres (58,1%), el grupo predominante de edad es de los 20 años y más (51,6 %), con una edad media de $20,53 \pm 3,863$ años d.e., la edad mínima 17 años y máxima los 50 años. Una ligera mayoría de los sujetos asistieron al segundo año del curso (56,0%) y casi tres cuartas partes de los estudiantes no viven solos durante el año escolar (73,6%).

La puntuación media del Cuestionario QBEP fue de $18,71 \pm 4.674$ puntos d.e., un mínimo de 3 y un máximo de 30 puntos y la puntuación del Cuestionario QSG de 24.76 ± 6.191 puntos d.e., con un mínimo de 12 y un máximo de 47 puntos. Si tenemos en cuenta el punto medio de las escalas, respectivamente, para lo Cuestionario QBEP 14,5 puntos y 29,5 puntos para el Cuestionario

QSG, se encontró que 17,0 % de la muestra tiene una percepción negativa del bienestar psicológico y el 23,1 % de la percepción general de la salud.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias del Cuestionario QBEP de los grupos de edad ($t = 1,904$; $p = 0,057$), de los estudiantes que asisten a los dos años analizados ($t = 0,271$; $p = 0,786$) y los que viven solos o no ($t = 1,403$; $p = 0,161$). Tomamos nota de que existen diferencias estadísticamente significativas ($t = -3,587$; $p = 0,000$) entre las medias de los dos sexos, donde los hombres tienen un promedio más alto que las mujeres (19,47 frente a 18,19), que afirman tener un mayor bienestar psicológico do que las mujeres.

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias del Cuestionario QSG de los sexos ($t = 1,339$; $p = 0,181$), de los estudiantes que asisten a los dos años en estudio ($t = -1,210$; $p = 0,227$) y de los que viven solos o no ($t = -1,010$; $p = 0,313$). Había diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos de edad ($t = -3,322$; $p = 0,001$), en el que los alumnos mayores tenían una media superior a los más jóvenes, que tienen una peor percepción general de la salud que éstos. Se encontró que había una correlación negativa entre la puntuación del Cuestionario QBEP y del Cuestionario QSG (Pearson: $p = 0,000$; $R = -0,721$), de alta intensidad. Si tenemos en cuenta el coeficiente de determinación (R^2), la variación de una de las puntuaciones explicó 52% de la variación de la otra. No hubo correlación entre la puntuación del Cuestionario QBEP y la edad (Pearson: $p = 0,484$) y la puntuación del Cuestionario QSG y la edad (Pearson: $p = 0,583$).

4. Discusión: La puntuación media del Cuestionario QBEP y del Cuestionario QSG obtenidas en este estudio son muy similares a las obtenidas en el estudio de Rainho et al. (2012), en una muestra de 124 estudiantes de la enseñanza superior, de la misma institución, que obtuvieron una puntuación, respectivamente, de 18,77 puntos y de 24,58 puntos. La puntuación promedia del Cuestionario QSG también es muy similar a la obtenida por Ferreira (2010), en su estudio hecho con una muestra de 318 estudiantes universitarios de una universidad pública, en el norte de Portugal, que fue 24,78 puntos. Teniendo en cuenta la media de las puntuaciones y los puntos medios de las escalas se puede afirmar que una gran mayoría de la muestra tiene una percepción positiva de lo bienestar psicológico y general de la salud.

El hecho de que el promedio del Cuestionario QBEP sea mayor en los hombres, significa que este género refiere mejor bienestar psicológico, que también se encuentra en el estudio de Ruini et al. (2003), en el que los hombres mostraron niveles más altos de bienestar psicológico. Sin embargo, no todos los estudios convergen en este resultado.

La ausencia de una diferencia significativa en el caso de los grupos de edad puede ser debido a la tendencia no lineal del bienestar psicológico, al aumentar la edad en la adolescencia, de acuerdo con Fernandes (2007).

Mientras tanto, en relación a la media del Cuestionario QSG no hubo diferencias estadísticas entre los dos sexos, pero el promedio fue mayor en el grupo de edad de 20 años y más, los estudiantes de más edad, que corresponde a una peor percepción de la salud de los estudiantes deste grupo de edad. Estos resultados no confirman los obtenidos por Ferreira (2010), en que las mujeres tenían la media más alta (25,18 frente a 22,93), así como los estudiantes más jóvenes, lo que significa que tenían una peor percepción general del estado de salud. Estos resultados pueden explicarse por las diferentes características de la muestra y por los grupos de edad en cuestión son diferentes en los dos estudios. Los resultados obtenidos en nuestro estudio, en el caso del sexo, no corroboran la literatura consultado, que establece que las estudiantes del sexo femenino tienen una peor percepción general de la salud (Loureiro, McIntyre, Mota-Cardoso & Ferreira, 2008; Neves y Dalgalarrodo, 2007).

La variable sexo parece influir en la variable puntuación del Cuestionario QBEP y la variable grupo de edad en la puntuación del Cuestionario QSG de los participantes. Las variables años del curso y cohabitación de los estudiantes durante el año escolar no son discriminatorias. La correlación negativa entre la puntuación del Cuestionario QBEP y del Cuestionario QSG significa que un mejor bienestar psicológico, se corresponde una mejor percepción general de salud, con los dos constructos relacionados entre sí.

El conocimiento sobre el bienestar psicológico y la percepción general de la salud de esta muestra de estudiantes, ha demostrado ser una herramienta clave para las estrategias de intervención en enfermería, específicamente, en el contexto de la promoción de la

salud, en esta población.

Tras este estudio, se formó una alianza entre la Escuela Superior de Enfermería, las Unidades de Atención Comunitaria de la Ciudad (Atención Primaria de la Salud) y el Centro de Respuestas Integradas (con responsabilidad en el consumo de sustancias), lo que permitió una respuesta más integrada y dirigida a las necesidades de salud de los estudiantes en la promoción y protección de la salud en un contexto académico, durante la semana del estudiante de primer año. En la actividad denominada "Caloirada aos montes", tenía por objeto proporcionar información sobre la salud y formar a los estudiantes en el uso de estrategias de educación entre pares, para hacer frente al consumo de sustancias psicoactivas y para reducir el daño (el consumo de tabaco y alcohol, el Virus de Inmunodeficiencia Humana Adquirida). Los Cuidados de enfermería dejaron su estructura física y fueron al encuentro de la comunidad, contribuyendo así a la mejora de la accesibilidad y de la calidad de dicha atención.

Las limitaciones de este estudio se relacionan, principalmente, con el hecho de que la muestra sea accidental. En estudios futuros, sería importante elegir una muestra aleatoria y estratificada por sexo, curso y año de estudio.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Damáso, B.F., Machado, W.L., & Silva, J.P. (2011). Estrutura fatorial do Questionário de Saúde Geral (QSG-12) em uma amostra de professores escolares. *Avaliação Psicológica*, 10 (1), 99-105.

Fernandes, H-M. (2007). O Bem-Estar Psicológico em adolescentes. Uma abordagem centrada no florescimento humano. Dissertação de Mestrado [Não publicada]. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real (Portugal).

Ferreira, M.S. (2010). Optimismo disposicional, Percepção Geral de Saúde e Exercício Físico em adultos emergentes. Dissertação de Mestrado [Não publicada]. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real (Portugal).

Fortin, M.F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta.

González, M. (1998). Los grandes cambios socio-sanitarios del siglo XXI. In M. González (Coord. Edit.), *La Educación para la salud del siglo XXI. Comunicación y salud* (pp. 3-20). Madrid: Díaz de Santos.

Loureiro, E., Mcintyre, T., Mota-Cardoso, R., & Ferreira, M. (2008). A relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de medicina da faculdade de medicina do Porto. *Acta Médica Portuguesa*, 21, 209-214.

Machado, W.L. (2010). Escala de Bem-Estar Psicológico: Adaptação para o português brasileiro e evidências de validade. Dissertação de Mestrado [Não publicada]. Instituto de psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (Brasil).

Neves, C., & Dalgalarondo, P. (2007). Transtornos mentais auto-referidos em estudantes universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(4), 237-244.

Rainho, M.C., Antunes, M.C., Carvalho, A., Barroso, I., Monteiro, M.J., & Mateus, S. (2012). Bem-estar psicológico e percepção de saúde geral em estudantes do ensino superior. *Referência, III Série*, 6, Suplemento Atas do III Congresso de Investigação em Enfermagem, p. 344, Coimbra: ESEC.

Ruini, C., Ottolini, F., Rafanelli, C., Tossani, E., Ryff, C.D., & Fava, G.A. (2003). The relationship of psychological well-being to distress and personality. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 268-275.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves VII

Session of Oral Brief Presentations VII

AUTORES/AUTHORS:

M. ELENA NIETO MARTINEZ, M. ROSA VALIENTE RODENAS, MARCO ANTONIO GAMUZ GONZALEZ

TÍTULO/TITLE:

EFICACIA DE LA PRESENCIA DE MADRES CON EXPERIENCIAS POSITIVAS EN LA EDUCACION PARA LA SALUD SOBRE LACTANCIA MATERNA.

Objetivo

Valorar la eficacia de una intervención de educación para la salud (EPS) para promocionar la lactancia materna (LM), mediante la aportación de experiencias positivas de otras madres que ya han amamantado con éxito a sus hijos.

Métodos

Se lleva a cabo una actividad de EPS dirigida a madres en el último trimestre del embarazo y puerperio inmediato de carácter semanal durante los meses de Octubre a Diciembre de 2012.

En el desarrollo de las sesiones se pide colaboración a madres que están dando o han dado de mamar con éxito a sus hijos para que compartan información y experiencias con las futuras o nuevas mamás aumentando su seguridad y autoestima. Los profesionales implicados en la dirección de las sesiones fueron un profesional de enfermería y una residente de enfermería familiar y comunitaria.

Resultados

Se intervino en un grupo de 24 mujeres (rango 21 a 40 años). El 54,2% trabajaban fuera de casa, el 25% tenían hijos previos y de ellas el 75% dio LM en el pasado. Durante su estancia hospitalaria el 30% refieren que la primera puesta al pecho fue antes de los 30 minutos y un 86,4% recibieron escasa o ninguna información en el hospital. Los principales motivos por los que acudieron al grupo fueron falta de información en el 54,2% y alteraciones anatómicas en el 25%. Refirieron problemas con la lactancia actual un 68,2% y de ellas solucionaron sus problemas totalmente el 53,3% y parcialmente el 33,3% por la asistencia a la actividad grupal. Refirieron una lactancia placentera el 82,6% de las madres. La totalidad de las mujeres hicieron una valoración positiva de la presencia de madres en la actividad grupal y un 18,8% modificaron su expectativa de duración de la lactancia tras la misma.

Discusión

La LM conlleva beneficios para la salud del bebé y de la madre, sin embargo, a pesar de las directrices mundiales para la promoción de ésta los índices de LM exclusiva durante los primeros meses son bajos. La EPS grupal en la que participan otras madres con experiencia es eficaz para resolver las dudas e inseguridades de las mujeres que se inician en el amamantamiento de sus hijos, quienes se muestran muy satisfechas con este tipo de actividades.

Sería aconsejable incluir la participación de madres expertas en las actividades de EPS para ampliar la cobertura y duración de la LM en nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers. Cochrane Database Syst Rev. 2007; (1): CD001141.
2. Saadeh MR. A new global strategy for infant and young child feeding. Forum of nutrition. 2003; 56: 236-8.
3. Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia. 2ª Edición. Previnfad AEPap.
4. Comité de lactancia materna de la AEP. Lactancia materna: Guía para profesionales. 1ª ed. Madrid: Ergon; 2004. p. 258-61.
5. Lactancia materna. Libro de respuestas. Liga de la leche Internacional. Edición revisada por Nancy Mohrbach, IBCLC y Julie Stock. BA, IBCLC.

AUTORES/AUTHORS:

Matilde Fernandez y Fernandez-Arroyo, Isabel Muñoz San Roque, Jorge Torres Lucas

TÍTULO/TITLE:

Impacto del perfil profesional sobre una intervención: la evaluación de los programas de Educación Maternal

JUSTIFICACIÓN: A nivel mundial, se busca aumentar la calidad de la atención sanitaria y se investiga en los elementos que favorecen la elección y realización de las intervenciones en Salud [1]. El perfil de los profesionales se considera el mejor indicador de la disposición de un trabajador para el desempeño de una intervención [2]. Los componentes de motivación del perfil profesional están adquiriendo importancia por la información que ofrecen para desarrollar estrategias que favorezcan la calidad del desempeño profesional [3]. Es necesario conocer este perfil en intervenciones de salud prioritarias como son los programas de Educación Maternal [4,5], por su repercusión en la disminución de la morbimortalidad infantil [6,7].

OBJETIVO: Analizar el impacto del perfil profesional sobre la intervención de evaluación de los programas de Educación Maternal.

MÉTODO: Ámbito: Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Diseño: Estudio observacional, analítico y transversal. Sujetos participantes: Muestra probabilística estimada por análisis de la variabilidad del cuestionario para un intervalo de confianza del 95% para un promedio tendría una amplitud de +/- 0,99 puntos con un tamaño de 44. De las 172 matronas que cumplen el criterio de inclusión (impartir el programa) se recibieron 94 solicitudes (54,6%). Cumplían el criterio de representatividad y se aceptaron. Momento del estudio: 1/10/2007 a 31/1/2008. Instrumento: Cuestionario de 27 ítems de elaboración propia previamente validado. Variables: 16 de perfil profesional (9 ítems de escala motivación Fernández, α Cronbach = 0,78) [8] y 11 características de evaluación. Análisis estadístico de datos con programa SPSS v.14. Análisis descriptivo y de técnicas de contraste para evaluar la asociación de las variables según los distintos niveles de medición (Coeficiente de correlación de Pearson, X², t de Student y U de Mann-Whitney). Consideraciones éticas: aprobado por Universidad Pontificia Comillas. Consentimiento informado participantes y garantía de confidencialidad según legislación.

RESULTADOS: Se han relacionado las 16 variables del perfil profesional con las 11 de evaluación y se han encontrado relaciones estadísticamente significativas en todas ellas ($p < 0,05$). La variable sexo se relaciona significativamente con la mayor utilidad que dan a la evaluación los varones para publicar ($X^2 = 21,7$). La edad, los años de profesión y la formación de los profesionales, indican que los profesionales más jóvenes ($t = -3,46$), con menos años de profesión ($X^2 = 17$) y formación EIR ($X^2 = 11,17$) son más competentes para desarrollar sus propias herramientas de evaluación. La formación repercute directamente en un aumento de la importancia que se le da a la intervención ($t = -3,10$) y una búsqueda del impacto inmediato ($X^2 = 5,04$), a medio ($X^2 = 4,11$) y a largo plazo ($X^2 = 5$). El elemento de motivación de contexto "valor para la dirección de la intervención" ($t = -3,22$) y los altos valores en los tres elementos determinantes de la motivación se relacionan con mayor frecuencia de la intervención: "valor de la actividad" ($t = 3,06$), "percepción de competencia" ($t = 3,23$) y "percepción de control" ($t = 3,16$). Los altos valores en los elementos indicadores de la motivación se relacionan con un aumento de la observación durante el desempeño de la intervención: "elección de comenzar la actividad" ($t = 2,24$), "perseverancia" ($t = 2,12$), Compromiso cognitivo" ($t = 2,17$) y "resultado" ($t = 2,67$). Los profesionales con mayor puntuación en el "valor de la actividad" ($t = 2,39$), "competencia" ($t = 2,67$), "control" ($t = 2,17$), "compromiso cognitivo" ($t = 2,5$), "resultado" ($t = 2,2$), obtienen más utilidades de la evaluación. **DISCUSIÓN:** Por el tamaño de la muestra los resultados son extrapolables a toda la Comunidad. El no haber encontrado estudios con los que comparar es su mayor limitación y su mayor valor, ya que el trabajo puede ser un referente para futuras investigaciones. Los componentes de motivación (Escala Fernández, 8), incluidos en el perfil profesional, han resultado adecuados para investigar en este campo. Los resultados muestran que los elementos "determinantes" e "indicadores" de motivación tienen mayor repercusión sobre el desempeño de una actividad que los elementos de "contexto".

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA: Utilidad del perfil profesional con componentes de motivación para estudiar su impacto sobre una intervención enfermera. Apoyo a los docentes de enfermería para continuar formando en el valor, la competencia y el

control de las intervenciones. Reflexión para los gestores sobre el impacto la percepción de los profesionales del valor de la misma. Desarrollo de canales que permitan que los profesionales reciban el agradecimiento de la población. Búsqueda de estrategias de evaluación que permitan que los profesionales tengan información directa del valor de sus intervenciones. En conclusión, relevancia del estudio para diseñar estrategias de mejora de la calidad de la atención sanitaria y plantear investigaciones en el área de la motivación y la autoeficacia, con grandes posibilidades de aplicación en la formación de los profesionales y la gestión [9-12].

AGRADECIMIENTO: A todas las matronas de Atención Primaria del aComunidad de Madrid.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Organización mundial para la calidad (WQO). WQO 2200:08 Compromiso con la responsabilidad Social Organizacional. Áreas Recursos Humanos, Educación-Formación. 2008.
 - 2- Nebot M, Cabezas C, Marqués F, Bimbela JL, Robledo T, Megido X, Prados JA, Muñoz E. Priorities in health promotion according to primary care health professionals: a Delphi study. *Aten Primaria*. 2007 Jun; 39(6):285-8.
 - 3- HoggW, Dahrouge S, Russel G, Tuna M, Geneau R, Muldoon L, Kristjansson E, Johnston S. Health promotion activity in primary care: performance of models and associated factors. *Open Med*. 2009;3(3):e165-73.
 - 4- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe del decenio sobre el seguimiento de la supervivencia materna, neonatal e infantil. 2010.
 - 5- Subramanian S, Katz KS, Gantz MG, El-Khorazaty NM, Johnson A, Joseph J. An integrated reandomized intervention to reduce behavioral and psychosocial risks: pregnancy and neonatal outcomes. *Matern Child Health J*. 2012Apr;16(3):545-54.
 - 6- De Graaf JP, Steegers EA, Bonsei GJ. Inequalities in perinatal and maternal health. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2013 Apr;25(2):98-108.
 - 7- Bailey JM, Crane P, Nugent CE. Childbirth education and birth plans. *J Midwifery Womens Health*. 2009 Nov-Dec; 54(6):469-76.
 - 8- Fernández M. Construcción de una escala para medir el perfil motivacional de las matronas hacia los programas de educación maternal. *Index Enferm*. 2009 v.18 n.2 Granada abr.-jun. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962009000200013&script=sci_arttext (Acceso 12 Ag 2013)
 - 9- Kloppe P, Brotons C, Anton JJ, Ciurana R, Iglesias M, Piñeiro R, Fornasini M; EUROPREV. Preventive care and health promotion in primary care: comparison between the views of Spanish and European doctors. *Aten Primaria*. 2005 Jul-Aug;36(3):144-51.
 - 10- Glazier RH, Klein-Geltink J, Kopp A, Sibley LM. Capitation and enhanced fee-for-service models for primary care reform: a population-based evaluation. *CMAJ*. 2009 May 26;180(11).
 - 11- Nantha YS. Intrinsic motivation: how can it play a pivotal role in changing clinician behaviour?. *J Health Organ Manag*. 2013;27(2):266-72.
 - 12- Dahrouge S, Hogg WE, Russell G, Tuna M, Geneau R, Muldoon LK, Kristjansson E, Fletcher J. Impact of remuneration and organizational factors on completing preventive manoeuvres in primary care practices. *CMAJ*. 2012 Feb 7;184(2):E135-43.
- PALABRAS CLAVE: Primary Care. Health Education. Evaluation Program. Prenatal Care. Pregnancy. Professional profile.

AUTORES/AUTHORS:

MARIA FERRER GIL, SILVIA RODRIGUEZ APARICIO, PABLO JAVIER ERCOLI, MARIA ELENA GIRIBET I RUBIOL

TÍTULO/TITLE:

¿Existe asociación entre ciclo lunar e inicio de parto?

Introducción

Todos en alguna ocasión, hemos oído hablar de la influencia de la luna y su relación con los partos, no sólo entre la población en general sino también entre los profesionales sanitarios (1).

Quién no se ha preguntado alguna vez, ¿si la luna influye las mareas, por qué no va a influir sobre los seres humanos? (2,3)

Con este estudio se pretende confirmar o rebatir esta idea férreamente arraigada en la población sobre la influencia del ciclo lunar y el inicio del parto.

1. Objetivos del estudio

- Valorar si existe relación entre la fase lunar y el inicio espontáneo de parto.
- Conocer la distribución de los partos en las diferentes fases lunares.
- Valorar la relación entre la paridad (nulípara /multípara) y la fase lunar.
- Ver si existen diferencias entre el tipo de parto y la fase lunar.

2. Material y Método

Diseño del estudio

- Tipo de estudio: observacional, descriptivo, transversal, que recoge los 240 partos atendidos en el Hospital de la Seo de Urgel en 2010-2011.
- Marco muestral: gestantes que dan a luz en el Hospital de la Seo de Urgel del 15 de enero de 2010 al 23 de diciembre de 2011, 2 años o 24 ciclos lunares completos (4).
- Tipo de muestreo: no probabilístico, consecutivo.

Variables de estudio:

• Variables Independientes:

1. Fase lunar: Luna nueva, Cuarto creciente, Luna llena, Cuarto menguante
2. Variables Obstétricas: edad materna, edad gestacional, fórmula obstétrica, tipo de parto
3. Variables Demográficas: país de origen, lugar de residencia

• Variable Dependiente:

1. Diagnóstico de parto

Criterios de Inclusión

- Gestantes a término (entre la 37 y 42 semanas de gestación)
- Nulíparas o multíparas
- Parto vaginal (eutócico o instrumentado) no inducido
- Cesáreas no electivas

Los criterios de inclusión tratan de respetar el inicio espontáneo del parto para estudiar así la relación o influencia con la fase lunar.

Criterios de Exclusión

- Partos pretérmino
- Partos inducidos
- Cesáreas electivas

Recogida de datos y análisis

Los datos se recogieron del registro informatizado del hospital, mediante el programa Excel y el programa G-Stat versión 2 para procesar los datos obtenidos, aplicando los estadísticos descriptivos, la Chi-cuadrado y la prueba test exacta binomial, con una significación estadística de $p < 0,05$.

Como estrategia de análisis de los datos, se realizará un análisis bivalente, entre la variable dependiente y las independientes.

3. Resultados

La media de edad de las gestantes fue de 30,9 años y la media de edad gestacional de 39 semanas en el momento del parto (5,6,7).

Partos/ciclos lunares

La distribución de los partos en las fases lunares es muy heterogénea y los resultados estadísticos indican que no existe relación entre la influencia de las fases lunares y el inicio espontáneo del parto.

Así, en la fase de luna menguante se produjeron 54 partos (22.5%), en luna nueva 67 (27.9%), luna creciente 62 (25.8%) y luna llena 57 partos (23.75%) respectivamente.

Observamos un ligero incremento en la frecuencia de partos en la fase de luna nueva, pero al aplicar el análisis estadístico obtuvimos un valor de p de: 0,7873.

Paridad (nulípara / multípara) y fase lunar

Nuestra muestra recogía 118 gestantes nulíparas (49.17%) y 122 multíparas (50.83%), en cuanto a la distribución de la paridad y las fases lunares tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas, con un valor de p de 0.6296.

La distribución de las frecuencias quedó como sigue:

- en luna menguante 55.5% eran multíparas frente al 44.5% de nulíparas
- luna nueva, 47.76% multíparas y 52.23% nulíparas
- luna creciente, 54.83% multíparas y 45.16% nulíparas
- luna llena, 43.85% multíparas y 56.14% nulíparas

Tipo de parto (vaginal / cesárea) y fase lunar

De 240 partos a estudio, un 86.25% fueron partos vaginales (instrumentados o eutócicos) y un 13.75% cesáreas. Después de ver la distribución del tipo de parto relacionado con la fase lunar, obtuvimos las frecuencias. Al aplicar los estadísticos tampoco se encuentran diferencias estadísticamente significativas (valor de p. 0.7432)

Así pues, los partos:

- en luna menguante, 83,4% fueron vaginales, 16.6% de cesáreas
- luna nueva, 89.6% vaginales, 10.4% de cesáreas
- luna creciente, 87% vaginales, 13% de cesáreas
- luna llena, 84.2% vaginales, 15.8% cesáreas

4. Discusión

Observamos un aumento del número de partos en la fase de luna nueva, así como en el número de partos vaginales, pero no es una diferencia estadísticamente significativa.

Sorprendentemente en la fase de luna llena era donde, porcentualmente hablando, menos nacimientos se producían, contrario a la creencia de mayor número de nacimientos en luna llena (8,9).

En cuanto a la paridad, no se han encontrado diferencias en el inicio del parto entre nulíparas y multíparas y la fase lunar, ya que entre las nulíparas, la mayor frecuencia de parto era en fase de luna llena y entre las multíparas en luna menguante, al igual que en un estudio similar realizado en Italia (10,11).

En cuanto al tipo de parto/fase lunar, no hay diferencias estadísticamente significativas. En nuestra muestra observamos que en la fase de luna nueva se producen más nacimientos y partos vaginales.

Concluimos que no existe asociación entre ciclo lunar e inicio espontáneo de parto.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Cornide Santos M, Cortés García M, Espinosa Martínez M^a B, Calle Purón M^a E, Escudero Fernández M. y Domínguez Rojas V. Influencia de la luna llena en

- el parto. ¿Más partos con luna llena? Toco-ginecología práctica.1996;55:494-497
2. Arliss JM, Kaplan EN, Galvin SL. The effect of the lunar cycle on frequency of births and birth complications. Am J Obstet Gynecol.2005;192:1.462-4
 3. Bueno A, lessi IL, Damasceno DC. Influences of lunar cycle in labor: myth or scientific finding? Rev Bras Enferm.2010 May-Jun;63(3):477-9
 4. Calendario lunar 2010-2011. Instituto Geográfico Nacional. Ministerio de Fomento. www.fomento.es/MFOM/LANG_CASTELLANO/DIRECCIONES_GENERALES/INSTITUTO_GEOGRAFICO/Astronomia/publico/efem erides/menu_agenda.htm
 5. Datos demográficos 2010-2011. www.IDESCAT.es
 6. INE. Movimiento natural de la población española. Tasa de partos en España por comunidades autónomas 2010
 7. Indicadores de Salud MaternoInfantil. Cataluña, 2010 www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/osscc_Dades_estadistiques/Estat_salut_estils_vida/Temes_especifics_s alut/Salut_sexual_reproductiva/Fitxers_estatics/Indicadors_salut_maternoinfantil_2010_resum_executiui.pdf
 8. Arliss JM, Kaplan EN, Galvin SL. The effect of the lunar cycle on frequency of births and birth complications. Am J ObstetGynecol.2005;192:1.462-4
 9. Morton-Pradhan S, Bay RC, Coonrod DV. Birth rate and its correlation with the lunar cycle and specific atmospheric conditions. Am J ObstetGynecol. 2005; 192(6): 1.970-3
 10. Strolego F, Gigli C, Bugalho A. The influence of lunar phases on the frequency of deliveries. Minerva Ginecol. 1991; 43(7-8):359-63
 11. Periti E, Biagiotti R. Lunar phases and incidence of spontaneous deliveries. Our experience. Minerva Ginecol.1994 Jul-Aug; 4(7-8): 429-33

AUTORES/AUTHORS:

Laura Albornos-Muñoz, M^a Rosario Rosa Aguayo, Juana María Martínez Abellán, M^a Ángeles González-Fernández, Esther González-María, Consuelo Bermejo-Pablos, Francisco David Harillo-Acevedo, González-Gallego María

TÍTULO/TITLE:

Resultados de lactancia materna tras la implantación de buenas prácticas en la promoción de la lactancia materna

Introducción. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros 6 meses de vida (1). En Europa, la prevalencia y duración de la lactancia materna está muy por debajo de lo recomendado por la OMS (2), y la falta de monitorización para la lactancia dificulta la comparación de resultados entre estudios. (3) Las Guías de práctica clínica (GPC) son un instrumento para mejorar la calidad de los cuidados. (4) Con estos antecedentes en 2011 se inició un Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC) (4) basado en el modelo de implantación de la Registered Nurses' Association of Ontario. (5) Tres centros sanitarios fueron seleccionados para implantar la Guía de "Lactancia materna" (LM). (6) Objetivo. Evaluar los resultados sobre la lactancia materna tras la implantación de la Guía de LM en atención hospitalaria y primaria.

Método. **Ámbito.** Centros del Programa CCEC que están implantando la Guía Lactancia materna: Centro de Salud Ponferrada II (G.A.P. del Bierzo), Hospital Clínico San Carlos de Madrid, Hospital Rafael Méndez de Lorca conjuntamente con la Universidad de Murcia. **Diseño.** Estudio multicéntrico observacional longitudinal prospectivo. Enero 2012-Abril 2013. **Sujetos.** Madres y niños recién nacidos (RN) en atención especializada (AE) y madres y niños de 0-15 meses que acuden al centro de atención primaria (AP). **Intervención.** Formación metodológica y creación de estructuras de implantación. Definición del plan de acción: a) Selección y operativización de las recomendaciones de la Guía incorporándolas a los protocolos o procedimientos. b) Formación y elaboración de material. c) Desarrollo del plan de evaluación d) Incorporación de registros e) Detección de áreas de mejora e incorporación de cambios. **Variables (V).** A) V. estructurales (tipo y tamaño de la institución). B) V. de proceso: valoración prenatal, valoración posnatal e intervención educativa en AE y en AP. C) V. de resultado: edad madre, tipo de parto, peso del RN, sexo RN, LME en la 1^a toma, LME al alta, lactancia materna considerada exclusiva (LMCE) al alta, LME en niños de 0-14 días y < 6 meses; LM de 6-12 meses y de 12-15 meses. Las mediciones de resultado (excepto la realizada en la primera toma) se refieren a las 24 horas previas. **Obtención de datos.** De las Historias Clínicas, de todos los niños que cumplen los criterios de inclusión y son dados de alta durante los 5 últimos días hábiles de cada mes o acuden a consulta en los 5 días de cada mes establecidos. Se establecen tres periodos de medición, t0 basal (mayo-agosto/2012), t1 (septiembre-diciembre/2012) y t2 (enero-abril/2013). Los instrumentos de valoración son los propuestos por la Guía. **Análisis de los datos.** Descriptivo, medidas de tendencia central y dispersión, frecuencias absolutas y relativas.

Resultados. La guía se implanta en 2 unidades materno-infantiles y un centro de AP. En cada centro se han creado estructuras organizativas para la implantación, se ha formado en metodología de la implantación y en materia de lactancia materna, se han elaborado procesos asistenciales y se ha mejorado la calidad de los registros. Se evaluaron 816 parejas niño-madre, 497 en AE y 319 en AP; 227 en t0, 290 en t1 y 299 en t2. Edad media de las madres= 31,04 años (DE= 5,93); el 61,77% de los partos fueron eutócicos, 24,75% cesáreas y 13,48% instrumentales. El 49,39% fueron niños y 50,61% niñas. Se realizó valoración posnatal en relación a la LM al 93,51% (735). Se hizo educación sistemática sobre la LM a 441 madres (85,63% de 515 registros disponibles). Se realizó valoración prenatal en relación a la LM al 82,63% (214) de las madres en AP. En t0, t1 y t2, respectivamente, se observó que la valoración prenatal en relación a la LM se realizó en un 54,55% vs 88,89% vs 87,93%; la valoración posnatal en relación a la LM en AE y AP se realizó en un 89,64% vs 95,04% vs 95,04%; la educación en AE y AP fue de 79,86% vs 90,06% vs 85,64%. **Resultados sobre LM:** el 80,20% (IC 95%: 76,46-83,47) de los niños recibió LME en la 1^a toma, el 64,99% (IC 95%: 60,70-69,05) LME al alta y 3,22% (IC 95%: 1,99-5,17) LMCE al alta. El 81,25% (IC 95%, 64,69-91,11) de los niños de 0-14 días se alimentaron

con LME; el 57,01% (IC 95%, 50,31-63,46) de niños hasta 6 meses recibió LME; se alimentaron con LM el 42,19% (IC 95%, 30,87-54,39) de los niños de 6-12 meses y el 22,22% (IC 95%, 6,32-54,74) de 12-15 meses.

Discusión. Se observa un incremento de todos los procesos derivados de la implantación de la GPC para la promoción de la LM: actualización y desarrollo de protocolos. Los resultados de LME son similares a otros estudios (2) (3), pero debe tenerse en cuenta que en este se ha desagregado LME en LME y LMCE. Los resultados de lactancia a partir del 6º mes se evaluarán en fases más avanzadas con un mayor nº de niños incluidos en el programa. Implicaciones para la práctica. La implantación de la guía lleva implícitos resultados de proceso, tanto para disminuir la variabilidad en los cuidados, y mejorar la formación y sistemas de registro. En fases más avanzadas podrá evaluarse la efectividad de la implantación para el incremento de la LM en los diferentes grupos de edad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

[1] OMS / UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1989.

[2] Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR. Promotion of Breastfeeding in Europe Project. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: Current situation. Public Health Nutr. 2005;8:39-46.

[3] Hernández Aguilar MT y Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. An Pediatric (Barc) 2005;63 (4): 340-56.

[4] Ruzafa Martínez M, González María E, Moreno Casbas M, del Río Faes C, Albornos Muñoz L, Escandell García C. Proyecto de implantación de Guías de Buenas Prácticas en España 2011 – 2016. Enfermería Clínica 2011; 21(5): 275 – 283.

[5] Registered Nurses's Association of Ontario. Toolkit: Implementation of best practice guidelines (2nd ed.). 2012. [Consultado 9 mayo 2013]. Disponible en: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RNAO_ToolKit_2012_rev4_FA.pdf

[6] Registered Nurses's Association of Ontario. Lactancia materna. Toronto, Canadá: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. 2005. [Consultado 9 mayo 2013]

AUTORES/AUTHORS:

SOLANGER HERNANDEZ MENDEZ, GUILLERMA SOTO GARCÍA, MIGUEL ANGEL MARTINEZ GONZALEZ, MARIA ANGELES OLMOS MOLERO, MARIA DOLORES SANCHEZ SANCHEZ, JOSE MANUEL ROBLES BRABEZO, CARMEN LOPEZ BAENA, MARIA RUZAFÁ MARTINEZ, JOSEFA DIAZ GARCÍA

TÍTULO/TITLE:

Resultados en Cuidados de Ostomías al año del inicio de la implantación de la Guía de buenas prácticas de la RNAO®

La ostomía es un procedimiento quirúrgico cuyo resultado es la derivación externa de las heces y la orina a través de un estoma abdominal. Las más comunes son la colostomía y la ileostomía para las heces, y la urostomía para la orina. Estos procedimientos se realizan en todos los grupos de edad, desde los neonatos hasta los ancianos. En todos los centros, tanto los de atención a pacientes agudos como los de atención a pacientes crónicos y centros residenciales o domicilios, los pacientes ostomizados requieren una atención y un tratamiento especializado que fomente tanto su independencia y calidad de vida como la de sus familiares y cuidadores. El Hospital y la Universidad participan en el programa BPSO®, cuyo objetivo es la implantación de recomendaciones para el cuidado y manejo de la Ostomía entre otras guías para utilizar la práctica basada en la evidencia. Esta Guía ofrece a las enfermeras recomendaciones basadas en la evidencia relacionadas con la evaluación y el tratamiento de personas con colostomías, ileostomías y urostomías, entre los que se incluyen la evaluación y el manejo de la piel periestomal. Esta Guía se centra en tres áreas de atención: preoperatorio, postoperatorio y seguimiento. Está dirigida a todos los individuos ostomizados, durante todo el proceso de cuidados, e incluye las necesidades de la familia y del profesional sanitario. La aplicación de esta Guía está destinada a todos los ámbitos de la enfermería, incluyendo el ámbito clínico, administrativo y educativo.

Objetivo. Evaluar los resultados del cuidado de la Ostomía en atención Hospitalaria al primer año del inicio de la implantación de Guías de buenas prácticas.

Método. Se realizó un análisis preliminar de resultados de datos recogidos desde mayo del 2012 hasta abril del 2013. Análisis observacional, de tipología descriptiva y de evolución. Los datos se presentan también por periodos, t0 (Mayo de 2012 – Agosto 2012), t1 (Septiembre de 2012 – Diciembre 2012), y t2 (Enero de 2013 – Abril 2013). Para la presentación de los datos se utilizaron la media y la desviación típica en caso de variables de carácter continuo y frecuencias y porcentajes en caso de variables de carácter discreto. Para el análisis se utilizó la hoja de cálculo de Microsoft Excel 2007 y SPSS. Diseño: observacional longitudinal prospectivo. Ámbito: Atención Especializada (AE) Sujetos: pacientes adultos ostomizados o preostomizados que acuden tanto ingresados como ambulatorios al hospital. Variables: Edad, Sexo, Tipo de Ostomía, evaluación integral preoperatoria (D1), intervención educativa preoperatoria (D2), intervención educativa postoperatoria (D3), evaluación postoperatoria durante el ingreso (D4), evaluación postoperatoria de seguimiento tras el alta (D5), complicación del estoma durante el ingreso (D6), complicación del estoma durante el periodo de seguimiento tras el alta hospitalaria (D7), complicación de la piel periestomal durante el ingreso (D8), complicación de la piel periestomal durante el periodo de seguimiento tras el alta (D9). Análisis: Descriptivo, medidas de tendencia central y dispersión, frecuencias absolutas y relativas.

Resultados. Se obtuvieron 111 casos, y se analizaron 107 (4 no cumplían criterios de inclusión). Edad media 65,08 años (DT= 15,85); Hombres 79,44 Mujeres 20,56; Tipo de Ostomías: Colostomía: 61,68%; Ileostomía: 14,02%; Urostomías: 24,30%. La medición basal (t0) y la última medición obtenida (t3): D1: t0 0% a t3 32,35%; D2: t0 12,5% a t3 32,35%; D3: t0 29,17% a t3 58,82%; D4: t0 0% a 58,82%; D5: t0 91,30% a t3 100%; D6: t0 Estoma desgarrado: 25%, Estoma Edematoso: 12,5%, Estoma Necrosado: 12,5%, Estoma retraído: 4,17%, Ninguna: 45,83%, Otra: 0%; t3 Estoma desgarrado: 9,68%, Estoma Edematoso: 0,0%, Estoma Necrosado: 0,0%, Estoma retraído: 12,90%, Ninguna: 67,74%, Otra 9,68%. D7: t0 Dehiscencia: 0%, Erosión 0%, Estoma Desgarrado 8,33%, Estoma Prolapsado 8,33%, Estoma Retraído 16,67%, Hernia 0%, Hernia y prolapso 0%, Ninguna 50%, Otra 16,67%, Úlcera 0%, t3 Dehiscencia: 22,22, Erosión 11,11%, Estoma Desgarrado 0,00%, Estoma Prolapsado 0,00%, Estoma Retraído 0,00%, Hernia

22,22%, Hernia y prolapso 11,11%, Ninguna 0,00%, Otra 22,22%, Úlcera 11,11%; D8: t0 Eritema 0,00%, Ninguna 91,30%, Otra 0,00%, Piel irritada 8,70%, t3 Eritema 7,14%, Ninguna 92,86%, Otra 0,00%, Piel irritada 0,00%. D9: t0 Eritema 6,25%, Erosión piel 0,00%, Ninguna 68,75%, Piel con erosión 12,50%, Piel irritada 0,00%, Piel Ulcerada 12,50%, t3 Eritema 0,00%, Erosión piel 0,00%, Ninguna 0,00%, Piel con erosión 0,00%, Piel irritada 100,00%, Piel Ulcerada 0,00%.

Discusión. Se observa una mejora en las valoraciones de las intervenciones educativas realizadas tras la implantación de la guía, así como de las evaluaciones antes y después del postoperatorio, tanto durante el ingreso como al alta. Es necesario continuar haciendo seguimiento que permita valorar los resultados que la implantación de buenas prácticas tiene sobre el cuidado de la Ostomía, especialmente en relación con las complicaciones donde los resultados son más bajos. Esta valoración al año de inicio de la implantación de la guía, nos ha permitido identificar áreas de mejora relevantes que nos orienta a reprogramar algunas actuaciones con el fin de conseguir el objetivo planteado

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. (2009) Cuidado y manejo de la ostomía. Toronto, Canadá. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario

AUTORES/AUTHORS:

Dolors Estrada, Tai Mooi Ho, Josep Agudo, Pietat Arias, Raul Capillas, Elvira Gibert, Mar Isnard, M. José Solé, Anna Salvadó

TÍTULO/TITLE:

Estudio cuasiexperimental de una intervención educativa a pacientes hipertensos

Objetivos: valorar la eficacia de una intervención educativa sobre hipertensión y riesgo cardiovascular dirigida a pacientes hipertensos atendidos en Centros de Atención Primaria y Unidades Especializadas de Hipertensión en la provincia de Barcelona.

Métodos: Se realizó un estudio multicentrico, cuasi experimental, que consistió en la aplicación y evaluación de una intervención educativa a 120 pacientes hipertensos, 62 pacientes atendidos en Atención Primaria y 58 en centros de unidades especializadas de hipertensión, ubicados en la provincia de Barcelona. Todos ellos mayores de 18 años y con tratamiento farmacológico.

Se recogió información sobre edad, sexo, tiempo de diagnóstico de la hipertensión, seguimiento de la hipertensión, percepción de la enfermedad, nivel de estudios y estado ocupacional.

Se realizó un «pre-test» con el fin de analizar los conocimientos antes y después de la intervención educativa a través de un cuestionario validado. La intervención consistió en información oral y escrita, en el que se incluía definición de la hipertensión, factores que favorecen su aparición, problemas que puede provocar y formas de control.

Resultados

La edad media fue 61 años, de los cuales el 59% fueron mujeres. El promedio del diagnóstico de hipertensión fue de más de 10 años en un 36%. En el estudio comparativo entre atención primaria y especializada las variables descriptivas no presentaban diferencias significativas.

Respecto a los conocimientos sobre la hipertensión destaca antes de la intervención que solo el 48% considera a una persona hipertensa a partir de los valores 140/90mmHg, tras la intervención vemos como esta cifra se ha incrementado hasta el 92%, mejorando su respuesta un 44% ($p < 0,001$). En relación a los ítems sobre el riesgo de la hipertensión, en el pre la mayor deficiencia de conocimientos fueron los relacionados con los problemas que produce la hipertensión en el riñón (54%) y en los ojos (58%), ambos aumentaron tras la intervención en un 100%.

Respecto a los conocimientos sobre la medicación, el 51% afirma que no se puede controlar solo con medicación la hipertensión. Después de la intervención es un 87% quien lo afirma, hay un aumento del 36% ($p = 0,004$).

Discusión

El presente estudio demuestra que los conocimientos básicos sobre la hipertensión y el riesgo cardiovascular antes de la intervención siguen siendo bajos en estos pacientes hipertensos, aunque en algunos ítems del cuestionario como en la pregunta “es la hipertensión una enfermedad para toda la vida” han aumentado un poco en relación a estudios anteriores. Aun así, una tercera parte refiere que nadie le ha explicado que es la hipertensión y aún consideran que las cifras de presión arterial se hallan elevadas a partir de 160/95mmHg, cuando el objetivo de presión arterial en la población hipertensa general está por debajo de 140/90mmHg. Al analizar el grado de conocimiento en el post, observamos que la intervención mediante un programa educativo individualizado por parte de la enfermera, en el que incluye información oral y escrita, ha sido efectiva para aumentar el nivel de conocimientos en estos pacientes en todos los ítems del cuestionario, incluso en los que partían de un grado de conocimiento más elevado. Mejorar el nivel de conocimientos de estos pacientes puede ayudar a cambiar los hábitos de vida menos saludables y con ello aumentar su calidad de vida.

Los resultados de este estudio indican que este tipo de intervención mejora a corto plazo el grado de conocimientos de estos pacientes y por tanto, indirectamente, puede suponer la reducción de costos sanitarios dada la magnitud del problema y sus enormes implicaciones tanto de morbi-mortalidad como de costes para el sistema de salud, ya que conlleva a un mayor aumento de las

consultas, ingresos hospitalarios, visitas a urgencias y medicación adquirida que no se consume.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*. 2005;365:217-23. OS.
2. MacMahon S, Alderman MH, Lindholm LH, Liu L, Sanchez RA, Seedat YK. Blood-pressure-related disease is a global health priority. *Lancet*. 2008;371:1480-2.
3. Banegas JR. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en España. Situación actual y perspectivas. *Hipertensión* 2005;22(9) 353-62 .
4. Graciani A, Zuluaga MC, Banegas JR, Leon LM, DelaCruz JJ, Rodr#305;guez-Artalejo F. Mortalidad cardiovascular atribuible a la presión arterial elevada en población española de 50 años o más. *MedClin(Barc)*.2008;131:125-9.
5. Sicras-Mainar A, Velasco-Velasco S, Llopart-Lopez JR, Gonzalez-Rojas N, Clemente-Igeño C, Navarro-Artieda R. Asociación entre el grado de control de la hipertensión arterial, la comorbilidad y los costes en personas de más de 30 años durante el año 2006. *RevEspSaludPublica*.2008;82:315-22.
6. Estrada D, Jiménez L, Pujol E, De la Sierra A. Nivel de conocimientos de los pacientes hipertensos ingresados en un servicio de medicina interna sobre hipertensión y riesgo cardiovascular. *Hipertensión*. 2005;22:54-8.
7. Amado Guirado E, Pujol Ribera E, Pacheco Huergo V, Borrás JM. Conocimiento y cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en la atención primaria: resultados de un ensayo aleatorio. *Gac Sanit*. 2011;25:62-7.
8. Estrada D, Pujol E, Jiménez L, Salamero M, De la Sierra A. Efectividad de una intervención educativa sobre hipertensión arterial dirigida a pacientes hipertensos de edad avanzada. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012;47(2):62-66.
9. Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, Ambrosioni E, Burnier M, Caulfield MJ, et al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *J Hypertens*. 2009;27:2121-58.
10. Pladevall M, Brotons C, Gabriel R, Arnau A, Suarez C, de la Figuera M, Marquez E, et al. Multicenter cluster-randomized trial of a multifactorial intervention to improve antihypertensive medication adherence and blood pressure control among patients at high cardiovascular risk (the COM99 study). *Circulation*. 2010; 122: 1183-91.
11. Paul L, Hastie CE, Li WS, Harrow C, Muir S, Connell JMC, et al. Resting heart rate pattern during follow-up and mortality in hypertensive patients. *Hypertension*. 2010;55:567-74.

AUTORES/AUTHORS:

María Rosa Luque Montilla, Emilia Priego Cubero

TÍTULO/TITLE:

Revisión de calidad de páginas webs sobre enfermería basada en la evidencia

Introducción: La cantidad de información sanitaria que se encuentra en Internet crece constantemente . Internet ha hecho realidad una vieja utopía, la de permitir el acceso e intercambio de información de forma casi inmediata entre la comunidad científica . Las posibilidades de Internet han modificado el estatus del personal investigador, quien ha dejado de ser un acaparador de información, para transformarse en un buscador de información. Diversos trabajos demuestran que las enfermeras utilizan Internet para buscar información (tanto sobre enfermería como sobre otros temas) . Dado que la Enfermería basada en la evidencia es el proceso por el cual las enfermeras toman decisiones clínicas, usando las mejores pruebas disponibles sustentadas en la investigación, su experiencia clínica y las preferencias del paciente en el contexto de los recursos disponibles, Internet juega un papel importante como recurso . Sin embargo, la información en Internet proviene de una gran cantidad de fuentes que no siempre son correctas, por lo que es difícil para el público en general, discernir cuáles son las páginas más indicadas para encontrar información relacionada con la salud.2 Debido a este problema, resulta imprescindible evaluar la calidad de ésta. Evaluar la fiabilidad de la información obtenida a través de internet, es una necesidad cada vez mayor teniendo en cuenta que se calcula que más del 90% de toda la información que hay, se puede encontrar en internet. El problema se centra, no sólo en la cantidad de información, sino también en el comportamiento de quienes la originan.

Desde 1997 se han realizado diferentes propuestas para valorar la calidad de las webs sanitarias. De hecho, en nuestro país existen diversas iniciativas, como las de la Web Médica Acreditada o las de la Agencia Andaluza de Calidad Sanitaria. Por todo ello el objetivo general de este estudio es determinar la calidad de páginas sobre enfermería basada en la evidencia de contenido en español.

Material y métodos: Para la selección de páginas se utilizó las palabras “enfermería basada en evidencia” en Google, en abril de 2013 y se seleccionaron las que cumplieran el criterio de inclusión: contenido en español y de exclusión: contenido de pago o portal comercial, mediante muestreo por conveniencia hasta complementar un total de 13 páginas web. La evaluación de la calidad se realizó según el cuestionario de Bermúdez-Tamayo et al. modificado. Para obtener la puntuación de cada variable, el mismo operador analizó todas las páginas web a fin de evitar la subjetividad y la variación interoperador a la hora de analizar las páginas estudiadas. Para la evaluación de la calidad se calculó el cumplimiento de cada ítem mediante Sí/No. Posteriormente, se calculó el sumatorio de todos los ítems siendo la puntuación máxima 17 y la mínima 0. Se consideró que la calidad de la página web era aceptable si superaba el 70% del cuestionario, regular si se encontraba entre el 70 y el 50, mala por debajo del 50 y buena si era superior al 90%. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS.

Resultados: La puntuación media fue 11,38 d.s 2,18. De las trece páginas web analizadas sólo una superó el 90% del cuestionario, cinco superaron el 70% y una obtuvo menos del 50%, el resto se encontraron entre el 50% y el 70%. Dentro de las dimensiones que evaluaba el cuestionario las que obtuvieron mejor puntuación fueron “Autoría” con un 93,2% de cumplimentación, seguida de “Transparencia y conflicto de intereses” “Accesibilidad” y “protección de datos personales” 83,07%, 78,8% y 69,2 %. Las que peor cumplimentación fueron “Responsabilidad” 36,53% y “Actualización de la información” 7.7 %.

Discusión: La calidad general es aceptable, pero un gran porcentaje tiene calidad regular o mala, resultados similares a los de Conesa Fuentes, et al.4 que analizaron la calidad de web sanitarias en general y mejor puntuaciones que Carrillo Larco, et al1 que analizaron la calidad de web relacionadas con el embarazo. En cuanto al sistema de “Page Rank” estima la popularidad de una página en base al número de enlaces externos que apuntan a esa página , ha de ser cuestionable 4 debido a los resultados tan dispares respecto a las páginas analizadas. El porcentaje en “actualización de la información” es destacable, debido al enorme

dinamismo de la información sanitaria, es especialmente relevante incluir al menos la fecha de actualización. Es adecuado la puntuación de "Protección de datos personales" puesto que tenían recogida una adecuada política de datos, pero la mínima infracción de dicha política influiría en los derechos fundamentales. El alto porcentaje de "Accesibilidad" es por el aspecto de la página, ya que el ítem más negativo fue el referente a personas discapacitadas.

Implicaciones para la práctica: La calidad de las páginas debería ser una preocupación para las enfermeras si desean tener un uso correcto de internet, ya que el concepto de EBE implica perse el uso de una actitud crítica y reflexiva. Además, entre la población que atendemos, cada vez es más frecuente el acceso a internet, y quizás nos plantee preguntas que deberemos responder en relación con la fiabilidad de la información obtenida.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Carrillo-Larco RM et al. Evaluación de la calidad de información sobre el

embarazo en páginas web según las guías peruanas. *rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2012;29(1):76-81.

Gutiérrez Couto U, et al. Recursos en Internet sobre enfermería basada en la evidencia. *Enfermería clínica* 2003;13(2):103-11

Navarro-Arnedo, J.M. Análisis de las páginas web de las Unidades de Cuidados Intensivos de España. *Enferm Intensiva*. 2009;20(4):148-158

Orellana yanez, A; Paravic Klijn, T. Enfermería basada en evidencia:barreras y estrategias para su implementación. *Cienc. enferm*.2007; 13(1)17-24

Conesa Fuentes, M.d.C, et al. Evaluación de la calidad de las páginas web sanitarias mediante un cuestionario validado. *Aten Primaria*.2011;43(1):33-40

Bermúdez-Tamayo C et al. Cuestionario para evaluar sitios web sanitarios según criterios europeos. *Aten Primaria*. 2006;38(5):268-74

Vintró, J. Google, algo más que un buscador (II). *Offarm*. 2006; 25:136-9

Sutherland LA, Wildemuth B, Campbell MK, Haines PS. Unraveling the web: An evaluation of the content quality, usability, and readability of nutrition web sites. *Nutr Educ Behav*. 2005;37:300—5

AUTORES/AUTHORS:

Natividad Méndez Cantera, Virgilia Alegre Ramón

TÍTULO/TITLE:

Evolución de resultados NOC en el diagnóstico NANDA Conocimientos deficientes (diabetes)

2. Objetivos

-Analizar el resultado NOC "Conocimiento:cuidados en la enfermedad", según la variación del Indicador "Régimen terapéutico", entre el ingreso y el alta, después de aplicar las intervenciones enfermeras NIC seleccionadas para el diagnóstico NANDA "Conocimientos deficientes(diabetes)".

-Evaluar el cumplimiento de las intervenciones NIC.

3. Métodos

Ámbito: Unidad Endocrinología del HUCA, Oviedo. Diseño: E. descriptivo transversal retrospectivo. Sujetos: pacientes ingresados tratados con el PC estandarizado N-N-N y con diagnóstico NANDA 00126 conocimientos deficientes (diabetes), tratados con las NIC de enseñanza: 5602 proceso enfermedad, 5614 dieta prescrita, 5616 medicamentos prescritos, 5612 actividad/ejercicio y 5603 cuidados pies. Valoración de la NOC 1824 Conocimiento:cuidados en la enfermedad, mediante el Indicador 182408 Régimen terapéutico entre ingreso y alta (escala Likert del 1 al 5, siendo 1=ninguno, 2=escaso, 3=moderado, 4=sustancial, 5=extenso). Muestra: Estimando mejora media 2 puntos del Indicador tras las NIC y asumiendo que la correlación entre antes y después de las mismas es 0,5, el nº pacientes necesario es de 42 para diferencias significativas al 5% el 80% veces. Variables: edad, sexo, datos hospitalización, parámetros relativos DM, Indicador NOC (dependiente), NIC (independiente). Instrumento: hoja elaboración propia. Análisis datos: v continuas con medias, d típicas, medianas y máximos/mínimos; v discretas con frecuencias absolutas/relativas. Considerando éxito si la evolución del indicador NOC es no inferior 2 puntos, contraste porcentaje de individuos con éxito mediante Chi2. Puntuaciones medias se comparan con pruebas no paramétricas para muestras relacionadas (Wilcoxon). Considerando una $p \leq 0,05$.

4. Resultados

Desde 01 al 09/2012 son 53 casos. Descripción muestra: Edad $m=44,9$ (11-85), 36 hombres (67,9%) y 17 mujeres (32,1%). Ingreso programado 37,7%, urgente 62,5%. Estancia $m=7,4$ días (3-15). El 50,9% DM1, el 49,1% DM2. Con DM previa (tipo 1 y 2) son 31 casos (58,5%) con un tiempo medio de 13,8 años desde el diagnóstico. Con Debut DM son 22 casos (41,5%). Edad media al inicio enfermedad 20,8 años en DM1 y 53,2 en DM2. El IMC medio fue $25 \pm 6,6$ y la HbA1C media $10,9\% \pm 2,6$. Fármacos al alta: insulina 93 (73,5%), ADOS 2 (3,7%) y asociado insulina+ADOS 12 (22,6%). Cumplimiento NIC enseñanza: proceso enfermedad 90,6%, dieta prescrita 100%, medicamentos prescritos 100%, actividad/ejercicio 66% y cuidado pies 62,3%. Variación Indicador NOC: para el total de DM fue una media de $2 \pm 0,9$ al inicio y $4 \pm 0,8$ ($p < 0,001$) al final, lo cual es estadísticamente significativo. Según tipo DM: varía entre $2,4 \pm 0,9$ inicio y $4,4 \pm 0,6$ final ($p < 0,001$) en DM1; para DM2 varía entre $1,5 \pm 0,6$ inicio y $3,6 \pm 0,8$ ($p < 0,001$) final. Según tiempo evolución: DM1 previo va de $2,8 \pm 0,6$ inicio a $4,5 \pm 0,5$ final ($p(0,001)$), DM1 debut entre $1,2 \pm 0,5$ inicio y $4 \pm 0,8$ final ($p(0,001)$); para DM2 previo de $2,1 \pm 0,3$ inicio a $3,8 \pm 0,8$ final ($p(0,002)$), DM2 debut entre $1,1 \pm 0,3$ inicio y $3,4 \pm 0,7$ final ($p(0,001)$). Todos los pacientes avanzan después de las intervenciones de enfermería según la escala NOC. El 71,7% avanzan 2 o más puntos. El 28,3% avanza 1 punto. En el grupo con DM previa (DM1 y DM2) hubo un 45,2% con una puntuación inicial de 1 ó 2 en los conocimientos sobre los cuidados de su enfermedad crónica, para una evolución media de 13,8 años. Para el total de casos encontramos con NOC inicial entre 1-2, al 67,9% y en un NOC final de 3-4-5, al 98,1%.

4. Discusión

Encontramos datos coincidentes con la presentación clínica habitual como la edad media de inicio de la diabetes, IMC, HbA1C, o fármacos al alta, así como con el tipo de ingresos esperado en un hospital de tercer nivel.

La muestra de pacientes diabéticos, tanto en conjunto como estudiada en grupos con diferentes criterios, siempre demuestra un avance en la NOC Conocimiento: cuidados en la enfermedad, como consecuencia de la aplicación de las NIC. Se demuestra un avance medio NOC de 2 puntos desde el inicio al final con significación estadística.

La variación entre la NOC inicial y final nos confirma la efectividad de las intervenciones de enfermería realizadas para conseguir la resolución del diagnóstico Conocimientos deficientes (diabetes).

Las intervenciones NIC de supervivencia se cumplen al 100%, aquellas con menor cumplimiento son las que mejor admiten la derivación a un nivel asistencial inferior para continuar la educación diabetológica.

No encontramos trabajos análogos publicados.

Implicaciones para la práctica clínica:

-Mejorar la educación diabetológica, ya que la DM es una enfermedad crónica, con complicaciones evitables, que precisa de una actualización periódica de conocimientos, como demuestra el 45,2% de diabéticos con larga evolución y escaso nivel en la NOC inicial.

-Asegurar la coordinación entre los diferentes niveles de atención, si la enseñanza comienza en un contexto de ingreso hospitalario debe tener continuidad en el Hospital de Día o en el Centro de Salud.

-La taxonomía NOC es una herramienta eficaz, que está poco explotada, como producto final que nos indica una mejora una mejora o deterioro en el estado del paciente después de ser tratado por enfermería.

-Proponemos visualizar y cuantificar el impacto del trabajo enfermero en el paciente con el instrumento que nos proporciona la taxonomía NOC.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

-NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013.

-Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman J Mc. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier-Mosby; 2009.

-Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier-Mosby; 2009.

AUTORES/AUTHORS:

Javier Iniesta Sánchez, Ángeles del Rosario Sáez Soto, Gloria Muñoz Pérez, Beatriz Caballero Guerrero, José Fulgencio Martínez González, Ramón López Alegría, Mariana Mompeán Garre, Francisco Javier Hernández Noguera, Ana Belén Muñoz Marín

TÍTULO/TITLE:

Estrategias para la prevención y disminución de caídas en el medio hospitalario

Introducción

Las caídas intrahospitalarias son un suceso adverso que ocurre con relativa frecuencia, pese a existir infranotificación o no registrarlo en la historia del paciente. Sus consecuencias pueden incrementar la estancia hospitalaria y la morbilidad del paciente, pudiendo provocar el fallecimiento del paciente como complicación máxima.

Objetivo

Incrementar el cumplimiento de las medidas de prevención de caídas.

Disminuir la incidencia de caídas en las unidades de hospitalización.

Implicar al paciente en la prevención de caídas.

Metodología

Se realizó un estudio cuasiexperimental, sin grupo control, pre-post de las intervenciones de prevención de caídas y notificación voluntaria de caídas, según metodología de ciclo de mejora (Deming), en todas las unidades de hospitalización desde enero de 2012 a mayo de 2013. Criterios seleccionados elaborados por el grupo GREMCCE y se encuentran implantados en todas las áreas del Servicio Murciano de Salud: Valoración del riesgo (E. Downton), frenado de cama; objetos al alcance; barandillas, nº de caídas notificadas, unidad de hospitalización. Se utilizaron técnicas de grupos nominales para la identificación de las causas de incumplimiento y las acciones de mejora que se implementaron (tríptico informativo al paciente, identificación de zonas de riesgo, rondas de verificación, difusión de procedimientos). Tras 6 meses de la implantación se reevaluaron los criterios. Los datos se obtuvieron de los registros del Área de Calidad de Enfermería, para la recogida de los mismos se siguió la guía metodológica de la Subdirección General de Calidad Asistencial. Los resultados se muestran en frecuencias y porcentajes, se presenta el intervalo de confianza del 95%. Para la comparación de las evaluaciones se realizó la prueba z.

Resultados

Incumplimientos: Paciente con valoración de Downton: 1ª evaluación 59(24.08%); 2ª evaluación 49(19.68%). Barandillas: 8(12.9%); 2ª evaluación 8(8.89%). Cama frenada: 100% en ambas evaluaciones. Objetos al alcance del paciente: 4(6.45%); 2ª evaluación 3(3.33%). Tasa de caídas: 1ª evaluación 1.26%; 2ª evaluación 1.08%. No hay diferencias significativas pre-post para ninguno de los criterios evaluados. En el análisis por unidades, sólo una presenta una disminución significativa al pasar de 11 a 4 caídas.

Discusión

1. La inclusión del paciente y familia mediante información específica para ellos sobre recomendaciones de prevención de caídas facilita la implementación de las medidas estandarizadas.
2. El cumplimiento de los indicadores ha mejorado, aunque no existe diferencia significativa entre ambas evaluaciones.
3. La tasa de caídas ha disminuido en el periodo de estudio, en el que se han desarrollado acciones para fomentar la declaración voluntaria de eventos adversos.

Implicación para la práctica clínica

El aumento en la implementación de medidas de prevención implicando al paciente y familia como parte activa disminuye la aparición de eventos adversos que repercuten sobre la estancia y recuperación del paciente, disminuyendo la morbimortalidad y facilitando la reincorporación de los pacientes a su entorno habitual en las mejores condiciones.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Registered Nurses' Association of Ontario. (2005). Prevention of Falls and Fall Injuries in the Older Adult.(Revised). Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.

Instituto Nacional Sobre el Envejecimiento Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Servicio de Salud Pública. Información de salud para las personas de la tercera edad: Caídas y fracturas. En: <http://www.nia.nih.gov/Espanol/Publicaciones/caidas>. Actualizado el 28/11/2007.

Pedrero Castro, S. Prevención de las caídas en el anciano. En: http://www.fisterra.com/salud/1infoconse/prevencion_caidas_anciano.asp. ursing Best Practice

Best Practice. Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing, Margaret Gram. Building, Royal Adelaide Hospital, North Terrace, South Australia, 5000, <http://www.joannabriggs.edu.au.ph>.

Best Practice 1998; 2(2):1-6 ISSN 1329-1874. Centro colaborador español del Instituto Joanna Briggs para los cuidados de Salud Basados en la Evidencia. Acualizado 03-03-06.

Torres Egea, P; Sánchez Castillo, P. Eficacia de las intervenciones de prevención de caídas en pacientes geriátricos institucionalizados. Revisión sistemática y metaanálisis. Nursing. 2007;25(2):56-64.

Santos Laraña, MA; Zapata Elizari, AL; Ollobarren huarte, C; Echebarría Beroiz, C; Claveria Aranguen, M. Prevención de caídas, estrategias de intervención. Rev Rol, Enf. 2007; 30(9): 614-618.

Pineda LLorens, a. Protocolo : prevención de caídas. Hospital General Universitario Virgen de Las Nieves. Granada. Marzo 2007.

López Pérez, M; Dato Valcárcel, F; Gómez González, G; Cerezo Sanmartín, M; Sáez Soto, A.R. Prevención de caídas intrahospitalarias en pacientes de riesgo. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. 2006.

AUTORES/AUTHORS:

Marta Bagot Prats, Verónica Cruz Díaz, María Mercedes Cepeda Bautista, Joana Rodrigo Gil

TÍTULO/TITLE:

La percepción de las condiciones laborales del personal en un hospital público de tercer nivel

Objetivo

Conocer las condiciones laborales según la percepción del personal, en un hospital de tercer nivel.

Metodología

Se ha realizado un estudio descriptivo y prospectivo en el Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona. Se han incluido 295 profesionales sanitarios y no sanitarios, desde junio de 2012 a febrero de 2013, mediante un muestreo de conveniencia. Se clasificaron 3 grupos de categorías profesionales según el nivel académico: el grupo I estaba formado por médicos, farmacéuticos y residentes de medicina; el grupo II por enfermeras, comadronas, trabajadoras sociales, dietistas y fisioterapeutas; y el grupo III por TCAEs y técnicos sanitarios; y el IV por celadores y personal administrativo.

Se han estudiado variables sociodemográficas, laborales y las relacionadas con la percepción de las condiciones laborales del personal del centro, mediante un cuestionario encuesta anónimo. La encuesta consta de una tabla sobre la valoración de las condiciones laborales utilizando una escala numérica del tipo Likert del 1 al 10, definiendo 1 como nada de acuerdo y 10 como totalmente de acuerdo. El análisis estadístico de los datos se han realizado mediante el programa SPSS v.19 para MAC.

Resultados

Se analizaron 295 entrevistas, con una media de edad de 40,24 años (DS=12,22). El 20,7%% eran hombres y el 44,7% estaban casados.

Por estamentos, respondieron el cuestionario un 12,2% del grupo I, un 58,6% del II, un 28,1% del grupo III y el 2% del IV. El 51,5% tenían una antigüedad en la empresa de menos de 11 años y el 28,5% de más de 22 años. En cuanto a la estabilidad laboral, el 40,5% eran estatuarios y el 40,8% estaban contratados. El 61,9% del personal estatuario eran enfermeros, el 47,2% de los interinos eran mayoritariamente TCAEs y el 64,2% de los contratados eran enfermeras. El 70,4% del personal contratado llevaba trabajando en la empresa menos de 11 años y el 88% del personal tenía una antigüedad de más de 22 años eran estatuarios. El 56,4% desempeñaban su trabajo en unidades de hospitalización, el 23,2% en servicios especiales, el 3,2% en continuidad asistencial y el 17,2% en obstetricia y pediatría.

La opinión media sobre las condiciones de trabajo en general fue de 5,75 (DS=1,82), la condición laboral mejor valorada con un 6,34 fue el horario de la jornada laboral y respecto a la participación en actividades en promoción de la salud que se realizada en el centro fue la menos puntuada con un 4,77 (DS=2,16). El 38,1% del personal valoró como nada de acuerdo su estabilidad laboral.

El 66,7% de los médicos y el 52,6% de las enfermeras estaban de acuerdo con las condiciones de salud y su seguridad en el lugar de trabajo, hallándose diferencias estadísticamente significativas ($p=0,000$). El 42,9% de los médicos y el 51,8% de las enfermeras estaban de acuerdo con el ítem "tiempo de trabajo" (horarios, pausas, etc), con diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$). De los que estaban de acuerdo con dicho ítem, un 53,9% tenían una antigüedad inferior a 10 años, un 19,1% entre 11 y 21 años y un 27% más de 22 años en la empresa, con diferencias significativas en relación al resto de profesionales ($p<0,05$). Un 13,9% de los médicos, el 28,2% de las enfermeras y el 29,9% de los TCAEs no estaban nada de acuerdo con la carga de trabajo que tienen, siendo estadísticamente significativo ($p<0,05$).

Respecto a la conciliación de la vida laboral y familiar el 25% de los médicos, el 21,2% de las enfermeras y el 28,8% de los auxiliares, contestaron no estar de acuerdo, datos estadísticamente significativos ($p<0,05$).

Discusión

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Los planes que actualmente aplica el hospital en materia de calidad y gestión incluyen la promoción de la salud para los pacientes, el personal y la comunidad¹.

Uno de los indicadores del estándar de promoción de un lugar de trabajo saludable es la opinión que los empleados tienen sobre las condiciones de trabajo^{1,2}. Este estudio demuestra que los profesionales perciben de mala calidad sus condiciones laborales. Una mejor y mayor la comunicación entre los trabajadores y los directivos serviría para identificar qué condiciones de trabajo se podrían mejorar y, a su vez, planificar los cambios organizativos necesarios conjuntamente. Por tanto, podemos concluir que una mejor organización del hospital, un entorno de trabajo adecuado y cambios en los estilos de gestión pueden contribuir a reducir el desgaste del personal y a su vez mejorar el entorno laboral de los trabajadores^{3,4,5}.

Las organizaciones sanitarias, han de incluir en sus políticas de gestión un plan de medidas facilitadores sobre las condiciones laborales de su personal, con el objetivo de generar procesos de mejora continua por parte de la organización, para conseguir que el trabajador adquiera un nivel óptimo tanto a nivel profesional, personal y familiar, con la finalidad de obtener una buena calidad de vida profesional⁵.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ministerio de sanidad y consumo. La implantación de la promoción de la salud en los hospitales: manual y formularios de autoevaluación. Madrid; 2007. 105p.
2. Agencia de Salud y Servicios Sociales de Montreal. Guía para el fomento de puestos de trabajo saludables en los servicios de salud. Girona; 2012 Dic. 389p.
3. Grau A, Suñer R, García MM. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. GacSanit. 2005; 19(6): 463-70.
4. Pera G, Serra-Prat M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. GacSanit. 2002; 16(6): 480-6.
5. Escribà-Agüir V, Artazcoz L, Pérez-Hoyos S. Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. GacSanit. 2008; 22(4): 300-8.

AUTORES/AUTHORS:

Enrique Castro Sánchez, Nisha Shah

TÍTULO/TITLE:

Alfabetización en salud en emigrantes: revisión sistemática e integradora de la literatura

Objetivos

En la última década se ha sugerido que la alfabetización en salud (AeS) (la capacidad de obtener y comprender la información relacionada con la salud para poder tomar decisiones eficaces respecto a ella), es un factor determinante para el mantenimiento de conductas saludables y la obtención de resultados clínicos óptimos [1,2]. Ciertos grupos de población como los emigrantes son más vulnerables a diversos problemas bio-psico-sociales y deben resolver trabas culturales y legales importantes para acceder a servicios y cuidados [3,4]. Además de los movimientos migratorios clásicos, el impacto mundial de la crisis económica actual ha generado otros movimientos adicionales [5]. La importancia de considerar el nivel de AeS en poblaciones migrantes ha sido recogida en recientes documentos de la Organización Mundial de la Salud [6], y es por ello que se propone explorar el corpus de evidencia e intervenciones centradas en la AeS en emigrantes a fin de poder informar las prácticas enfermeras y de salud comunitaria.

Métodos

Se efectuó una revisión sistemática narrativa de la literatura, interrogando las bases de datos AMED, British Nursing Index, CINAHL, HMIC, Medline, PsycInfo, y Embase, y utilizando la cadena de búsqueda estandarizada sobre AeS disponible en Pubmed. Para artículos en español se utilizaron los términos MeSH equivalentes. Se consideraron tanto estudios cualitativos como cuantitativos (randomizados, cohortes, series temporales), publicados hasta 31/12/2012, en idiomas inglés y español, centrados en programas de cribado o intervenciones de mejora de AeS en emigrantes adultos documentados o indocumentados en cualquier país del mundo. La evaluación de la calidad de los estudios se efectuó mediante la herramienta ICROMS, una plataforma que unifica varios estándares de calidad de estudios cualitativos y cuantitativos y que ya ha sido utilizada en revisiones sistemáticas previas [7,8].

Resultados

Los resultados se presentan de manera descriptiva y narrativa. Se obtuvieron 55 investigaciones en inglés y 0 en español. Geográficamente, 39 estudios (70%) tuvieron lugar en Estados Unidos (EEUU), 9 (16%) en Canada, 1 (2%) en Reino Unido (RU) y 6 (11%) en otros países. No se obtuvieron trabajos realizados en España. En cuanto a grupos a estudio, existió un marcado contraste entre los artículos de EEUU, centrados en 'latinos' y poblaciones fronterizas (17/39 estudios, 43%), y el resto del mundo, que considera migraciones "clásicas" (p. ej. mujeres somalíes en RU). Respecto al contenido, la mayoría de estudios presentaron un perfil clínico, destacando el impacto de AeS en diferentes patologías, siendo la prevención y manejo de cáncer el tema más estudiado (9/55, 16%), seguido del desarrollo y/o validación de herramientas de estratificación de AeS (7/55, %), programas educativos y de apoyo (6/55, 11%) y otras características estructurales de los sistemas nacionales de salud (6/55, 11%).

Discusión con implicaciones para la práctica clínica

La evidencia existente acerca de AeS en emigrantes es modesta y polarizada, con la mayoría de estudios desarrollados en EEUU y por tanto de limitado beneficio para otros entornos a la hora de implantar programas de AeS para emigrantes. Resulta sorprendente la ausencia de estudios llevados a cabo en la Unión Europea, considerando los importantes flujos migratorios dentro de ella y el impulso otorgado a la AeS. Patologías como tuberculosis, virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o estrés postraumático no aparecen entre los estudios seleccionados, sugiriendo áreas de futura investigación. La falta de consenso acerca de las escalas de cribado utilizadas así como su validación en poblaciones emigrantes son obstáculos a resolver.

Este estudio identifica las brechas actuales en la evidencia sobre AeS en emigrantes. Se requieren más estudios centrados en dicha población y en el entorno de la Unión Europea. Las enfermeras tienen una oportunidad única de liderar el desarrollo de escalas validadas que permitan identificar a aquellos individuos con mayores necesidades de cuidados, optimizando el uso de recursos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Nutbeam D (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 15 (3): 259-267.
2. White S, Chen J, Atchison R (2008). Relationship of preventive health practices and health literacy: a national study. *American Journal of Health Behavior* 32 (3): 227-42.
3. Llosada Gistau J, Vallverdú Duch I, Miró Orpinell M, Pijem Serra C, Guarga Rojas A (2012). Acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: la voz de los profesionales. *Atencion Primaria* 44(2): 82-88.
4. Berra S, Elorza-Ricart JM (2009). Salud y uso de los servicios sanitarios en población inmigrante y autóctona de España. *Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM Núm. 2007/08*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Ciencia e Innovación. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya.
5. OECD (2013). *International Migration Outlook 2013*, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/migr_outlook-2013-en
6. World Health Organization (2013). *Health literacy. The solid facts*. Geneva: WHO.
7. Charani E, Edwards R, Sevdalis N, Alexandrou B, Sibley E, Mullett D, Franklin BD, Holmes A (2011). Behavior change strategies to influence antimicrobial prescribing in acute care: a systematic review. *Clin Infect Dis* 53(7): 651-62.
8. Edwards R, Charani E, Sevdalis N, Alexandrou B, Sibley E, Mullett D, Loveday HP, Drumright LN, Holmes A (2012) Optimisation of infection prevention and control in acute health care by use of behaviour change: a systematic review. *Lancet Infect Dis* 12(4): 318-29.

AUTORES/AUTHORS:

Bibiana China Jiméneez, Raúl Arenal González, Javier Espinosa Pérez, M^a Antonia Hernández López, Fátima Osorio Enciso, M^a José Pinto Costales

TÍTULO/TITLE:

ESTUDIO DESCRIPTIVO: INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

OBJETIVOS

Describir la incidencia y el comportamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en niños menores de 5 años de edad que acuden a las Urgencias Pediátricas del Hospital Universitario La Paz (HULP), Madrid, España; en el período de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013.

MÉTODO

Estrategia General de la Investigación:

Estudio descriptivo, prospectivo, de carácter epidemiológico, para identificar factores relacionados con las IRA en menores de 5 años.

Universo:

Niños menores de 5 años que asistan al servicio de Urgencia en el período de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013. (24.836 pacientes)

Muestra:

Niños de ese universo que cumplan los requisitos a continuación expuestos:

- Criterios de inclusión: Diagnóstico primario (al ingreso) de IRA en cualquiera de sus localizaciones (alta o baja, según afecten en el sistema respiratorio las estructuras por encima o por debajo de la laringe). (17.275 pacientes)
- Criterios de exclusión:
 - Niños cuyas historias clínicas ofrezcan datos incompletos.
 - Niños con reingresos por IRA en ese período.

Siguiendo estos criterios, los pacientes que se incluyen en el estudio de las diversas variables tras la firma del consentimiento son 98. Se descartan 5 pacientes: 3 con diagnóstico de gastroenteritis aguda, 1 con broncoespasmo y 1 con fiebre sin foco.

Técnicas y Procedimientos

En primer lugar, entrega del consentimiento informado a los cuidadores del niño por parte de la enfermera del triaje.

Una vez obtenido el consentimiento, se le asignó un número identificativo al niño, siendo recogido en una libreta de datos al que únicamente podían acceder los investigadores, de manera que los datos personales del niño no pudiesen ser conocidos por personas ajenas al estudio.

Para la recolección de los datos de interés se elaboró un cuestionario al efecto. La información se obtuvo a través de una entrevista cara a cara con los cuidadores del niño, de las informes clínicos hospitalarios y mediante llamada telefónica para conocer el seguimiento del niño y otros datos necesarios que no pudieron recogerse en la primera entrevista.

Una vez recogido los datos, se procedió al procesamiento estadístico de los mismos, para llegar a las conclusiones.

Control del sesgo: Se realizó por parte del propio investigador la toma de información.

RESULTADOS

La incidencia de las IRA en niños menores de 5 años ha sido de 33,5% (n=17.275)

Las IRA son más frecuentes en el grupo de edad de 0 a 2 años, con un 61%. El 57% eran varones. La edad media de las madres es 33,4 años. Las condiciones económicas en la gran mayoría consideraban que eran aceptables. Alrededor del 75% de los estudiados viven en ciudad.

La asistencia a guardería o colegio aparece como un factor de riesgo determinante a la hora de la aparición de la enfermedad (63%)

La presencia de hábito de fumar en los cuidadores, siendo los niños "fumadores pasivos", favorece la manifestación de IRA (33%)

La atopia (36%) y la lactancia materna inadecuada (67%) son factores de riesgo importantes, de manera que la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida es un factor protector y siendo la presentación de atopia un factor favorecedor de la presentación de IRA.

El alto volumen de prematuros (< 36 semanas de gestación) dentro de la población estudiada (20%), así como pacientes con bajo peso al nacimiento (<2500 g) (15%), nos indica que existe una fuerte relación.

Los niños con infecciones de repetición (24%), son propensos a incidir con episodios de infecciones respiratorias agudas.

Dentro de la población estudiada el 78,5% han recibido educación sanitaria, lo cual refieren ha sido de ayuda para el cuidado de los menores.

Más del 80% de la población estudiada presentaba IRA Alta, destacando un 33% de Catarros de Vías Altas, un 15% de Laringitis y un 12% de Otitis Medias Aguda. En cuanto a las IRA bajas, un 47% fueron Bronquiolitis y un 46% Neumonías.

Como antecedentes personales encontramos que un 38% había presentado patología respiratoria previamente y un 20% prematuridad.

DISCUSIÓN

La reducción de los factores de riesgo, el seguimiento periódico y la educación sanitaria, constituye una importante estrategia para reducir la incidencia y gravedad de los episodios de IRA.

Considero esencial incrementar a través de las áreas de salud la promoción de hábitos saludables, el tratamiento preventivo actuando sobre estos factores de riesgo modificables para evitar el desarrollo de las IRA y sus complicaciones. Así como, promover la creación de programas progresivos de Educación para salud continuada, con la elaboración del material didáctico adecuado que propicie la adquisición de conocimientos para la adopción de actitudes y conductas protectoras para la salud de los niños y la modificación de comportamientos no saludables.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. MORALES DE LEÓN, Jaime; ACOSTA O., Daniel; ANAYA LORDUY, Fabio; et. al. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Infecciones respiratorias agudas. 2008.
2. MAYEA SÁNCHEZ, Fernando; TOMÉ LÓPEZ, Orlando; SÁNCHEZ PÉREZ, Mayte; et.al. Incidencia de Infecciones Respiratorias Agudas en niños menores de dos años en un Área de Salud. 2003.
3. MORENO RODRÍGUEZ, L. Infecciones Respiratorias Agudas en niños menores de 5 años. 2009.
4. ORTIZ CASTELLANOS, Elpidio; ÁVILA OLIVERA, Sucelis; LINARES ODIO, Annia; et. al. Factores predisponentes de Infecciones Respiratorias Agudas. 2002-2004.
5. DÍAZ-GÓMEZ, Marta. Tratado de Enfermería de la Infancia y la Adolescencia. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. 2006.
6. PIO, Antonio. Standard case management of pneumonia in children in developing countries: the cornerstone of the acute respiratory infection programme. Public Health Cases. 2003.

7. PRIETO HERRERA, María Eulalia; RUSS DURÁN, Guadalupe; REITOR LANDRIAN, Lorena. Factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. 2000.
8. YERO CEDEÑO, Yaneydis. Evaluación del riesgo asociado a las Infecciones Respiratorias Agudas en lactantes del área de Veguitas. 2004.
9. WORLD HEALTH ORGANIZATION, World Health Report - Bridging the Gap. 1996.
10. WORLD HEALTH ORGANIZATION, World Health Report - Making a Difference. 1999.
- 11.ÁLVAREZ-SALA WALTHER, Rodolfo; DE MIGUEL DÍEZ, Javier. Manual de Neumología Clínica. Ed. ERGON. 2009.
- 12.ANCOCHEA BERMÚDEZ, Julio. El 30% de las enfermedades infantiles están asociadas al medio ambiente. 2011.
13. MARTÍNEZ, Cristina. El 30% de las enfermedades infantiles están asociadas al medio ambiente. 2008.
- 14.PRIETO HERRERA, María Eulalia; RUSS DURÁN, Guadalupe; REITOR LANDRIAN, Lorena. Factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. 2000.
- 15.ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Tabla factores de riesgo OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2009.
- 16.ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Tabla mortalidad y morbilidad OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2009.
17. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Prevención y control de infección en enfermedades respiratorias agudas con tendencia epidémica y pandémica durante la atención sanitaria. Pautas provisionales de la OMS. 2007.

AUTORES/AUTHORS:M^a Pilar Catalán Edo**TÍTULO/TITLE:****NOVEDADES EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA A LACTANTES INTERVENIDOS DE ESTENOSIS HIPERTRÓFICA DE PÍLORO**

Objetivo. El propósito del presente estudio es describir las características de los lactantes intervenidos de estenosis hipertrófica de píloro, y evaluar los cuidados y técnicas específicos llevados a cabo por el personal de enfermería, para valorar su influencia en el proceso de curación de la enfermedad.

Método. Estudio analítico retrospectivo de 68 lactantes sometidos a piloromiotomía entre 2009-2012. Variables: edad, peso, tipo de lactancia, época del año en la que aparece enfermedad, días de hospitalización, atención familiar, constantes vitales, nivel de deshidratación, tiempo medio de rehidratación, tiempo de ayuno antes de tolerancia oral, necesidad de colocación de sonda nasogástrica (SNG), horas con SNG durante el ingreso y complicaciones post-intervención. Los datos han sido obtenidos de la revisión de historias clínicas y posteriormente analizados mediante el programa SPSS 19.0.

Resultados. El 86,2% de los lactantes intervenidos son hombres, la edad media es de 37,32 días ($\pm 15,16$), con un peso medio de 3,88 kilos ($\pm 0,66$). Encontramos el mayor porcentaje de aparición de casos en verano (32,3%). El 72,3% de los niños tomaban lactancia artificial. La estancia media de ingreso hospitalario es de 3,28 días ($\pm 2,33$). Sólo un 2% de las historias recoge la información y atención integral al núcleo familiar.

En los dos últimos años se adoptó una pauta de alimentación estandarizada dando como resultado una disminución del número de vómitos entre los lactantes, comparando los niños según el tipo de alimentación, no se encontró relación entre los que se alimentaron con la pauta estandarizada y la aparición de vómitos ($p>0,05$). En el 90% de los lactantes se consideró necesario la colocación de una SNG al ingreso y previo a la cirugía. No se ha encontrado relación entre los pacientes que llevaron SNG y una menor presencia de vómitos postIQ ($p=0,8$), sin embargo, sí que existen diferencias significativas en las horas hasta el inicio de la alimentación oral entre el grupo que llevó SNG postIQ y el que no ($p=0,004$) y entre los que portaban SNG y el mayor número días de ingreso hospitalario ($p=0,000$)

Un 6,2% de los niños intervenidos presentó algún tipo de complicación post-quirúrgica. En un 80% de estos casos se debió a problemas respiratorios como la apnea o el broncoespasmo.

Discusión. Implicaciones para la práctica clínica. Los profesionales de enfermería están en disposición preferente para promover el uso de la lactancia materna exclusiva, como medida que posiblemente disminuiría la prevalencia de la enfermedad.

Entre las medidas asistenciales, se recomienda 1: mejorar la atención integral a la familia, 2: seguir una pauta estandarizada de reinicio de alimentación tras ser intervenido quirúrgicamente que ha demostrado acortar el periodo de ayuno, haciendo que sea la alimentación mejor tolerada, 3: promover una estrecha vigilancia respiratoria para prevenir efectos secundarios respiratorios pos anestésicos como las apneas, y 4: plantearse la necesidad de que el paciente lleve sonda nasogástrica tras ser intervenido, ya que los datos demuestran que no disminuye la aparición de vómitos, y que sin embargo aumenta las molestias ocasionadas al lactante y el tiempo de ingreso hospitalario.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

-Carrera, N., Cerdá, JA., Cañizo, A., Parente, A., Laín, A., Fanjul, M., et al. [Hypertrophic pyloric stenosis: comparison between transversal and supraumbilical incision]. [Article in Spanish]. *Cir Pediatr*, 2010 Apr, 23(2):77-81.

- Panteli, C. New insights into the patogénesis of infantile pyloric stenosis. *Pediatr Surg Int.* 2009 Dec;25(12):1043-52.
- Zamakhshary, MF., Dutta, S., To, T., Stephens, D., Langer, JC., Wales, PW. Seasonal variation of hypertrophic pyloric stenosis: a population-based study. *Pediatr Surg Int.* 2011 Jul;27(7):689-93.
- Osito, DO., Evbuomwan, I. Does exclusive breastfeeding confer protection against infantile hypertrophic pyloric stenosis? A 30 year experience in Benin City, Nigeria. *J Trop Pediatr.* 2009 Apr;55(2):132-4.
- Leinwand, MJ., Shaul, DB., Anderson, KD. A standardized feeding regimen for hypertrophic pyloric stenosis decreases length of hospitalization and hospital costs. *J Pediatr Surg.* 2000 Jul;35(7):1063-5.
- Hernanz-Schulman, M., Zhu, Y., Stein, SM., Heller, RM., Bethel, LA. Hypertrophic pyloric stenosis in infants: US evaluation of vascularity of the pyloric canal. *Radiology.* 2003 Nov;229(2):389-93.
- Mandell, GA., Wolfson, PJ., Adkins, ES., Caro, PA., Cassell, I., Finkelstein, MS., et al. Cost-effective imaging approach to the nonbilious vomiting infant. *Pediatrics.* 1999 Jun;103(6Pt 1):1198-202.
- Cardwell, P., Corkin, D., McCartan, R., McCulloch, A., Mullan, C. Is care planning still relevant in the 21st century?. *Br J Nurs.* 2011 Nov 24-Dec 7;20(21): 1378-82.
- Martinez-Criado, Y., Aspiazu, D., Cabrera, R., De Agustín, JC. [Delayed presentation of hypertrophic pyloric stenosis in infants: an unusual case]. [Article in Spanish]. *An Pediatr (Barc).* 2012 Marc;76(3):169-70.
- Colleliti, JE. Pyloric stenosis. *CJEM.* 2004 Nov;6(6):444-5.
- Chen, EA., Luks, FI., Gilchrist, BF., Wesselhoeft, CW Jr., DeLuca, FG. Pyloric stenosis in the age of ultrasonography: fading skills, better patients? *J Pediatr Surg.* 1996 Jun;31(6):829-30.
- Pedersen, RN., Garne, E., Loane, M., Korsholm, L., Husby, S.; EUROCAT Working Group. Infantile hypertrophic pyloric stenosis: a comparative study of incidence and other epidemiological characteristics in seven European regions. *J Mater Fetal Neonatal Med.* 2008 Sep;21(9):599-604.
- Michalsky, MP., Pratt, D., Caniano, DA., Teich, S. Streamlining the care of patients with hypertrophic pyloric stenosis: application of a clinical pathway. *J Pediatr Surg.* 2002 Jul;37(7):1072-5.

AUTORES/AUTHORS:

María Asunción Picart Nogue, Josefina Patiño Masó

TÍTULO/TITLE:

Terapia inhalatoria en lactantes. Mantenimiento de mascarillas y cámaras inhalatorias por parte de los progenitores.

La vía inhalatoria es de elección para administrar fármacos en el tratamiento de las enfermedades respiratorias agudas, por su escasa distribución en el torrente sanguíneo y su rapidez de acción con pocos efectos secundarios 1.

Objetivos

- Conocer el tipo de mantenimiento y utilización de la cámara y mascarilla, que realizan los padres en la administración de medicación inhalada a sus hijos lactantes.
- Estudiar las diferencias en el mantenimiento y conservación de cámaras y mascarilla de inhalación según edad y procedencia de los padres.

Método

Estudio descriptivo transversal, realizado en el Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona durante el período de enero a marzo de 2009. La población de estudio está constituida por todos los progenitores que tenían hijos lactantes (edad < 3 años) ingresados en la unidad de Pediatría, diagnosticados de bronquitis y bronquiolitis. Se seleccionó una muestra de conveniencia de 48 madres de edades comprendidas entre 18 y 42 años (edad media = 30,02 años y D.T.= 5,61) que de forma voluntaria accedieron a contestar el cuestionario. Se contó con una mediadora cultural.

Las variables demográficas estudiadas fueron: el sexo, la edad, la procedencia y el idioma que comprendían y hablaban las participantes. Se incluyó el diagnóstico médico del/la hijo/a hospitalizado/a.

Se utilizó un cuestionario ad hoc, que tenía como objetivo evaluar las variables relacionadas con la conservación de la cámara inhalatoria por parte de los cuidadores principales del lactante. Se preguntó por: la impregnación de la cámara cuando está es nueva o ha terminado de lavarse, las características de la higiene de la cámara y la mascarilla practicada después de su uso y los productos utilizados. Finalmente, se valoraron las condiciones de la cámara y mascarilla, que usaban de forma habitual para administrar la medicación a su hijo.

Resultados

El 43,8% de las madres tenían una edad igual o menor a 30 años, mientras que el 56,2% eran mayores de 30 años. El 62,5% eran españolas, mientras que el 37,5% eran extranjeras

Significativamente ($p = 0,037$), cuatro de cada diez madres mayores de 30 años y una de cada diez de 30 años o menos, impregnaba la cámara, cuando ésta era nueva o se había lavado.

En mayor proporción, las madres extranjeras (31,3%) impregnaban la cámara cuando ésta era nueva o estaba limpia, respecto a las madres españolas (26,9%).

Un 59,5% de las madres siempre utilizaban el agua y jabón para limpiar la cámara y la mascarilla, un 2,4% utilizaba el agua y jabón sólo algunas veces y un 38,1% sólo las lavaba con agua después de utilizarlas.

Proporcionalmente eran más las madres mayores de 30 años (17,4%) las que lavaban la cámara con la frecuencia correcta (una vez a la semana) que las de menor edad (10,5%). No obstante las diferencias no eran en este caso estadísticamente significativas ($X^2(4) = 1,836$; $p = 0,766$).

Aproximadamente nueve de cada diez madres españolas desmontaban siempre o algunas veces la cámara para limpiarla, mientras que esto sólo ocurría en cinco de cada diez madres extranjeras, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($X^2(2) = 7,995$, $p = 0,018$).

Significativamente ($X^2(2) = 12,883$; $p = 0,002$), casi nueve de cada diez madres españolas tenía la cámara de inhalación en buenas condiciones y ninguna de las que llevaba la cámara al hospital la tenía estropeada. No obstante, entre las madres extranjeras, 4 de cada diez la tenían en buen estado y casi 4 de cada diez la traía dañada.

Discusión

Es necesario impregnar de medicación la cámara inhalatoria antes de utilizarla y asegurar de este modo que al niño le llega la cantidad prescrita y precisa de medicación, tres de cada cuatro madres, no impregnan la cámara (cuando ésta es nueva o se ha lavado) antes de administrar la medicación a su hijo.²

El mantenimiento del material que se utiliza en la técnica inhalada (cámara y mascarilla) es imprescindible para la eficacia del tratamiento³, por ello es recomendable que los profesionales sanitarios insistan a los padres, en la necesidad de que revisen la cámara y la mascarilla periódicamente, para poder administrar correctamente la medicación inhalada prescrita a su hijo.³

Asimismo resulta necesario reforzar en los cuidadores principales los aspectos esenciales respecto al mantenimiento y conservación de los instrumentos de inhalación.

Los resultados de este estudio muestran la importancia que adquiere en la práctica clínica la detección de las necesidades de conocimiento y/o habilidades específicas en los padres respecto a la técnica inhalatoria ya que esto permite individualizar el proceso educativo para que éstos adquieran una mayor competencia en el cuidado de su hijo.^{5,9}

Importancia en la práctica clínica

Detectar las necesidades de conocimiento y/o habilidades específicas en los padres respecto a la técnica inhalatoria permite individualizar el proceso educativo para que éstos adquieran una mayor competencia en el cuidado de su hijo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.- Oca J, Ruiz T, Cacedo R, Gutierrez I, Amparán M, Pérez E. Evaluación de la utilización de la administración de fármacos mediante la técnica de inhalación. *Enferm Clín.* 2004;14(4): 187-93.
- 2.- Fraga MD. Programa Main. Guía para la administración de fármacos por vía inhalatoria-. GlaxonSmithKline.2002; p. 9-78.
- 3.- Castillo JA, De Benito J, Escribano A, Fernandez M, García de la Rubia S, Ibero M et al. Consenso sobre el tratamiento del asma en pediatría. *An Pediatr.* 2007; 67(3): 253-73.
- 4- Corneli HM, Zorc JJ, Majahan P, Shaw KN, Holubkov R, Reeves SD, et al. A multicenter randomized, controlled trial of dexamethasone for bronchiolitis. *N Engl J Med.*2007;357:331-9.
- 5.- Muñoz MT, Hidalgo MI, Clemente J. *Pediatría extrahospitalària: Fundamentos Clínicos para Atenció Primaria.* Madrid: Ergon S.A; 2008
- 6.- Assal JP. Therapeutic patient education for chronic diseases. En: Williams S, Gunn A, editors. *Understanding the global dimension of health.* New York : Springer;2005. p.267-275
- 7.- Saul S, Pérez S. Dispositivos para la inhalción de fármacos . Recomendaciones para su utilización. *Jano.*2005; 1547: 31-4.

8.- Grupo Español para el manejo del asma (GEMA). Guía Española para el manejo del Asma. Madrid : Luzan S.A; 2009

9 – Guía Española para el manejo del asma, para paciente, padres y amigos. Barcelona: Mayo S.A; 2005

10- Gonzalez A. Catarro de vías altas. Guía ABE, Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizada 09/03/2009;citada 1 d'abril 2009]. Disponible en :
<http://infodoctor.org/gipi/>

11.- Muñoz MT, Hidalgo MI, Clemente J. Pediatría extrahospitalaria: Fundamentos Clínicos para Atención Primaria. Madrid: Ergon S.A; 2008

12.- Valverde J, Fernandez J.J. Abordaje de la bronquiolitis aguda. JANO.2007;1657:23-8.

AUTORES/AUTHORS:

MARIA GONZÁLEZ GALLEGO, ROSA M ÁLVAREZ DIEZ, M. JOSÉ RAMOS CARBAJO, ANA ISABEL BARRANCO SANMARTÍN, ESTEFANIA POZA MAURE, DANIEL VIEJO FERNÁNDEZ, NURIA ÁLVAREZ MON, SUSANA MIRÁS CARBALLAL, OLGA ÁLVAREZ ROBLES

TÍTULO/TITLE:

¿CÓMO DESAYUNAN LOS NIÑOS DE 4 A 6 AÑOS Y DE 10 A 12 AÑOS EN NUESTRA ZONA BÁSICA DE SALUD?

Tras haber realizado una revisión sistemática de la literatura científica sobre aspectos actuales del desayuno, nos planteamos realizar un estudio descriptivo en los escolares de nuestra zona de salud para conocer el patrón de alimentación en el desayuno y valorar la necesidad de realizar posibles intervenciones tanto a nivel comunitario como individual.

OBJETIVOS**General**

Conocer el patrón de alimentación en el desayuno, de los niños de 4 a 6 años y de 10 a 12 años de edad de la Zona Básica de Salud Ponferrada II que acuden a la revisión del niño sano, en el periodo de septiembre de 2012 a febrero de 2013.

Específicos

- Conocer las características del desayuno que realizan los niños de 4 a 6 años de edad y de 10 a 12 años de edad cuando desayunan solos o en familia los días de clase y fines de semana.
- Conocer el porcentaje de niños de 4 a 6 años que continúan con biberón
- Conocer el porcentaje de niños que realizan un desayuno completo (triada básica) dedicándole 15 minutos o más
- Conocer la relación entre el hábito de desayunar y el exceso de peso
- Conocer la relación entre exceso de peso (sobrepeso/obesidad) y la procedencia de padres

METODOLOGÍA

Diseño: Estudio poblacional descriptivo transversal

Ámbito de estudio: Zona Básica de Salud Ponferrada II del Área de Salud "El Bierzo".

Sujetos de estudio

Los sujetos de estudio son los niños que acuden a la revisión del niño sano en las edades de 4 a 6 años (n=258) y de 10 a 12 años (n=228) en el periodo de septiembre de 2012 a febrero de 2013, usuarios del Centro de Salud Ponferrada II.

Criterios de inclusión:

Niños que acudan a la revisión del niño sano en las edades de 4 a 6 años y de 10 a 12 años en el periodo de septiembre de 2012 a febrero de 2013 usuarios del Centro de Salud Ponferrada II y cuyo cuidador/responsable acepte participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

Que no deseen los cuidadores/responsables participar en el estudio

Recogida de datos:

La obtención de datos se realizará por enfermeras en la consulta de pediatría durante la realización de la revisión del Programa del Niño Sano.

Los instrumentos empleados son:

- Encuesta a cuidadores/responsables de los niños de 4 a 6 años y a los niños de 10 a 12 años en presencia de aquellos.
- Historia informatizada MEDORA del niño (IMC)
- Hoja de Registro de datos para explotar las variables elegidas (hoja excel)
- Hoja de instrucciones consensuada para unificar criterios de recogida de datos.

Control de Calidad:

Se realizará una prueba piloto de la recogida de datos para valorar posibles correcciones de los instrumentos. Se lleva a cabo la primera semana de agosto de 2012 en las tres consulta de enfermería de pediatría del Centro de Salud Ponferrada II.

Consideraciones Éticas:

Participación voluntaria, consentida e informada de los usuarios/as, garantizando confidencialidad absoluta de los datos conforme la Ley Orgánica 15/1999, respetando los principios fundamentales establecidos en la declaración de Helsinki, en el convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y la biomedicina, así como los requisitos de la Ley 14/2007 de 3 de julio de Investigación Biomédica, y facilitando los resultados del estudio si así lo expresaran.

Análisis de los datos:

Los datos serán procesados y analizados mediante el programa EPI INFOTM

Los resultados se expresarán en función de los objetivos específicos establecidos. Para la presentación se realizarán Tablas y Gráficos utilizando el Programa Excel.

RESULTADOS

Trabajo de campo : Septiembre 2012 / Febrero 2013

Análisis y conclusiones : marzo/ abril 2013

Para la presentación de los datos se utilizan frecuencias y porcentajes

- De los niños estudiados 96.91% desayunan todos los días de clase y 3.07% no lo hace nunca o casi nunca
- Realizan la triada básica. el 17.21% de los niños que desayunan solos y 36.83% de los que desayunan en familia
- Dedicar menos de 15 minutos al desayuno. el 69% de los niños
- Toman biberón el 11% de los niños de 4 a 6 años
- El 100% de los niños que no desayunan tiene exceso de peso
- Encontramos exceso de peso en el 34.80 % de los niños de padres sudamericanos frente al 16.70 % de los niños de padres españoles

DISCUSIÓN. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Si se considera que un desayuno equilibrado debe constar de la triada básica, aportar el 25% de la energía diaria recomendada, dedicarle un tiempo igual o superior a 15 minutos y en familia, los resultados obtenidos nos sirven como referencia para planificar estrategias de intervención a nivel individual y colectivo, en relación con el desayuno de la población infantil de nuestra zona básica de salud.

Nuestro propósito es realizar un nuevo estudio a la misma población transcurridos dos años, para valorar si ha habido modificaciones en el patrón del desayuno tras realizar intervenciones educativas.

La mejora en la calidad asistencial se traduce en mejores resultados de salud en la población infantil de nuestro Área de Salud

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.- Molinero O, Castro-Piñero J, Ruiz J.R, González Montesinos J.L, Mora J, Marqués S. Conductas de salud en escolares de la provincia de Cádiz. *Nutr Hosp* 2010; 25:280-289.
- 2.-Galiano Segovia MJ, Moreno Villares JM. El desayuno en la infancia: más que una buena costumbre. *Acta Peditr. Esp* 2010; 68: 403-408.
- 3.- Ayechu Díaz A, Durá Travé T. Dieta Mediterránea y adolescentes. *Nutr. Hosp.* 2009; 24: 751-762.
- 4.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Estrategia NAOS. Madrid 2005.
- 5.-Díaz Méndez C, Gómez Benito C, Aranceta Bartrina J, Contretas Hernández J, González Alvarez M, García Arnaiz M, Herrera

- Racionero P, León Arce A, Luque E, Menéndez Tatterson M. Alimentación, Consumo y Salud. 1ª ed. Barcelona: Fundación la Caixa, 2008.
- 6.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Campaña "Despierta, desayuna, come sano y muévete".Madrid 2007.
- 7.-Torresani M E,Giusti L, Acosta S, Raspini M, Dona A. Calidad del desayuno según horario escolar en los adolescentes del colegio ILSE UBA .Rev. Esp. nutr. Comunitaria 2009; 15:123-128.
- 8.-Amat Huerta MA, Anuncibay Sánchez V, Soto VolanteJ, Alonso Nicolás N, Villalmanzo Francisco A, Lopera Ramírez S. Estudio descriptivo sobre hábitos alimentarios en el desayuno y almuerzo de los preadolescentes de Viladecans (Barcelona). Nure Investigación 2006; 23 (9)
- 9.-Wärnberg J, Ruiz J R, Ortega F B, Romero M, González- Gross M, Moreno L A, García-Fuentes M, Gómez S, Nova E, Díaz L E, Marcos A, Estudio AVENA (alimentación y valoración del estado nutricional en adolescentes) Resultados obtenidos 2003-2006. *Pediatr integral* 2006; 1:50-55.
- 10.- González Rodríguez MP, Rosa Morales V. Los adolescentes que consumen comida rápida y no desayunan tienen más riesgo de ser obesos en la vida adulta. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2008; 10:125-9.
- 11.- Neumark-Sztainer D, Eisenberg E, Story M, Fulkerson A, Proyecto EAT "Comer entre adolescentes" de la Escuela Pública de la Universidad de Minnesota. *Rev pediatrics Adolesc Med* 2008; 162:17-22.
- 12.-Nickals T. Concern over Reddy to eat breakfast cereals. *Journal of the American Dietetic Association*. 2008; 108:1616-1617.
- 13- Herrero Lozano R, Fillat Ballesteros J C. Influencia de un programa de educación nutricional en la modificación del desayuno en un grupo de adolescentes. *Nutr. Clín. Diet. Hosp*. 2010; 30:26-32.
- 14- Moreno Villares JM, Galiano Segovia MJ. La comida en familia: algo más que comer juntos. *Acta pediatr esp*. 2006; 64:554-558.

AUTORES/AUTHORS:

Cristóbal Meseguer Liza, Francisco López Villalba, Pedro Ángel López Miñarro, Pedro Luis Rodríguez García

TÍTULO/TITLE:

Relación entre la realización de ejercicio físico y el consumo de alcohol en adolescentes

Objetivos.

El consumo de alcohol entre la población adolescente ha provocado en los últimos años un serio incremento de la morbilidad relacionada con este hábito de consumo, y constituye una gran preocupación social y sanitaria. Las causas de adquisición de hábitos nocivos para la salud se encuentran relacionadas con aspectos psicológicos, personales y sociales, circunstancia que exige un análisis multifactorial de todos aquellos elementos que influyen en la generación y mantenimiento de los mismos.

Así, desde que en 1974 el Informe Lalonde se convirtiese en referente de las políticas de salud pública y promoción de la salud, nuestra sociedad y sus profesionales sanitarios han interiorizado determinados discursos respecto al fomento y protección de la salud. Uno de ellos puede ser que la realización de ejercicio físico no solo mejora la salud sino que protege de la adquisición de hábitos no saludables.

Es por ello que en este trabajo pretendemos:

- 1º.- Identificar las preferencias de los adolescentes de los agentes suministradores de mensajes preventivos sobre el consumo de alcohol.
- 2º.- Determinar las preferencias de los adolescentes para la transmisión de los mensajes preventivos sobre el consumo de alcohol.
- 3º.- Establecer la relación entre la realización de ejercicio físico y el consumo de alcohol por parte de los adolescentes.

Método.

Ámbito: Centros públicos de Educación Secundaria de la Región de Murcia.

Diseño: Estudio descriptivo, transversal.

Sujetos: Adolescentes de edades comprendidas entre 14 y 17 años de acuerdo a un muestreo representativo estratificado y polietápico.

Variables: Variables sociodemográficas, así como relativas al proceso de educación para la salud de los adolescentes respecto al consumo de alcohol y a la realización de ejercicio físico.

Instrumentos: Para las variables sociodemográficas y relativas al consumo de alcohol se diseñó y validó un cuestionario autocumplimentable de 17 preguntas con respuestas tipo Likert. Para valorar la dimensión ejercicio físico se utilizó el Índice de Actividad Física Habitual para Adolescentes (IAFHA).

Análisis: Estadística descriptiva y pruebas no paramétricas mediante tablas de contingencia y X² de Pearson.

Resultados:

La muestra obtenida estaba integrada por un 48,7% de chicos y 51,3% de chicas, que iniciaron la ingesta de alcohol a una edad promedio de 13 años. Esta sustancia es considerada una droga por el 70% de los adolescentes.

Notifican un consumo mayoritario de fin de semana, junto a sus iguales, si bien las ingestas más importantes no se relacionan con la calle.

La mayoría considera haber recibido información suficiente acerca de los efectos nocivos del consumo de alcohol, principalmente en los centros educativos.

Más de la mitad prefiere que sean profesionales sanitarios quienes les informe, sobre todo de menor edad.

No se ha encontrado una asociación significativa entre la realización de algún tipo de ejercicio físico durante la semana y el nivel de

ingesta de alcohol, independientemente del género.

Discusión.

El peso específico del alcohol como droga socialmente aceptada queda patente cuando analizamos las consideraciones que los adolescentes realizan en relación a la información recibida. Además, los resultados ponen de manifiesto la distancia entre los elementos conceptuales asumidos por los adolescentes y los estilos de vida desarrollados pese a que los adolescentes otorgan un valor añadido al profesional sanitario que les aborda con mensajes acerca del consumo de alcohol, incluso por encima del grupo de iguales. A esta circunstancia se añade que se identifican más con el discurso de dichos profesionales cuanto menores es su edad. Este hecho es característico de la cercanía del profesional de enfermería a sus pacientes/usuarios, no solo conceptualmente, sino que no podemos obviar las numerosas experiencias que desde la formación pregraduada realizan multitud de estudiantes en los centros de educación secundaria.

Sin embargo, parece indudable que el abordaje actual preventivo en la educación secundaria, cuando el consumo ya se ha iniciado, resulta, cuando menos insuficiente, basado en campañas disuasorias de escasa duración temporal y que, por tanto, difícilmente pueden competir con factores predisponentes dentro del entorno escolar mucho más intensos.

Así pues, una intervención de prevención del consumo de alcohol y de promoción de la realización de ejercicio físico por parte del profesional de enfermería, integrado en el entorno cotidiano escolar podría contribuir a reducir de manera efectiva el consumo posterior de dicha sustancia.

Implicaciones para la práctica.

La proximidad y edad del interlocutor del mensaje preventivo constituye una oportunidad para abordar la prevención del consumo desde la edad infantil, escolar, antes de que inicie la ingesta y todas sus características, desde la integración del profesional de enfermería en el ámbito escolar.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Aubá, J. (2005). Adolescentes, alcohol y atención primaria. *Aten Primaria*; 36(6), 297-305
- Barba, J., Barba, F.J., Domínguez, G. y Sánchez, JA. (2004). Adolescentes, consumo de alcohol y actividad físico-deportiva. *Lecturas: Educación Física y Deportes. Revista Digital*, 10(70). Disponible en <http://www.efdeportes.com/efd70/alcohol.htm>
- Beck, F.; Legleye, S. and Spilka, S (2006). Les drogues à 17 ans. Évolutions, contextes d'usages et prises de risque. Resultats de l'enquête nationale ESCAPAD 2005. Saint-Denis : Observatoire française des drogues et des toxicomanies.
- Calafat, A. (2002). Estrategias preventivas del abuso de alcohol. *Adicciones*, 4(Supl. 1), 317-335.
- Castellana, M. (2005). El adolescente y sus personas significativas. *Rev ROL Enf* 2005, 28(9), 579-588.
- Castillo, I.; Balaguer, I. y García, M.L. (2007). Efecto de la práctica de actividad física y de la participación deportiva sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia en función del género. *Revista de psicología del deporte*, 16(2), 201-210.
- Centers for Disease Control and Prevention (2008). Youth Risk Behavior Survey (YRBS-2007). *MMWR*; 57(Nº SS-4), 14-36. Disponible en <http://www.cdc.gov/mmwr>.
- El-Sayed, M.; Ali, N. and El-Sayed Ali, Z. (2005). Interaction between alcohol and exercise. *Sports Med*, 35(3), 257-269.
- Fisher, L.; Williams, I.; Austin, B.; Camargo, C. and Colditz, G. (2007). Predictors of Initiation of Alcohol Use Among US Adolescents. Findings From a Prospective Cohort Study. *Arch Pediatr Adolesc Med*; 161(10): 959-966.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare

Organización Mundial de la Salud (2010). Recomendaciones mundiales sobre actividad Física para la salud. Ginebra: OMS
Rodríguez E, Aguirre JC, Rodríguez MJ, Solana MI, Ródenas M, Rodríguez F. Programa CASERÍA (Cuestionario de hábitos saludables en primaria). Paraninfo Digital [en línea]. 2011;nº 12. Acceso realizado el 14 de marzo de 2012.

AUTORES/AUTHORS:

Miriam Lopes, Ingrid Reny Ribaldo, Edilaine C. S. Gherardi Donato

TÍTULO/TITLE:

El consumo de alcohol, el estrés laboral y los factores asociados con el personal de una universidad pública

Objetivos: Identificar la prevalencia de consumo de alcohol y prueba de su asociación con variables sociodemográficas, económicas, laborales y estado de salud de la Universidad de los servidores públicos. **Material y Métodos:** Estudio epidemiológico, exploratorio de corte transversal con la participación de 925 técnicos-administrativos de una universidad pública en el estado de Sao Paulo. La coleta de datos se realizó mediante la aplicación de tres instrumentos: Cuestionario de características sociodemográficas, económicas y de empleo, el AUDIT(1) y la Job Stress Scale(2). Proyecto aprobado del Comité de Ética de la EERP/USP. Se realizó un análisis descriptivo de las características de la muestra y un Odds Ratio (OR) como medida de asociación, estimada por el análisis de regresión logística bivariada y multivariada, utilizando el modelo jerárquico(3) creado para las variables de entrada. Para controlar las variables de confusión se llevaron a cabo con $p \leq 0.20$. Asociaciones se consideraron significativos valores de $p \leq 0.05$. **Resultados:** Aumento de la incidencia del sexo femenino (54.92%), casados (65.84%), con una edad media de 43.08 años, los ingresos universitarios (50.27%) y el promedio per cápita de \$ 1,333.18. La duración media de empleo fue de 13.5 años, la mayor parte de las funciones de nivel medio (52.76%) y la función más adecuada para realizar el nivel de educación (52.97%). La prevalencia del consumo problemático de alcohol fue 13.19%, con 27.35% de los abstencionistas. El consumo excesivo episódico (borrachera) fue 36.75%, además, el 5.8% han causado problemas a sí mismos o a otros después de beber y el 6.2% informó que un familiar, amigo o doctor se ha preocupado con su forma de beber. Los fumadores activos fue del 13.95%. Los niveles de exposición al estrés en el trabajo, el 30.6% presenta un bajo desgaste, mientras que 18.6% tenían al desgaste, lo que pone en estrés laboral. Mayores posibilidades de uso problemático del alcohol: los hombres (OR = 4.51; IC 95%: 2.92 a 6.97), tabaquismo (OR = 3.87; IC 95%: 2.23 a 6.70) y haber educación primaria (OR = 1.8; IC 95%: 1.00 a 3.27). Por otro lado, cuanto menor sea el tiempo de vínculo con la institución, menores serán las posibilidades de uso problemático del alcohol. **Conclusión:** En la práctica, los planes de futuro de las intervenciones, tales como promoción de la salud y la prevención en el lugar de trabajo, debe considerar las características de riesgo: ser varón, fumar y tener la escuela secundaria. Gracias a la FAPESP por el apoyo financiero y el CNPq para la beca de maestría.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. LIMA, C.; FREIRE, A. C. C.; SILVA, A. P. B.; TEIXEIRA, R. M.; FARRELL, M.; PRINCE, M. Concurrent and construct validity of the audit in an urban Brazilian sample. *Alcohol and Alcoholism*, London, v.40, n.6, p.584-89. 2005.
2. ALVES, M. G. M. Pressão no trabalho: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no Estudo Pró-Saúde. 2004. 261 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.
3. VICTORA, C. G.; HUTTLY, S. R.; FUCHS, S. C.; OLINTO, M. T. A. The role conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *International Journal of Epidemiology*, London, v.26, n.1, p.224-227. 1997.

AUTORES/AUTHORS:

Núria Farré Pagès, Maria Roser Roig Tribó, Miguela Martínez Orduna, Marta Morell Pardo, Eva Maria Artigues Barberà, Joan Torres Puig-gros, Isabel Quintas Pérez

TÍTULO/TITLE:

Abordaje de las infecciones de transmisión sexual en atención primaria: nuevos retos para enfermería

1. Objetivos

Conocer la prevalencia de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en dos áreas de salud urbanas de diferentes niveles socioeconómicos.

Conocer el perfil (edad media, género y país de origen) de los pacientes con ITS.

2. Métodos

Estudio descriptivo transversal de 2 áreas básicas de salud (ABS) urbanas. ABS 1: con un nivel socioeconómico medio-alto. ABS 2: con un nivel socioeconómico bajo y un alto porcentaje de inmigración. Población atendida >15 años: 50870 habitantes. Se observó el registro en historia clínica (HC) informatizada de sífilis, chlamydia trichomatis, gonococia, virus papiloma humano (VPH), virus herpes simple genital (VHS) y trichomonas vaginalis. Las variables recogidas fueron: la edad, el género y el país de origen. La información se presentó en forma de distribución de frecuencias con el IC95% y las variables cuantitativas se presentaron a través de la media y desviación típica.

3. Resultados

ABS 1, nivel socioeconómico medio-alto: N: 107. Edad media 36,7 años. (DE +/-11,9). 72 hombres, 35 mujeres. Prevalencia ITS: 0,3% (IC95%, 0,2-0,4). VPH 72,9% (78), Sífilis 18,7% (20), VHS 7,5% (8), Gonococia 0,9% (1), no se encontraron casos de Trichomonas.

Respecto al país de origen de los pacientes con alguna ITS, el 75,6% (59) con VPH son de origen español, el 3,8% (3) son de Brasil, otro 3,8% (3) de Marruecos, el 2,6% (2) de Rumania, el 2,6% (2) son de Egipto; el resto < al 2% son de otras nacionalidades y el 3,8% se desconoce origen. Con respecto a la Sífilis, el 40% (8) son españoles, el 15% (3) proceden de Guinea Ecuatorial y otro 15% (3) de Rumania, el 10% (2) son de Marruecos; el resto < al 5% son de otras nacionalidades y en un 10% se desconoce su origen. Por lo que respecta al VHS, 100% (8) son españoles.

ABS 2, nivel socioeconómico bajo. N: 85. Media de edad 36,8 años (DE +/- 9,5). 41 hombres, 44 mujeres. Prevalencia ITS: 0,5% (IC95%, 0,4-0,6). VPH 52,9% (45), Sífilis 30,6% (26), VHS 1,2% (1), Gonococia 2,4% (2), Chlamydia 12,9% (11).

País origen de los pacientes con ITS: en relación al VPH: el 55,6% (25) son españoles, el 13,3% (6) de Marruecos, el 6,7% (3) de Rumania, 4,4% (2) de Nigeria, Rusia y Mali, el resto < 3% son de otras nacionalidades. Por lo respecta a la Sífilis: el 19,2% (5) es de Guinea Ecuatorial, un 15,4% (4) son españoles y 7,7% (2) de Guinea, Mauritania, Senegal y Colombia; el resto de nacionalidades son < al 4% y el 11,5% son de país de origen desconocido. Respecto al VHS: 100% (1) es español. En relación a la Gonococia: un caso 50% (1) es español y el otro 50% (1) de Marruecos. Respecto a los casos de Chlamydia: un 45,5% (5) son Marruecos y el resto <9,5% (1) son de otras nacionalidades (Polonia, Cameron, Guinea Ecuatorial, Rumania, Rusia).

4. Discusión

A pesar de que hay una gran diferencia entre las dos ABS en relación a su nivel socioeconómico y a la población inmigrante que atiende, no se han observado diferencias respecto al país de origen ya que la mayoría de la población con diagnóstico de ITS es de origen español. Por otro lado, se observa una media de edad similar entre las dos ABS. Teniendo en cuenta la escasa prevalencia de ITS en relación a la población asignada, es necesario un buen registro de los antecedentes patológicos para establecer una estrategia que mejore el diagnóstico de ITS.

Los profesionales de enfermería de AP cuentan con un instrumento muy útil, como es la historia clínica del paciente. De la misma

manera que se pregunta sobre otros aspectos de la salud, hay que incorporar el abordaje de la salud y la conducta sexual en la historia clínica de las personas.

Este abordaje debe hacerse no sólo cuando las personas consultan por algún tipo de problema relacionado con las ITS sino también en el contexto de las actividades preventivas y de promoción de la salud en general, y muy especialmente de aquellas que tienen relación con la salud sexual y reproductiva, tarea que ejerce la enfermera de AP en su consulta diaria.

De esta manera se puede hacer una intervención precoz (diagnóstico y tratamiento) y, al mismo tiempo, poner en marcha actividades de consejo, apoyo y educación sanitaria, trabajando junto con los pacientes en cuestiones como saber identificar y valorar el riesgo de padecer una ITS; conocer y saber identificar los signos y los síntomas de las ITS; saber cómo minimizar los riesgos frente a estas infecciones, conocer las necesidades y las dificultades a la hora de adoptar las medidas preventivas; adquirir las habilidades para la utilización correcta de los métodos de barrera, facilitar el cambio de determinadas prácticas de riesgo por otras de riesgo menor; conocer las utilidades de las vacunas y de los cribados, y valorar la importancia del diagnóstico y el tratamiento correcto de la persona infectada y de sus parejas sexuales.

Los profesionales enfermería de AP se encuentran en un proceso de cambio de rol, donde han aumentado sus competencias y entornos de intervención que los capacita para asumir nuevos retos en sus ámbitos de trabajo.

La atención primaria de salud y el personal de enfermería, se mantienen como un entorno favorable para la educación para la salud en relación a la salud sexual y los consejos educativos sobre ITS.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Calmet, M., Domínguez, A., Barrabeig, I., Sanz, B., Armengol, P., & Boronat, J. (2003). Enfermedades de transmisión sexual. Evaluación de los objetivos del Plan de salud de Cataluña para el año 2000. *Med Clin (Barc)*, 121(Supl 1), 87-93.

Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2009. (Consultado el 25/05/2013.) Disponible en:

http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/VigilancialTS1995_2009.pdf

Corbeto, E. L., Lugo, R., Martró, E., Falguera, G., Ros, R., AVECILLA, A., ... & Casabona, J. (2011). Prevalencia de la infección por *C. trachomatis* y *N. Gonorrhoeae* y determinantes para su adquisición en jóvenes y adultos-jóvenes en Cataluña. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 29(2), 96-101.

Godoy, P. (2011). La vigilancia y el control de las infecciones de transmisión sexual: todavía un problema pendiente. *Gaceta Sanitaria*, 25(4), 263-266.

Jansà, J. M., & García de Olalla, P. (2004). Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gaceta sanitaria*, 18, 207-213.

Mayans, M. V., Colomo, B. S., Varela, E. L., & Egea, P. A. (2004). ORIGINAL BREVE Infecciones de transmisión sexual en Barcelona más allá del 2000. *Med Clin (Barc)*, 122(1), 18-20.

Ross, J., Ison, C., Carder, C., Lewis, D., Mercey, D., & Young, H. (2006). Sexually transmitted infections: UK national screening and testing guidelines. Screening Guidelines Steering Committee (Bacterial Special Interest Group of BASHH) commissioned by Clinical Effectiveness Group.

Scharbo-DeHaan, M., & Anderson, D. G. (2003). The CDC 2002 guidelines for the treatment of sexually transmitted diseases: implications for women's health care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 48(2), 96-104.

Workowski, K. A., & Berman, S. M. (2007). Centers for Disease Control and Prevention sexually transmitted diseases treatment guidelines. *Clinical Infectious Diseases*, 44(Supplement 3), S73-S76.

World Health Organization. (2010). Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015: Breaking the chain of transmission. Geneva (Switzerland): WHO; 2007. (Consultado el 25/05/2013) Disponible en : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241563475/en/index.html>

AUTORES/AUTHORS:

María Amorín Bayón, Laura Eiriz Manzano, María Luisa López González, Alberto Lana Perez

TÍTULO/TITLE:

Riesgo de cáncer vinculado a conductas en profesionales de enfermería y usuarios de atención primaria de salud

Introducción

El control de las conductas de riesgo de cáncer es encomendado, entre otros, a los profesionales de atención primaria, que podrían ser más eficaces si fueran capaces de dar ejemplo a los usuarios del sistema de salud.

Objetivo

Describir y comparar la actitud hacia la prevención primaria del cáncer de los profesionales de enfermería (PE) de Atención Primaria (AP) y la de sus pacientes (UAP).

Métodos

Estudio descriptivo trasversal de una muestra representativa de PE y otra oportunista de UAP de los centros de AP del Principado de Asturias, con edades comprendidas entre los 21 y 65 años. Un cuestionario autoadministrado y validado fue utilizado para medir la actitud hacia 6 conductas de prevención primaria del cáncer (no fumar ni beber en exceso, seguir una dieta saludable, controlar el peso corporal y no exponerse al sol o sustancias cancerígenas del medio laboral), un indicador del Riesgo Conductual Total de cáncer (RCT) (medido de 0 a 100 puntos) y variables sociodemográficas de los PE y UAP.

Resultados.

Respondieron 899 sujetos, de los cuales 412 (45,8%) eran PE y 487 (54,2%) UAP. De los PE, el 82% eran mujeres, con edad media de 43,5 años y habían trabajado 20,4 años de media hasta el momento de contestar, 12,8 de ellos en AP. Un 53,1% participó en cursos de formación en Educación para la Salud, menos en prevención de cáncer (15,4%). La actitud total media fue de 65,6 puntos (su rango posible era ± 124 puntos) y se relacionó de forma inversamente proporcional con la edad y los años de profesión. También se relacionó con el sexo, la situación contractual y la formación. Con respecto a las conductas, un 25,2% de los PE fumaba, el 10,2% afirmó beber alcohol, el 22,1% mantenía una alimentación de riesgo, el 33,0% tenía sobrepeso, el 14,6%, riesgo solar y el 7,0% riesgo laboral. La media de RCT fue 19,5 puntos que se relacionó fundamentalmente con menos años trabajados en AP, ausencia de formación en prevención del cáncer y actitud negativa. En cuanto a los UAP, el 60,4% eran mujeres de 44,3 años de edad media. La actitud alcanzó 33,4 puntos y se relacionó con la edad y tener familiares con cáncer. En este caso, un 30,0% de los UAP fuma, el 14,4% afirmó beber alcohol, el 36,9% tenía una dieta de riesgo, el 51,7% tenía peso inadecuado, el 21,7% riesgo solar y un 5,6% riesgo laboral. La media de RCT fue 30,9 puntos y se relacionó con la edad y el sexo. En general, los PE realizan menos conductas de riesgo, por lo que ser UAP aumentó la probabilidad de tener un elevado RCT (coeficiente $B=5,4$; $p<0,05$) y ser hombre todavía más (coeficiente $B=8,2$; $p<0,001$).

Discusión

Cuanto mayor es la edad de los PE, peor es su actitud hacia la prevención del cáncer. Se necesita intervenir sobre los profesionales de más edad para mejorar su actitud preventiva y evitar la desmotivación que parecen introducir los años de trabajo. Una buena forma de lograrlo sería realizando formación en prevención del cáncer, ya que esta además se asoció con una actitud más positiva y un menor riesgo conductual, hallazgo que señala la importancia de formar a los PE en la prevención del cáncer. En cambio, entre los pacientes, la actitud media se incrementa con la edad. Los pacientes de más edad llevan más tiempo recibiendo consejos

preventivos, circunstancia que podría explicar su mejor actitud. Por tanto, se deben centrar las intervenciones en las personas jóvenes y tratar de adelantar la adquisición de la actitud positiva que se produce con el paso de los años. Los pacientes sin familiares con cáncer tienen mejor actitud y menor riesgo. Esto hace pensar que las conductas de riesgo son transmisibles, de forma que en las familias donde hay más experiencias de cáncer es común encontrar mayor agregación de conductas de riesgo. La media de puntuación en enfermeras fue casi el doble que la puntuación de los pacientes, lo cual sugiere que el colectivo enfermero pueden funcionar como ejemplo de los UAP. Los pacientes tenían puntuaciones más altas en el indicador RCT que la de los PE. Teniendo en cuenta que el RCT disminuye con una buena actitud, si el punto anterior se cumple, se lograría que este RCT fuera menor. En resumen, los PE idóneos para la educación preventiva de cáncer son mujeres jóvenes y con formación en prevención de cáncer. Los UAP más beneficiados con la educación preventiva de cáncer son hombres jóvenes y con antecedentes de cáncer. Los PE tienen una actitud y unas conductas preventivas considerablemente mejores que los UAP. Resultaría beneficioso capacitar al PE para transmitir adecuadamente estas conductas a sus pacientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Harlem G, Knivvslund S, Sepúlveda C. Programas nacionales de lucha contra el cáncer. Directrices sobre política y gestión [Monografía en Internet]. 2ª ed. Ginebra: WHO Health & Development Network; 2002. [Acceso 4 ene 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/media/en/423.pdf>
- Tomatis L, Melnick RL, Haseman J, Barrett JC, Huff J. Alleged misconceptions' distort perceptions of environmental cancer risks. FASEB J. 2001 Jan;15(1):195-203.
- Danaei G, Vander S, Lopez A, Murray C, Ezzati M. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. Lancet. 2005; 366(9499): 1784-93. D
- Tomatis L. The IARC monographs program: changing attitudes towards public health. Int J Occup Environ Health. 2002 Apr-Jun;8(2):144-52.
- Boyle P, Autier P, Bartelink H, Baselga J, Boffetta P, Burn J, Burns HJ, Christensen L, et al. European Code Against Cancer and scientific justification: third version (2003). Ann Oncol. 2003a; 14(7): 973-1005.
- Observatorio del cáncer. OncoBarómetro, percepción y conocimiento de factores de riesgo de cáncer [Internet]. Madrid; 2012. [Acceso 7 ene 2013]. Disponible en: https://www.aecc.es/Investigacion/observatoriodelcancer/Estudiosrealizados/Documents/Resumen_ejecutivo_OncoBarometro_conocimientofactoresriesgo.pdf
- Gotay CC. Behavior and cancer prevention. J. Clin. Oncol. 2005; 23(2), 301-310.
- López ML, Iglesias JM, García-Cueto E, Fernández JM, García JB, Del Valle MO, Lana A, Cueto A. Attitude to primary prevention advice of the European Code against Cancer in relatives of cancer patients: implications for the development of preventive programmes. Psicothema 2006; 18:478-484.
- Fernández ML, Sánchez M. Diferencias en las actitudes respecto al tabaquismo de las médicas y enfermeras, de Atención Primaria y Especializada, de la Comunidad de Madrid. Centro de Salud 2000; 8: 150-154.
- Casas F, Sánchez M. Tabaquismo: prevalencia y actitudes entre los estudiantes de Enfermería. Educare-21 [revista en internet]. 2004 [Acceso 1 mar 2013] 2(1) Disponible en: http://www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/revistas/Educare21/2004/04/4024.pdf
- Pera G, Serra-Prat M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. Gac Sanitaria. 2002 Nov;16(6): 480-6.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves VIII

Session of Oral Brief Presentations VIII

AUTORES/AUTHORS:

Seher Ünver, Meltem Yildirim, Neriman Akyolcu, Nevin Kanan

TÍTULO/TITLE:

FROM CORRECT WORD TO CORRECT CARE: WRONG USAGE OF THE TERM PRESSURE SORE AMONG TURKISH NURSES

Introduction: Establishing a standard healthcare terminology is essential for systematic term usage and standardized work forms. It is also important for determining, collecting, reporting statistical data and making easy research via sources so that easier information discovery. A pressure ulcer can be defined as any lesion caused by unrelieved pressure that result in damage to underlying soft tissue. The terms bedsore, decubitus ulcer and pressure sore often are used interchangeably in the medical community to call pressure ulcers. Recently, most experts have settled on the term pressure ulcer because bed sores and decubitus ulcers are essentially misnomers (1,2). But we still come across with this term in internet when making research or on the forms used in hospitals. However, a bed sore suggests that patients can get pressure ulcers only while lying in bed. Decubitus, from the Latin decumbere, means "to lie down". Decubitus ulcer therefore does not adequately describe ulcerations that occur in other positions, such as prolonged sitting. In addition, not all wounds are caused by pressure and thus the need for additional terms (3,4,5,6,7).

Objectives: Because there has been no significant research on the terms that should be used to define pressure sores, this study aimed to determine the current situation of the term used for pressure sores and identify which term the nurses use according to their working units, and get information about the term they use in their forms that they use to for pressure sore risk assessment.

Methods: This study included 166 nurses working at different hospitals in Turkey between April 29th-May 30th, 2013. An online survey system was used for data collecting. The survey contained a total of 13 questions. Demographic information was collected for descriptive purposes. Yes/No questions asked about the participant's knowledge and usage the term for pressure sores. Multiple-choice questions focused on clinical usage of term between nurses and on the forms they use in the hospitals they work.

Results and Findings: 65.06% (n=108) of the nurses were bachelor degree graduated and 45.7% (n=76) were working in private hospital. Fifty-six point six percent of the nurses (n=94) used the term "decubitus", 48.1% (n=80) used the term "bedsore" and the term "pressure sore" was only used by the 23.5% (n=39) of the nurses. Almost all of the nurses (n=163) stated that they believe that they use the right term for describing the situation. Twenty nine of nurses working in private hospitals and 30% of the nurses working in university hospitals were using the wrong term "decubitus" in the nursing care forms. Fifty one point two of nurses were using the term "decubitus" while they were searching about these sores in the internet.

Discussion: In the literature, various terms used to describe the pressure injuries. Commonly used ones are "pressure sores", "pressure ulcer", "bed sores" and "decubitus ulcer". Dunk and Arbon'un (2009) viewed and searched the terms among the last 5-year study of literature with using Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL) and MEDLINE (OVID) and found that commonly used term was "pressure ulcers" (8). When the terms are analysed for the most appropriate Turkish word, "pressure sores" is the most suitable one. But in this study, it was found that most nurses preferred to use "decubitus" for pressure injuries. When the terms were researched in Turkish via the internet search engine, 38,900 "bed sores", 6440 "decubitus" and 1940 "pressure sores" conclusion has been reached on the terms. In this study, nurses commonly used the term "decubitus" when they search on the internet.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1- http://www.jblearning.com/samples/0763746878/46878_CH05_pass1.pdf

2- <http://emedicine.medscape.com/article/1293614-overview>.

3- Ökdemir, P. (2008). Bas ve yaralar; ndan korunma ve hemşirelik bakışımı. Ü Cerrahpa; a Tıp Fakültesi Sürekli Etkinlikleri. Yara Bakışımı ve Tedavisi Sempozyum Dizisi No:67 s.59-68.

- 4- Yücel, A. (2008). Bası yaraları. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, 6(2):73-82.
- 5- Sönmez, A. (2003). Bası yaraları. Türk Aile Hekimliği Dergisi, 7(2):57-62.
- 6- Parlatır, İ., Gözaydın, N. ve Zülfikar, H.. (1998) Türkçe Sözlük Türk Dil Kurumu, Cilt1-2, 9. Baskı,, Ankara.
- 7- Prentice, J. and Stacey, M. (2001). Pressure Ulcers: the case for improving prevention and management in Australian healthcare settings, Primary Intention, (9)3: 111-120.
- 8- Dunk, AM. and Arbon, P. (2009). Is it time for a new descriptor 'pressure injury':a bibliometric analysis, Wound Practice and Research, 17(4):201-207.

AUTORES/AUTHORS:

konaramudiyanselage sriyani padmalatha

TÍTULO/TITLE:

Assessment of access, use and their attitudes towards Information Technology among Operation Theatre Nurses of Sri Lanka

Abstract**Objectives**

1. To identify the extent to which nurses have access to and use information technology (IT)
2. To identify the purposes for which nurses use IT.
3. To identify the attitudes of nurses towards Information Technology.
4. To identify the readiness of nurses to participate in e-health initiatives intended to be implemented by the Ministry of Health.

Methods

The research was conducted as a descriptive study. The selected population was theater nurses of the National Hospital of Sri Lanka (NHSL), belonging to 16 theaters. Samples of 112 nurses were selected from all 16 theaters using a convenient sampling method. The nurses with a service period over 20 years were excluded. A self administered questionnaire to assess the above objectives was distributed among them. Out of them 97 nurses responded. The main research questions were;

- 1- What is the attitude of operation theater nurses in general towards information technology?
- 2- What is the perception of nurses on usage of information technology in the educational and clinical environments? [1]
- 3- How prepared are nurses in NHSL to access and to utilize electronic health records?
- 4- What skills/ competencies do nurses already possess?
- 5- Are there specific barriers with respect to attitude, skill and competency to work with IT? If so, what are they?
- 6- The awareness of nurses on benefits offered by information technology?

Results or Findings

Findings indicated that the nurses were highly confident in using computers, touch screen, internet and emails. Out of those 5, the ones who selected they were either 'confident' or 'very confident' were generally over 60% (The lowest of a 59.8% for email, the highest of a 64.9% for internet). Almost 80% of theater nurses used computer technology for their work and personnel matters. And 91.7% of nurses either 'agreed' or 'strongly agreed' that it is essential for a nurse to learn IT. 47.9% of the nurses with less than 5 years of work experience stated that IT is essential for today's nursing practice. However only 60% of the nurses had personnel email addresses. Furthermore, 79% of nurses believed that computers will reduce paper work and 67% of them agreed that it will reduce duplication of work. Also, most senior nurses were more likely to use computers, to consider continuing education as essential, and more likely to make life easier and improve access.

Discussion

The study was primarily to evaluate the above objectives within the context of a future IT based working environment at the National Hospital of Sri Lanka. The questions asked evaluated the nurses preparedness for the sort of IT based work environments found in the developed world [2]. Several governments in countries; for an example like Australia, with rapidly developing health care services have recognized this as a high priority [3]. The study did not find a negative relationship between work experience and staff's attitudes towards new advances in the work environment based on information technology. A majority of theater nurses have positive attitudes towards new advances in the work environment based on information technology in their practice areas. And they were

competent in Information Technology and were comfortable with it. So the positive and good attitude on the new technologies that are to come to their work environments could be because most of them are comfortable with similar technologies in their personal lives. This clear demonstration of positive attitude is well in keeping with the similar studies done in the international arena [4]. The preparedness to accept an upcoming IT based system shown here is quite similar to the results of an international study done on nurses working in psychiatry wards [5]. The important conclusion that can be drawn from this study is that the theater nurses at the National Hospital of Sri Lanka are skill and Attitude wise prepared to embrace the upcoming changes of their work environment with respect to Information technology. So the proposed upgrades with regard to Information Technology, suggested on the e-health initiative [6] of the government of Sri Lanka, could be initiated at the National Hospital's theater section and this study can be in favor for its feasibility.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

References

1. Desley Hegneya, Robert Eleya, Elizabeth Buikstraa, Tony Fallona, Jeffrey Soarb, Victoria Gilmorec, (2007), Australian nurses access and attitudes to information technology--a national survey. Centre for Rural and Remote Area Health, University of Southern Queensland, University of Queensland, Toowoomba, Queensland, 4350, Australia, on line, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17102351
2. Palmer GR, Short SD. Health care & public policy: an Australian analysis. 2nd ed. Melbourne: Macmillan Education Australia, 1994: 283-289.
3. Board of Governors, (2008) preparing the next generation of nurses to practice in a technology rich environment; an informatics agenda in Australia, online available, www.nln.org/aboutnln/positionstatements/informatics
4. Sharon Levy, Brian Williams, (1999), To identify the nature and distribution of attitudes to Information Technology among nurses and midwives in a NHS Trust , Nursing Standard Online, nursingstandard.rcnpublishing.co.uk/.../article-attitudes-to-information
5. Marita Koivunen, (2009), acceptance and use of information technology among nurses in psychiatric hospitals, Department of Nursing Science, Faculty of Medicine, University of Turku, Finland, ISBN 978-951-29-3817-9 (PRINT) online
6. National eHealth Standards and Guidelines, (2012) Ministry of Health, Sri Lanka

AUTORES/AUTHORS:

Rodrigo Cardoso, João Graveto

TÍTULO/TITLE:

Nursing Leaders' Perceptions on Social Visibility of Nursing Activity in Portugal

The national and international research has shown low social recognition, as well as small participation of nurses in the public discussion of health and wellbeing(1-3). They represent the largest group of healthcare workers worldwide⁴ (according to the ICN there are more than 16 million nurses) and are responsible for saving lives, preventing complications and restore health(3,). Nevertheless, nurses tend to be invisible in the community, media and politics, disabling them to work properly and to improve health of patients and their families(1-3,7-9).

1. Objectives: To describe nursing leaders' perceptions on social visibility of nursing activity in Portugal and to identify strategies to increase social visibility.
2. Methods: It's a descriptive and qualitative study. The participants were contacted by e-mail and asked to fill a self-administered questionnaire, between January and April of the year 2013. The questionnaire had a section of socio-demographic questions and 8 open-answer questions on social visibility of nursing activity. The anonymity of the participants and the confidentiality of the answers were guaranteed. The data was treated with thematic content analysis and coding was validated using a triangulation process between the author and two independent researchers. The theoretical framework that supported the analysis comprised the research of Buresh and Gordon on media visibility and nursing discourse(2-3), Sullivan's work on influence(10) and White's research on nursing knowledge patterns(7).
3. Findings: Twelve nursing leaders' were initially contacted and five answered (3 women and 2 men, from the center and southern regions of Portugal). One is a leader in education, one is a nursing manager in primary healthcare and three are nursing managers in the hospital setting. The content analysis generated 5 main themes: social representation of nursing, political participation, relationship with the media, threats to social visibility and strategies to increase social visibility.
4. Discussion: Nursing leaders' referred the small participation of the profession in healthcare planning and politics, which is consistent with other studies(7,10-12). They revealed the difficult relationship with the media, and this is congruent with the findings of the scientific literature: it is assumed that nurses find it difficult to talk to reporters and that they're afraid of public exposure(3,9,11,13). One author says: "Members of the media report, though, that nurses seldom are willing to talk to them even when they are asked! (...) Sometimes nurses decline to speak to the media, citing the press of time. (...) These nurses fail to understand the deadlines that constrain the media"(10). Nursing leaders' mentioned that they aren't considered news sources and that stereotypes and wrong images of nurses continuously show up in media products. This discourse is consistent with investigations on news sources: journalists doesn't seem to value nurses ideas and prefer official sources, namely doctors or board representatives(14-15). Some newspapers tend to write negatively of nurses and entertainment shows often represent them as angels, handmaids or naughty characters.

The participants identified threats to social visibility and nursing growth: growing unemployment, financial cuts in the healthcare sector, lack of regulation and dispute of practice boundaries with other healthcare professions. Nursing leaders' identified negative social representations: of role and identity. They suggested strategies to strengthen nursing visibility: investment in health promotion and management of chronic illness, communication of sensitive nursing outcomes and development of nursing education programs on public communication skills. Such strategies to increase nursing visibility are referred in previous studies(3,12-13,16). The time is crucial for patients, nurses and the healthcare system: "All across the globe, young women and men fail to understand what nurses do at the bedside of sick and vulnerable human beings. So now there is a shortage of money to fund nursing care, a shortage of decent working conditions to help nurses provide that care and a shortage of bodies willing to deliver that care. Public communication

is key to resolving this shortage of respect, recognition and rewards. But only nurses can uphold their deontological claims and teach us that the bedside matters and why”(3). These findings suggest and reinforce the need to rethink nursing practice and education in Portugal, so that the profession can match new healthcare trends and challenges. Nurses need to be prepared to speak in public, explain nursing issues and advocate for patient care at institution and political level. But they’ll only be able to do it if they get the proper training and education, needed to success in this important mission.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Silva. A Saúde nos Media. Representações do Sistema de Saúde e das Políticas Públicas na Imprensa Escrita Portuguesa. 1st. ed. Lisboa: Mundos Sociais; 2011.
2. Gordon S, Nelson S. The Complexities of Care: Nursing Reconsidered. 1st. ed. Ithaca: Cornell University Press; 2006. 211 p.
3. Buresh B, Gordon S. Do Silêncio à Voz Coimbra: 2nd. ed. Ariadne Editora; 2004. 294 p.
4. ICN. International Council of Nurses - About ICN. [Online].; 2013 [cited 2013 09 01. Available from: [HYPERLINK "http://www.icn.ch/about-icn/about-icn/"](http://www.icn.ch/about-icn/about-icn/) <http://www.icn.ch/about-icn/about-icn/> .
5. Schubert M, Clarke S, Aiken L, De Geest S. Association between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*. 2012; 24(3): 230-8.
6. Doran D. Nursing Outcomes. The State of the Science. 2nd. ed. Ontario: Jones & Bartlett Learning; 2011. 522 p.
7. Pai D, Schrank G, Pedro E. O Enfermeiro como Ser Sócio-Político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. *Acta Paul Enferm*. 2006: p. 82-87.
8. Summers S, Summers H. Saving Lives. Why the media's portrayal of nurses puts us all at risk. 1st. ed. New York: Kaplan Publishing; 2009. 352 p.
9. Kemmer, LF, Silva, MJP. A visibilidade do enfermeiro segundo a percepção de profissionais de comunicação. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007; 15(2): 191-98.
10. Sullivan E. *Becoming Influential: A guide for Nurses*. 2nd ed.: Pearson; 2013.
11. Cohen S, Bartholomew K. *Our Image, Our Choice. Perspectives on shaping, empowering and elevating the nursing profession*. 1st. ed. Marblehead: HCPPro; 2008. 139 p.
12. Fyffe T. Nursing shaping and influencing health and social care policy. *Journal of Nursing Management*. 2009: p. 698-706.
13. Chaffee M. Health Communications: Nursing Education for Increased Visibility and Effectiveness. *Journal of Professional Nursing*.

2000; 16(1): 31-8.

14. Santos M. Saúde além da medicina: a invisibilidade do enfermeiro como fonte de informações para a imprensa. Revista Organicom. 2012: p. 316-327.

15. Sánchez C. Medicina y salud en la prensa: las noticias de salud en los principales diarios de Galicia. Revista Latina de Comunicación Social. 2008; 63: 15-21.

16. Calvo M. Imagen social de las enfermeras y estrategias de comunicación para conseguir una imagen positiva. Index Enferm. 2011: p. 184-188.

AUTORES/AUTHORS:

Maria Narcisa Goncalves, Maria Manuela Martins, Paulina Kurcgant

TÍTULO/TITLE:

The current nurse manager – which need of formation

The learning has been leave progressively the exclusive logical to the acquisition of knowledge for a search of behaviour professional competent this implies a determination of training content operate not only in the field of new knowledge, but also, and especially, to take new attitudes in the practice, capacity building initiative and a more comprehensive view of the situation.

Mc Niff (2000) believes that learning is a creative process and it should enable people to learn things to do it for themselves and take responsibility of their own practice. Nurse managers need to find ways to ensure individual and organizational growth will be aided by the quality of their relationship with others.

The problem of departure for this study was our experience as a manager of an inpatient unit, the lack of scientific dissemination by nurse managers and policies in health management with emphasis on the accountability of nurses in management, which led us to this study.

Aims of the study:

Identify areas of learning need in administration / management to ensure quality care.

Understanding the extent to which learning about nursing management differs per cycle of studies. Analyse the contributions of the formation in management among managers in inpatient units. Know the perceptions of nurse manager of their formation in management.

Methods:

It is a descriptive study of qualitative approach, analysed 10 interviews with nurse managers. The speeches made by respondents will be considered using the content analysis according to the principles described by Bardin (2009). The study was conducted in a hospital in the north of Portugal. The sample is an intentional type and is composed of nurse managers. As instrument of data collection we used the semi-structured interview. The research questions are: Does nurse managers have specific management practices? Does nurse managers have specific formation to manage the intermediate health services / nursing units?

Results:

From the interviews analysis, the following main categories emerged: needs of learning and change in pedagogical strategies. From the learning needs expressed emerge the following areas: evidence-based practice, human resource management, communication, leadership, skills / attitudes and behaviours. From the category of pedagogical strategies emerge from the simulation in the classroom, stages during academic training. From the analysis, we conclude that are mobilized knowledge that appeal to the emotional and psychological dimension of personality, well as to social and cultural know, and not only to the technical and scientific knowledge, these widely taught during academically learning.

Discussion incl. Conclusion:

The constant technological change of the labour market forces nurse managers to reflect on their role as leader of the nursing staff in hospitals. The demands request a new professional profile, with new knowledge. This study can be a guide for revising existing curricula, certificate programs and nurse manager credentialing standards, and bring healthcare providers and educational institutions together to design nurse manager continuing education, certificate and graduate programs.

It is thus essential that the teacher, in the context of the classroom, be able to use their communication strategies to stimulate reflective thinking of students and contribute to a learning not only restricted to the mere transmission of knowledge, but to provide moments of dialogue and sharing, to give meaning to the content. The constructed knowledge, acquired through reflection, is the most significant form of disciplinary knowledge. Thus, either the training context or organizations, need to make an investment in

social and relational skills, considered one of the components of quality of care.

Practical relevance:

We understand their importance for professional practice of the nurse manager is clear to visualize the leadership, including human resource management and communication as strategies which allow the improving the quality of care provided to patients and development potential nursing staff. This work can give a significant contribution for the implementation of a new type of formation stimulating training and involving health organizations as partners in the training process.

The management schools should encourage participants not to accept theory or practice that are unsuitable for their practical everyday needs. They should facilitate them to question such system.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Alarcão, I.; Tavares, J. (2003) – Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem. Coimbra: Livraria Almedina.

Bardin L. (2009) – Análise De Conteúdo. (3.º ed.) Edições 70, Lisboa.

Marquis, B.L., Huston, C.J, (2005) – Administração e Liderança em Enfermagem. (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Mc Niff, J. (2000) Action Research in Organisations. Routledge, London.

Neubauer, J. (1995) - The learning networks: Leadership development for the next Millennium. Journal of Nursing Administrations 25, 23-32.

Reason, P., Bradbury, H. (2001) – Handbook of Action Research. Sage, London.

AUTORES/AUTHORS:

Maria de Fátima da Silva Vieira Martins

TÍTULO/TITLE:

The professionals and families inter-confluences in health education

Introduction

The economic, political, social and cultural changes that have occurred worldwide since the nineteenth century produced significant changes to life in society, promoting the creation of increasingly sophisticated technologies. Many professional groups have been increasingly considering the problems of health education as a process directed towards the implementation of strategies that contribute to individuals and communities to adopt or modify behaviors that allow an appropriate level of health. Such situation is verified in all the dimensions of the human and social life.

The case study we are reflecting on, which focuses particularly on pregnancy which is a time of physical preparation, psychological and social assistance for childbirth and motherhood, therefore, because the woman is eager to know, it is considered as a period of intense learning. Despite what we have seen in the past, in Portugal nowadays the pregnant woman is precociously accompanied by health professionals within whom it is important to focus the intervention of the midwives who accompanies, gives advice and even more and more frequently gives adequate formation on how to live in a healthy and balanced way this period of her life.

Methods

It was in this context that emerged the starting point of our study, based on the analysis of educational practices developed by midwives in prenatal surveillance in Primary Care. This study is part of the core of a comprehensive sociology, which aims to capture how the actors, in this case the pregnant woman and midwives, conceive health education during prenatal monitoring. However, the experience of this period of women's life and their specialist nurses is not ignored within its involving social context, more specifically, the Health Center and its organization. In pursuing these goals, we have decided to do a case study research, which allows us, in the analysis, to conduct a retrospective on the experience of pregnancy and related practices of health education carried out by midwives, also allowing us to analyze and contrast the data obtained in three Health Centers: Braga, Vieira do Minho and Vila Verde's Health Centers. The method of collecting empirical data involves the use of different techniques that are used in a complementary way. That's why we privileged, as central technique, the semi-structured interview, and as complementary techniques, direct observation and documentary research.

Results

The midwives had been unanimous in affirming that the Health Education is a priority activity. However, there seems to be some confusion in the concepts of "prevention and promotion". The pregnant women interviewed showed recognition and appreciation of the midwives work in the prenatal surveillance, particularly with regard to health education, guidance and assistance. However, it was consensual to consider the family as the center of cares since it is considered as an emotional, instrumental and informative support, to keep the quality of life of the pregnant, as well as to face, in an adequate form, the new situation of becoming a mother, thus increasing her self-confidence.

Discussion

We confirmed that there was not a complete match between the information mentioned by the midwives and the information given out by the women as well as between the observations of the developed educational practices. These practices are divided into two models, which we designate as traditional and dialogic. The first model points to the prevention of diseases and damages in accordance with the information of biometric contents in order to reduce individual risks. The second is focused on the individual and its reality, thus considered as subject of the educational practice. Centralized constraining factors in pregnant women, family, health professionals and Health Center organization were mentioned as constraints of educational practices. It is important to report that to

undertake the implementation of health education without regard to these factors is to promote the failure of educational practices. Therefore is pertinent to question how the schools should train the health professionals in relation to this matter.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Alves, V. (2005). Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), pp.39-52.
- Amendoeira, J. (2006), «Da necessidade de protecção à confiança nos profissionais de saúde», in C. Balsa (org.), *Confiança e Laço Social*, Lisboa, Edições Colibri, pp. 229-237.
- Annandale, E. (1999). *The sociology of Health Medicine – A critical Introduction*. Somerset: Polity Press.
- Bardin, L. (1995). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Basto, M. (2005). Da (in)visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de saberes em enfermagem: cuidados prestados num centro de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(1), pp. 25-41.
- Deacon, E. (2002). A midwife's role in prenatal screening. *British Journal of Midwifery*, 10(8), pp. 485-488.
- Greene, L.; kreuter, M. (1999). *Health promotion planning: an educational and ecological approach*. United State: Mac-Graw-Hill.
- Guerra, I. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo. Sentidos e formas de uso*. Estoril: Principia.
- Hoffman, A. (2007). Soins profanes, division du travail entre hommes et femmes. *Santé Conjugée*, 42, pp. 82-84.
- Leandro, M. ; Rodrigues, V.; Leandro, A. (2006). A família, um ator informal de saúde. in M. Costa, M.E. Leandro (org.), *Participação, Saúde e Solidariedade*. (183-198). Braga: ICS.
- Quesada, R. (2004). *Educación para la Salud (Reto de nuestro tempo)*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Sandrin-Berthon B. (2006). Promotion de la santé, education pour la santé en périnatalité. *Spirale*, 37, pp. 43-50.

AUTORES/AUTHORS:

Gulgun DURAT, Atila EROL, Ayse CEVIRME, Ozge KAYNAK

TÍTULO/TITLE:

Correlation between Dietary Applications in Hypertension Patients and Eating Disorders

Objective

Eating disorders are complicated conditions which stem from a composition of psychological, physical and social factors. They have three different forms. Anorexia nervosa, bulimia nervosa, atypical eating disorder that cannot be named. Obesity is another diagnostic group that should be evaluated due to its psychological effects and results even though it is not classified in eating disorders (5,8). The most significant problem about these disorders is the inappropriate perception on the size and image of the body. According to DSM-IV, anorexia nervosa is characterized with rejecting a healthy body weight, and nearly reaching dead limits in the name of staying slim. Bulimia nervosa is characterized with eating in big portions in a short time or eating gluttonously. A tendency to get rid of the calories by vomiting, using diuretic or laxative drugs or an excess of exercising is seen afterwards. The criteria of atypical eating disorders is uncommon. They are not fixated on the body image or the weight.

High BP is a risk factor for cardiovascular disease and is responsible for most preventable deaths in the world. In effect, approximately 25 % of the adult population worldwide and its prevalence is predicted to increase by 29 % in the year 2025, when a total of 156 billion people will be effected (1.)

For WHO 2010, the WHL identified obesity and overweight as important risk factors for hypertension (2).

Many studies on prevention and treatment of hypertension show that some special nutrition and diets are effective on blood pressure. It is seen that following a lessened salt diet, minimizing alcohol intake, following vegetarian or DASH diets decreases blood pressure. As a result, one of the most important factors that decreases blood pressure is losing weight. (1,3).

The aim of this study is to investigate whether the dietary applications in hypertension patients are correlated with eating disorders or not.

Method

The study is conducted in eight different centers among Family Health Centers connected to Public Health Directorate in Sakarya. They were chosen with simple random method between March 2012 and May 2013. The test group consisted of 86 hypertension patients, and the control group consisted of 90 patients who had presented to the same centers with complaints which are not chronic like hypertension. Necessary consents were obtained and voluntary basis was followed. Statistical analyses were performed by using SPSS programme, percentage, mean value and independent samples t-test were used.

Findings

Among the participants who were diagnosed with hypertension 60 were women, 26 were men. 64 of the control group were men and 26 were women. A total of 9.3% of the test group and 5.6 % of the control group had psychiatric complaints. The Body Mass Index (BMI) averages of test group were 28.51 ± 4.65 , and the control group were 23.53 ± 4.435 . The average BITE score of the test group was 9.68 ± 2.9 and the control group was 9.02 ± 2.5 . It was seen that there was no significant correlation between the two groups ($t=1.596$ $p=0.112$). The EAT average score of test group was 21.82 ± 12.5 and control group was 16.43 ± 8.03 . There was a meaningful difference between the groups ($t=3.881$ $p=0.001$). Through these data, it can be thought that eating attitudes and behaviours may be affected in the patients who need to have dietary limitations such as hypertension.

The average GHQ score of the test group was 11.8 ± 7.1 , and the control group was 10.73 ± 6.6 . There was no meaningful difference between the two groups ($t=1.008$ $p=0.287$). These results indicate that there is no difference between the test group and the control

group regarding anxiety and depression symptoms.

Discussion

It is seen that eating attitudes and behaviours of the patients having chronic diseases like hypertension and diabetes may be affected because they are focused on diet lists, weight control and food restrictions (4,6). When it is thought that hypertension is associated with unhealthy eating habits, prevention and special diets in treatment gain importance (7).

As a result of this study, it was found out that the patients with hypertension could develop eating disorders. It should be considered, while observing the hypertension patients, that the patient may have eating disorders and disordered eating behaviours; signs and symptoms during scanning should be focused on; risk factors should be investigated. Environmental factors on eating behaviours, obesity and physical activities of these patients should be arranged. They should be informed about hypertension, healthy diets, physical activities and weight control. Their eating habits and physical activities should be investigated and flexible diet programs that they can apply without forcing themselves should be chosen regarding the patients' worries of gaining weight. By planning progressive education programs, it would be useful to increase controlled studies on this subject.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

References

- 1-Agustench, P.C., Lopez_Uriarte, P., Ros, E., Bullo, M.S., Salas-Salvado, J. Nuts, hypertension and endothelial function. *Nutrition, Metabolism Cardiovascular Disease*. (2011) 21 – 521-533,
- 2-Chockalingam, A. Healthy weight – healthy blood pressure. *Can J Cardiol*. 2010 May; 26(5):259-260
- 3-Christopher M. Young, MD, MPH;1 Bryan C. Batch, MD;2 Laura P. Svetkey, MD Effect of Socioeconomic Status on Food Availability and Cost of the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Dietary Pattern. *MHS3VOL. 10 NO. 8 AUGUST 2008*
- 4-Çobanoğlu, S., Ü. Altuntaş, Y., Karamustafaoğlu, K.O., Engül, A., Çobanoğlu, N. Eating Disorders and Disordered eating Behavior in Type 1 and Type 2 Diabetes mellitus Patients. *Dünya Geni Sağlığı*. 2008; 21(1): 24-31
- 5-Hightower, J.D., Hightower, M., Salazar Vazquez, B.Y., Intaglietta, M., Incident prediabetes/diabetes and blood pressure in urban and rural communities in the democratic Republic of Congo. *Vasc Health Risk Manag*. 2011;7::483-488.
- 6-Hudson, J.I., Lalonde, J.K., Coit, C.E., Tsuang, M.T., McElroy, S.L., Crow, S.C., Bulik, C.M., Hudson, M.S., Yanovski, J.A., Rosenthal, N.R., and Pope, Longitudinal study of the diagnosis of components of the metabolic syndrome in individuals with binge-eating disorder 1–3. *J Am J Clin Nutr* 2010;91:1568–73. Printed in USA. 2010 American Society for Nutrition
- 7-Meneton, P., Kesse-Guyot, E., Distinctive unhealthy eating pattern in free-living middle aged hypertensives when compared with dyslipidemic or overweight patients. *Journal of Hypertension*. (www.jhypertension.com) Vol. 31. Number 00. Month 2013.
- 8-Yücel, B.: Estetik Bir Kayg ve Hastalık; a Uzanan Yol: Yeme Bozuklukları. *Psikiyatri-Klinik Gelişim* Cilt 22/ No:4/2009. 39-45.

AUTORES/AUTHORS:

Nurcan Ertug, Tugba Çakal, Seyda Büsra Öztürk, Muhammet Verim

TÍTULO/TITLE:

The effect of clothes on blood pressure measurement in normotensive females

OBJECTIVES

Blood pressure (BP) measurement is one of the most common practices performed by nurses in everyday practice. Since BP is 1 of the 4 vital signs, its accurate measurement is crucial. Tomlinson (1) pointed out that the concern among health care professionals is that patient care decisions may be made based on inaccurate BP measurement that will result in patients experiencing unexpected and negative outcomes. Nurses generally measure the BP below patients' rolled-up sleeves. Instead nurses examine whether measuring BP over a sleeve is accurate, they often focus on completing the task. Several textbooks (2-4) state that BP should be measured on the bare arm, but the rationale for it is not generally indicated. However, measuring over a sleeve saves time, especially in emergency situations, and helps maintain patient privacy. The aim of this study was to determine the effect of clothes on BP measurements in normotensive subjects.

METHOD

A comparative repeated measures design was used in this study. This study was conducted between February–May 2013. We enrolled 162 normotensive female undergraduate students studying nursing and physiotherapy at a university in Ankara, Turkey. Participants were within limited age (18-36) and BMI (<30) ranges. Each participant's weight, height, and clothing thickness were measured. BP was measured in accordance with the European Society of Hypertension and the European Society of Cardiology Guidelines (5). A mercury-filled column sphygmomanometer with a normal adult size cuff was used to measure BP. The participants were requested to empty their bladders and refrain from ingesting caffeinated beverages and cigarettes for 60 minutes before the measurements.

The participants were seated for at least 5 minutes. They were instructed to lean back in the seat, place their feet on the ground, and position their right arm at the level of the heart. BP was measured once in each of the following conditions in this order: over a sleeve, below a rolled-up sleeve, and on the bare arm. The nurse waited 2 minutes between measurements. The study was approved by an ethical committee of a university. Informed consent of all participants was obtained. Written permissions for the study were obtained from the head of the institutions. The data were evaluated using Friedman, Wilcoxon, Kruskal Wallis and Mann Whitney-U tests. Statistical significance was defined as $p < 0.05$. The level of significance in post-hoc analysis of Friedman test was set at $p \leq 0.016$.

RESULTS

The mean age of the participants was 20.71 years (18-36). Of the 162 participants, 8.6% had chronic disease and 6.8% had smoking. The mean BMI was 21.72 (16-29) and the mean clothing thickness was 1 mm (0.5-2). The median systolic blood pressure (SBP) values were 110 mmHg over the sleeve, below the rolled-up sleeve, and on the bare arm. There were no statistically significant differences among the 3 different positions (post-hoc test, $p > 0.016$). The median diastolic blood pressure (DBP) values were 70 mmHg below the rolled-up sleeve, 68 mmHg over the sleeve and on the bare arm. There were no statistically significant differences among the 3 different positions ($p = 0.683$), nor were there significant differences between BP measurements and the participants' smoking status, BMI, or clothing thickness ($p > 0.05$).

DISCUSSION

No statistically significant differences were found among neither measurements taken over a sleeve, below a rolled-up sleeve, nor on a bare arm nor in SBP or DBP. Ki et al. (6) and Kahan et al. (7) measured BP in normotensive/hypertensive male/female patients over a wide age range using an automatic sphygmomanometer. In those studies, the BP of each patient was measured three times: over a sleeve, below a rolled-up sleeve, and on a bare arm. The clothing thickness of the vast majority of patients was up to 2 mm. Neither

study reported statistically significant differences among the three BP measurements.

Ma et al. (8) compared the SBP and DBP measurements of normotensive/hypertensive patients with an age range of 18–85 years using an automatic sphygmomanometer. The patients were divided into over the sleeve and bare arm groups. Likewise, Holleman et al. (9) measured BP in male/female subjects (mean age, 43.8 years). The patients' BP was measured over the sleeve and on the bare arm using an automatic sphygmomanometer. In these studies, no statistically significant differences between groups were detected.

Liebl et al. (10) reported that BP measurements taken over a sleeve do not differ significantly from those taken on bare arms. The mean age was 45.5 years and BMI was 23.4. Pinar et al. (11) measured SBP and DBP over a sleeve and on a bare arm of 258 hypertensive patients (clothing thickness, ≤ 2 mm; BMI, 20–41). These researchers found no statistically significant differences in BP between the 2 groups.

The BP measurement devices and positions as well as subject sexes, hypertension status, BMI, and clothing thicknesses differed between this and earlier studies. However, despite these methodological differences, our results supported those of earlier studies regarding the effect of clothes on BP measurements. Over-the-sleeve BP measurements are recommended for normotensive female with clothing up to 2 mm thick.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Tomlinson BU. Accurately Measuring Blood Pressure: Factors that Contribute to False Measurements. *MEDSURG Nursing*. 2010;19(2):90-4.
2. Fetzer SJ. Vital signs. In: Potter PA, Perry AG, Stockert PA, Hall AM, editors. *Fundamentals of Nursing*. 8th ed. Canada: Mosby; 2013. p. 441-86.
3. D'amico D, Barbarito C. *Health and physical assessment in nursing*. New Jersey: Pearson Education; 2007.
4. Evans-Smith P. *Taylor's clinical nursing skills*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2005.
5. Mancia G, Backer Gd, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Journal of Hypertension*. 2007;25:105–1187.
6. Ki JH, Oh MK, Lee SH. Differences in Blood Pressure Measurements Obtained Using an Automatic Oscillometric Sphygmomanometer Depending on Clothes-Wearing Status. *Korean Journal of Family Medicine*. 2013;34(2):145-51.
7. Kahan E, Yaphe J, Knaani-Levinz H, Weingarten MA. Comparison of blood pressure measurements on the bare arm, below a rolled-up sleeve, or over a sleeve. *Family Practice*. 2003;20(6):730-2.
8. Ma G, Sabin N, Dawes M. A comparison of blood pressure measurement over a sleeved arm versus a bare arm. *Canadian Medical Association Journal*. 2008;178(5):585-9.
9. Holleman DR, Westman EC, Mccrory DC, Simel DL. The effect of sleeved arms on oscillometric blood pressure measurement. *The Journal of General Internal Medicine* 1993;8:325-6.
10. Liebl ME, Holzgreve H, Schulz M, Crispin A, Bogner JR. The effect of clothes on sphygmomanometric and oscillometric blood pressure measurement. *Blood Pressure* 2004;13:279-82.
11. Pinar R, Ataalkin S, Watson R. The effect of clothes on sphygmomanometric blood pressure measurement in hypertensive patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;19:1861–4.

AUTORES/AUTHORS:

Ayfer Bayindir Çevik, Sema Koçan, Mehtap Metin Karaaslan, Hilal Pekmezci, Teslime Ayaz, Serap Baydur Sahin, Aynur Kirbas

TÍTULO/TITLE:**EVALUATION OF CARDIOMETABOLIC RISKS IN THE ADULT POPULATION OF RIZE**

Objectives: This study was planned in order to evaluate the cardiovascular disease (CVD) risk factors and to determine the prevalence of CVD in the adult population of Rize/Turkey.

This study was supported by the Recep Tayyip Erdogan University's (RTEU) Unit of Scientific Research Projects (SRP) number 2012.110.01.1. This study contains the pilot results of the research project titled "Evaluation and Management of Cardiometabolic Risk Factors of adults Lived in Rize: A Population Based Survey".

Methods: Data was collected from the population of Rize, who were aged between 20 and 79, by the research team in July - December, 2012. The sample size was determined using the "t².p.q/d²" formula. Family Health Centers were determined as the cell unit. The cumulative sums of the Family Health Centers were calculated. The sample consisted of 930 people, who were examined by 30 Family Health Center physicians. The physicians were determined by the random numbers table and the method of population proportional systematic cell sampling.

The study variable was determined to be CVD risk. Factors which affect CVD risk were evaluated according to the Framingham risk model. The CVD risks of men and women in the study group who did not have a CVD were calculated individually via the risk engine which was prepared using the Framingham risk calculation norms. With the FRAMINGHAM risk scoring, which is suitable to risk evaluation in study populations, the 10-year CVD risk of the participants was determined. In this risk scoring model prepared by using LDL-cholesterol levels as a basis, total scores relating to age, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol, sBP, existence of diabetes, and smoking give the definitive risk of CVDs. According to the model, among the percentages pertaining to the total risk scores, <10% was taken as low risk; 10-19% as medium level risk, and >=20% was taken as high risk.¹

In order to conduct the study, permissions were obtained from the Provincial Directorate of Health, the Governorship, and the Ethical Committee. The "Information Form" and the "CVD Risk Behavior Questionnaire", which were developed in accordance with the relevant literature on evaluating CVD risks and demographic characteristics, were used for data collection. Weight and height, hip and waist circumferences, systolic and diastolic blood pressures were measured by the researcher. Biochemical measures (cholesterol (total, HDL, LDL), triglyceride, fasting plasma glucose, and uric acid) were taken in the Biochemistry Unit of the RTEU. The Framingham risk calculation model was used for evaluating CVD risks. A risk calculation engine was written using the Excel program in order to conduct risk calculations for both genders.

Results: Among the participants, 36.8% were male, 63.2% were female, 87.7% were married, 58.4% graduated from primary school, and 83.7% had a moderate income level. The mean BMI was found to be 28.49±5.59. The CVD prevalence was found to be 10%. It was determined that hypertension, diabetes (28.5%, 11.3%); and familial susceptibility (39.2%), and not exercising (78%) were among the dominant risk factors of CVD. The high rates of not consuming alcohol and tobacco (94%, 66%) were determined as protective factors. The prevalence of smoking, exercising, and alcohol consumption was lower in women compared to men (p<0.05). The prevalence rates of obesity and metabolic syndrome were found to be 36.7% and 35.6%, respectively. 65.7% of the population fell into the low risk group. There was no significant difference between the risk score averages and percentages of male and female healthy patients (p<0.05).

Discussion: This study yields information on the CVD epidemiology of Rize according to the routine mortality statistics, which captures the general rates of the Turkish society. In this study, the CVD prevalence of Rize was found to be high and the CVD prevalence rates of women and men did not show significant differences. This result is similar to the TEKHARF (Cardiovascular Risk Factors in Turkish Adults) study (2009), which was conducted in the Turkish society. 2, 3, 4, 5 Low rates of smoking, which is among the modifiable risk

factors, and the higher number of women seem to protect the female population in this region from CVDs. On the other hand, women had higher BMIs, exercised less, and had a sedentary life style. These factors would trigger CVD related conditions. The prevalence of diabetes and hypertension related conditions and risk factors were similar to those found in the TEKHARF (2009) and TURDEP II (2010) studies. 2, 7 Determining asymptomatic people using CVD risk model instruments is important for taking primary precautions. 7,8,9,10 Although the cardiovascular risk scores and percentages did not show significant differences according to gender, women have more CVD risk factors compared to men. According to the studies which evaluate CVD risk in the Type II diabetes population, there were no significant differences in CVD risk scores and percentages between women and men. 11 Local associations, the Provincial Directorate of Health, the university, and family health physicians should initiate action oriented education programs with follow-ups in order to develop healthy life style behaviors in our society.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

References

1. <http://www.framinghamheartstudy.org/index.html> . Accessed: June 3, 2013.
2. Onat A. TEKHARF: The prevalence of cardiovascular disease risk , new coronary experiences and death rate. TEKHARF 2009. 2009; 19-26. <http://tekharf.org/images/2009/bölüm2.pdf>. Accessed: June 3, 2011.
3. Onat A, Hergenç G, Can G. Türk erkek ve kadınlarda için abdominal obezite kriterleri ve obezite ile sigara içimi ilişkisi/Türk erkek ve kadınlarında kardiyometabolik risk için alarm; obezite ve abdominal obezite, Anadolu Kardiyol Derg. 2009; 9: 147-147
4. Onat, A. TEKHARF: Toplumumuzda kan basıncı ve hipertansiyon. TEKHARF 2009. 2009; 140-148. <http://tekharf.org/images/2009/bolum6.pdf>. Accessed: June 3, 2013.
5. Onat A. Türk halkında lipid, lipoprotein ve apolipoproteinler. TEKHARF 2009. 2009; 39-56. <http://tekharf.org/2009.html>. Accessed: May 7, 2013.
6. Satman I, Imamoglu S, Yılmaz C, SEMT Diabetes Study Group (Writing Committee). Clinical Practice Guidelines for Diagnosis, Treatment and Follow-up of Patients with Diabetes and its Complications. (TURDEP 2). Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism (Turk-Jem) 2010; 14(Suppl.1): 1-127.
7. Berger JS, Jordan CO, Lloyd Jones D. Screening for cardiovascular risk in asymptomatic patients. J Am Coll Cardiol. 2010; 55(12): 1169-1177.
8. Tezcan S, Altınbaş H, Sönmez R. Cardiovascular risk factor levels in a lower middle-class community in Ankara, Turkey Tropical Medicine and International Health. 2003; 8 (7): 660–667.
9. Bayındır Çevik A, Özcan A, Aygün M. Tip 2 diyabetliler için kardiyovasküler hastalık riskinin hesaplanması ve önemi ve risk tahmin modelleri. Diyabet Forumu 2010; 6(4):21-29.
10. American Diabetes Association. Cardiometabolic Risk Factors Assessment and Management Prevention and Treatment 3, Cardiovascular Self – Study Series. 2007, American Heart Association Learn and Live. CCM, 83-11.
11. Çevik Bayındır A.: Relations between health and self-efficacy and cardiovascular risk factors in people with type 2 diabetes. Istanbul University, Health Science Institute, Doctorate dissertation, 2010; Istanbul.

AUTORES/AUTHORS:

DEMET AKTAS, FÜSUN TERZIOGLU

TÍTULO/TITLE:

Effects of the Home Care Service on the Life Quality of the Patients with Gynecological Cancer

Objectives: The research covers a random intervened case control study performed to evaluate any possible effects of the home care service on the life quality of the gynecological cancer patients.

Methods: The sampling covers total 70 women, including 35 ones in each of the intervention and control groups, who underwent gynecological cancer treatment at the Zekai Tahir Burak Woman Health Training and Research Hospital under the Turkish Ministry of Health. The intervention and control groups were homogeneity on the basis of one by one comparison of age, educational background, disease diagnosis and phase, applied treatment. The intervention and control groups, the Questionnaire, Life Quality Scale/Cancer Patient and Visual Analog Skale were applied to collect data. The nursing care service was rendered to the women of intervention group in the oncology clinic, where a number of discharge training courses took place, followed by three postdischarge home visits in the 1st, 6th and 12th weeks in addition to two phone calls in the 2nd and 3rd weeks for the ongoing care and consulting services. The control group women were known in the oncology service unit, followed by two post-discharge home visits in the 1st and 12th weeks. The control group women took no care or consultancy. The data evaluation was based on the percentage rating, Chi-square, Fisher Exact Test, Student-T test, Mc-Nemar Test, One Way ANOVA.

Results: The obtained results; The control group women were found to experience problems twice higher than the intervention group ($p < 0,05$). During the entire course of monitoring the intergroup difference was significant as of the hopelessness, fear, insomnia, fatigue, restricted mobility, reduction in self-respect, lack of feminine feeling and hers of defective feeling ($p < 0,05$). The point averages of total life quality of the control group women were low level than those of the intervention group and the difference between two groups was statistically significant ($p < 0,05$). Such statistical differences are attributed to the home nursing care service and consultancy applied to the intervention group.

Discussion: The home care is an efficient service in improving the life quality of the gynecological cancer patients (1,2). Randomized controlled trials have determined that gynecological cancer patients receiving home nursing care were less experienced pain, fatigue, physical problems such as nausea and vomiting than the group without (3,4,5). Also, these trials have determined that gynecological cancer patients receiving home nursing care is better psychological health (6,7), general health condition are more satisfied (5), their sexual and social lives were positively affected (1,8,9) and increased quality of life than the group without (9,10).

In line with the obtained results, it is suggested to make home visits for reduction in frequency of any possible physical, psychological and social problems subsequent to the gynecological cancer treatment and taking actions to improve the life quality and make such visits multidisciplinary.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**Bibliography:**

1. Yajima, M., Okamura, K., Ijichi, R., Hida, K., Takamatsu, K., Ohta, H. (2001). Differences between gynecologic cancer patients taken care for at home and those taken care for at the hospital. PUBMED, 1:34-36.
2. Lowdermilk, D.L. (2006). Home care of the patient with gynecologic cancer. JOGNN, 24(2), 157-163.
3. Jocham, H.R., Dassen, T., Widdershoven, G., Middel, B., Halfens, R. (2009). The effect of palliative care in home care and hospital on quality of life. Journal of Hospice and Palliative Nursing, 11(2), 119-126.
4. Jocham, H.R., Dassen, T., Widdershoven, G., Middel, B., Halfens, R. (2009). The effect of palliative care in home care and

hospital on quality of life. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 11(2), 119-126.

5. Chang, M.C., Chang, Y.C., Chiou, J.F., Tsou, T.S., Lin, C.C. (2002). Overcoming patient related barriers to cancer pain management for home care patients. *Cancer Nursing*, 5(6), 470-476.

6. Molassiotis, A., Brearley, S., Saunders, M., Craven, O., Wardly, A., Farrell, C. (2009). Effectiveness of a home care nursing program in the symptom management of patients with colorectal and breast cancer receiving oral chemotherapy: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 27(36), 6191-6198.

7. Horton, R. (2002). Differences in assessment of symptoms and quality of life between patients with advanced cancer and their specialist palliative care nurses in a home care setting. *Palliative Medicine*, 16(1), 488-494.

8. De Groot, J.M., Mah, K., Fyles, A., Winton, S., Greenwood, S., Depetrillos, A.D. (2005). The psychosocial impact of cervical cancer among affected women and their partners. *International Journal of Gynecological Cancer*, 15(5), 918-925.

9. McCorcle, R., Dowd, M., Ercolano, E., Green, D.S., Williams, A., Siefert, M.L., Steiner, J., Schwartz, P. (2009). Effects of nursing interventions on quality of life outcomes in post-surgical women with gynecological cancers. *Psycho-Oncology*, 18(1), 62-70.

10. Hırabayashi, Y., Miyashita, M., Kawa, M., Kazuma, K., Yamashita, K., Okamoto, N. (2007). Factors relating to terminally ill cancer patients' willligness to continue livang at home during the early phase of home care after discharge from clinical cancer centers in Japan. *Palliative and Supportive Care*, 5(1), 19-30.

AUTORES/AUTHORS:

Marina P. Caltran, Noelle O. Freitas, Juliana P. Silva, Natalia Gonçalves, Marcia A. Ciol, Lidia A. Rossi, Rosana A. S. Dantas

TÍTULO/TITLE:

Health status, self-esteem and depression in burn victims post-discharge from hospitalization

Objective: to study the association between health status, self-esteem, depression, and sex in burn victims.

Methods: the study was cross-sectional and approved by the institution's ethical committee. Participants were 70 adults seen at the outpatient burn unit of the University Hospital of Ribeirão Preto, Brazil, between January 24th and May 20th, 2013, and who had two to 12 months of rehabilitation after hospital discharge, no previous psychiatric disorders, both genders, of any race or ethnicity and awaiting reconstructive surgeries after discharge. Three instruments were used: Burns Specific Health Scale – Revised (BSHS-R) (1) adapted to Brazil(2), Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)(3) adapted to Brazilian Portuguese language(4) and Beck Depression Inventory (BDI)(5) adapted to Brazil.(6) To compare the means of BSHS-R and BDI by sex, we used t tests. To study the association between depression and both, health status and self-esteem, we used Pearson correlation. Significance level was set to 0.05. We used the Statistical Package for the Social Sciences, SPSS® version 20.0 (IBM Corporation 2010).(7)

Results: there were 35 males and 35 females. Mean age was 37.4 years (SD= 12.4) and mean number of years in school was 8.9 (SD=4.3). The main cause of burn was alcohol and fire (27.1%). Fifty-three percent were not working at the time of interview and 38,6% were single. Mean score was 116.9 (SD=23.2) for BSHS-R, 20.2 (SD= 4.7) for RSES, and 16.1 (SD=13.9) for BDI. For BDI domains, mean score was 11.1 (SD=10.4) for the cognitive/affective and 5.5 (SD=4.5) for somatic domains. Means of BSHS-R and BDI were not statistically different according to sex ($p= 0.44$ and 0.31 , respectively). We found strong negative correlation between health status and depression ($r= -0.59$; $p<0.001$), self-esteem and depression ($r= -0.59$, $p<0.001$), health status and BDI cognitive/affective domain ($r= -0.59$; $p<0.001$), and self-esteem and BDI cognitive/affective domain ($r= -0.58$; $p<0.001$). Moderate negative correlations were found between the BDI somatic domain and both health status and self-esteem ($r= -0.50$; $p<0.001$, and $r= -0.46$, $p<0.001$, respectively).

Discussion: individuals who reported less depressive symptoms also reported better health status and higher self-esteem, similarly to other studies with burn victims.(8-9) Men and women were not statistically different regarding reported health status and depression, similarly to results in the literature, especially related to somatic symptoms.(10) Self-esteem is a construct influenced by the behavioral and socio-cultural environment of the individual(3) and when using self-reported measures, self-esteem may be associated with the cognitive/affective domain of depression. Longitudinal studies should be carried out to study the temporal relationship between health status and depressive symptoms in burn victims in the post-discharge period. This study contributes to health professionals in detecting problems and implementing interventions that minimize the burn post trauma distress.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

References

1. Blalock SJ., Bunker BJ., De Vellis RF. Measuring health status among survivors of burn injury: revisions of the burn specific health scale. *J Trauma*. 1994; 36(4): 508-15.
2. Ferreira E., et al. The cultural adaptation and validation of the "Burn Specific Health Scale" (BSHS-R): version for Brazilian victims. *Burns*. 2008; 34(7): 994-1001.
3. Rosenberg M. *Society and adolescent self image*. Princeton: Princeton University Press, 1965.
4. Dini GM., Quaresma MR., Ferreira LM. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de Autoestima de Rosenberg. *Rev Soc Bras Cir Plást*. 2004; 19(1): 41-52.
5. Beck AT., et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961; 4: 561-71.

6. Gorenstein C., Andrade LHS. Validation of a portuguese version of Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res.* 1996; 29(4): 453-7.
7. Copyright IBM Corporation 2010. SPSS® Statistics. Disponível em www.spss.com
8. Öster C, et al. Burn-specific health 2 years to 7 years after burn injury. *J Trauma Acute Care Surg.*2013; 74(4):1119-24.
9. Orr DA, et al. Body image, self-esteem, and depression in burn-injured adolescents and young adults. *J Burn Care Rehabil.*1989; 10(5):454-61.
10. Delisle VC, et al. Revisiting Gender Differences in Somatic Symptoms of Depression: Much Ado about Nothing? *PLoS ONE.*2012; 7(2):e32490.

AUTORES/AUTHORS:

Rita Solbakken

TÍTULO/TITLE:

Homebound elderly receiving help from the Home Care Services - a descriptive study of fall events.

Objective:

Falls among old people is a well-documented phenomenon. Falls among homebound elderly, receiving help from the Home Care Services, has not yet been studied in Norway.

The aim of this study is to register the incidence of falls, how many are injured, what kind of injuries they receive, if one can find a trigger to the fall, the circumstances surrounding the fall and variation during the day. The result of this study is also used to investigate if, and how, the head nurses can use this information to improve the quality of the home care services by using this knowledge to prevent fall events.

This study is conducted in a medium-sized Norwegian municipality, within three months; February- April 2013.

Method:

All 373 homebound aged 65 or more, living in this particular community, receiving home care services, were included. Also elderly aged 65 or more, with only security alarm were included because they receive help from the home care services when they call for help using the alarm (n=67). Total: n= 440.

All health workers in home care services were given the task to use one form specially designed for this study. The design was based on a form used in an earlier (Kjølstad et.al) survey and were processed further and adapted to the literature says is important to focus in- connected to fall events.

The registration took place when the health workers were on their home visits and gained knowledge of a fall, or the homebound had injuries that could come from a fall event. They should also ask if the homebound have had fall events, where they were not injured or had sought help in this period.

After presenting the results, I made one focus group interview (Halkier, 2010) with the head nurses who are responsible for staff and homebound in this municipality. This is now under analysis.

Preliminary conclusions:

This study shows that the number of falls among homebound is extensive.

- Totally 101 falls were recorded, represented by 72 persons. That is as much as 25 % of the receivers of home care services, during this period of 3 months.
- 55 persons were registered with only one fall. One person had as much as 10 falls.
- 86 % fell inside, and 15 % outside their house.
- 66% of homebound elderly reported that they had no injury related to the fall, but 34% had injuries, ranging from bruises to fractures and hospitalization.
- In 24 % the circumstances are unknown. For the rest it seems there was not anything in particular that stood out as the fall cause. It seemed complex.
- 52% were male.
- Diurnal variation showed most falls during the day, yet it was relatively evenly on the clock.

Discussion:

International studies show that the number of falls in people living at home, with damage is extensive (Gillespie et.al.). The Norwegian home care service is a non- paid, public service, regulated by law and organized in a different way than in other countries. Research done internationally is therefore not directly comparable. With this study we will gain knowledge of the extent of falls in the municipality and develop a mapping- and documentation tool.

By participating in this study the employees improved their knowledge, increased focus on fall and fall prevention, and contributed to improve quality of service.

Through interviews with the head nurses, I would like to search depth knowledge and investigate if, and how, the result may affect their management of the nursing profession.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**Bibliography:**

Gillespie, L., Robertson M.C, Gillespie, W., Sherrington, C., Gates S. Clemson, S., Lamb, S.

Interventions for preventing falls in older people living in the community.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007146.pub3/full> (03.06.13)

Halkier, B. (2010). Fokusgrupper. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kjølstad, M.K., Pettersen, S., Tvette, P.W. (2009). "Kan fall og fallskader hos eldre forebygges?" Prosjekt i regi av Eldrerådet Nord-Trøndelag og Midtre Namdal Region

<http://www.yumpu.com/no/document/view/3802358/nord-trandelag-fylkeskommune-og-midtre-namdal-norsafety> (03.06.13)

AUTORES/AUTHORS:

Mira Trisyani

TÍTULO/TITLE:

Recognition of Taboos Food and Activities among Pregnant Women in West Java Mira Trisyani Koeryaman, Kim Hee Kyung Full

Purpose: The study was aimed to identify the practice of taboos food and activities among pregnant women of several cities in West Java.

Objects: Pregnant women whose come to prenatal care weekly or monthly at obstetric clinic hospital and private obstetric practice of midwives. The researcher took sample size base on number of questionnaires of 300 participants. Data collection was examined by questionnaires from 30 December 2008 to 30 January 2009.

Methods: The questionnaires were pregnancy activities, including food and taboos activities. The questionnaires measurement used the Likert scale on four point (1-4). The SPSS Win.12.0 (Statistical Package for Social Science 12.0) was used for data analysis.

Statistical analysis used frequencies and percentages.

Results: The findings showed that 83.7% (n=251) of pregnant women forbid to see moon eclipse. Some pregnant women of 69.3% (n=208) keep away from unpleasant behavior during pregnancy. 37% of participants assume certain activity as a food taboos. Those are "restriction to eat some kind of fruits and vegetable like pineapple, avocado, pomegranate, guava, orange squash, durian, jack fruit, papayas, sugar cane, and eggplant".

Conclusion: The traditional background sometimes influences woman behavior during pregnancy. The findings were supported by study at four regencies of West Java, Indonesia which have strongly influenced by taboos behavior. Additional studies of practically maternal health care activity among pregnant women are needed. Regarding taboos behavior, nurse should offer health education among pregnant women on proper practice maternal health care activities.

Keywords: Taboos Activities, Pregnancy, West Java.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- [36] Laderman, C. (1987). *Wives and Midwives: Childbirth and Nutrition in Rural Malaysia*. Berkeley: University of California Press.
- [37] Lee, K. H., Lee, Y. S., & Hee, K. J. (2004). *Women's Health Nursing*. Korea: Hyonmunsa.
- [38] Lorio, C. K. D. (2005). *Measurement in Health Behavior: Methods for Research and Education*. San Fransisco: Jossey Bass, 60.
- [39] Lowdermilk, D. Perry, S., & Bobak, I. (1999). *Maternity Nursing* (5th ed.). Mosby: St. Louise.
- [40] Lipetz, M., & Newcomb, J. (1986). *Concept Paper: Nursing Practice in Women's Health*. *Nursing Research*, 35(2), 143

AUTORES/AUTHORS:

Raquel Pan, Amanda Marques, Bruna Santos, Eufemia Jacob, Claudia Santos, Lucila Nascimento

TÍTULO/TITLE:

Brazilian cultural adaptation of the questionnaire Costs of Caring for Children with Cancer

Introduction: A great financial impact is caused by the childhood cancer, being evidenced by changes in the family structure and organization. **Aim:** The purpose of this study was to do the cultural adaptation of a questionnaire, offering a valid and reliable tool to assess the economic repercussions of childhood-juvenile cancer for Brazilian families.

Method: It is a methodological study with a cross-sectional design. The methodological framework to adapt the questionnaire was a combined process included seven steps: translation to Portuguese; first translated consensus version; evaluation by expert committee; consensus on the expert committee version; back-translation; consensus of back-translated versions; semantic validation^{1,2}. The study was conducted in two moments. The first one was the translation and back-translations process, with five expert committee members. The second moment was the semantic validation, with 24 participants, who answered a form about their impressions of the questionnaire and suggested modifications. The study received approval from an Ethics Committee for Research Involving Human Beings.

Results: In the first moment, items were included, excluded and replaced to adapt the questionnaire in the Brazilian context. In the second, the majority of the participants were mothers, who made suggestions about the questionnaire. Across the process, five changes were made. Those changes were for the questions about of the distance; about benefits and aids for patients and their parents; about the parents or caregivers' type of work and leave of absence; and about the participants' ethnic origin. All these changes were made taking into account the difference between the current reality of Brazil and the United Kingdom.

Conclusions: The authors discussed these recommendations and made adaptations, turning the questionnaire into a valid and reliable tool for application.

Descriptors: neoplasms; child; adolescent; family; validation studies; oncologic nursing.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1 - Deon KC, Santos DMSS, Reis RA, Fegadolli C, Bullinger M, Santos CB. Tradução e adaptação cultural para o Brasil do DISABKIDS - Atopic Dermatitis Module. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2011;45(2):450-457.
- 2 - Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Crosscultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1993;46(12):1417-1432.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves IX

Session of Oral Brief Presentations IX

AUTORES/AUTHORS:

Alejandro Lendinez, Silvia Herranz, Pilar Fraile, Esther Garcia, Sarah Grantham, Nuria Fernandez, Maria del Carmen Diaz, Monica Casero, Monica Adrianzen

TÍTULO/TITLE:

Disfagia Orofaringea en las Unidades de Rehabilitación de Trastornos Neurológicos de un Centro SocioSanitario.

Introducción y objetivos: La disfagia orofaríngea es muy frecuente en enfermedades neurológicas, siendo un síntoma grave, con complicaciones nutricionales y respiratorias que pueden causar la muerte del paciente (1). El objetivo principal de este estudio es conocer la situación en cuanto a prevalencia de disfagia orofaríngea en las unidades de Rehabilitación neurológica de la Fundación Instituto San José de Madrid (FISJ). Como objetivos secundarios: Conocer el estado funcional y patologías que inciden en la posible aparición de la disfagia orofaríngea de dichos pacientes. Pacientes y Métodos: Estudio descriptivo transversal en el que se analizó como población accesible todos los pacientes ingresados desde el 1 de Enero hasta 30 Septiembre del año 2012, en las Unidades de Rehabilitación de la FISJ: Unidad de Trastornos Neurológicos Moderados (UTNM) y en la Unidad de Trastornos Neurológicos Severos (UTNS). Tras la aprobación por el Comité de Ética de la presente Institución se procedió a la recogida de datos. Los datos fueron recogidos a través de las Historias Clínicas de cada paciente por medio del programa IBM Cognos Connection 10.1.1. El análisis descriptivo se presenta mediante la media y la desviación estándar para las variables cuantitativas y las variables cualitativas se presentan por frecuencias relativas y absolutas y fue realizado a través del programa SPSS, (versión 19.0). Resultados: En el periodo comprendido entre el 1 de Enero y el 30 de Septiembre de 2012 ingresaron 109 pacientes en la UTMN y 31 pacientes en la UTNS. Nuestra muestra está constituida por 46% de mujeres y 54% de hombres con una media de edades de 71,1±12,6 años en la UTMN y una media de 56,1±11,0 años en la UTNS. Tenemos una prevalencia de 31,2 % en la UTMN y una prevalencia muy alta, 64,5% en la UTNS. En la UTMN, se diagnosticaron 14 casos nuevos de disfagia orofaríngea y en la UTNS, se diagnosticaron 6 casos nuevos. Los pacientes con disfagia orofaríngea han ingresado con diagnóstico principal de accidente cerebro vascular (63%) y un 18.5% con hemorragias/hematomas cerebrales. Asimismo verificamos que 85.2 % de los pacientes diagnosticados de disfagia presentan un nivel de dependencia total, 11.1% con dependencia severa y 3.7 % una dependencia moderada. Discusión/Conclusión: Nuestros datos están de acuerdo con diferentes estudios, realizados en 2005, en que demuestran una alta prevalencia de disfagia orofaríngea entre el 28% y el 73% tras un accidente cerebro vascular, hasta el 84% en demencias y el 52% en enfermos de Parkinson (2,3). Como podemos constatar la prevalencia de la disfagia orofaríngea en pacientes con enfermedades neurológicas es muy elevada, con repercusiones clínicas importantes, puede comprometer la seguridad del paciente provocando atragantamientos, aspiraciones respiratorias o infecciones respiratorias (4), y/o determinar que la alimentación resulte ineficaz para cubrir las necesidades nutricionales (5). Asimismo, diversos autores refieren que la disfagia puede actuar como un factor asociado a menores posibilidades de recuperación funcional en los pacientes que la presentan (6), en el presente estudio, se puede observar que existe una relación indudable entre el nivel de funcionalidad y la presencia de disfagia, en su mayoría los pacientes (96,3%) afectados por disfagia orofaríngea presentan una dependencia total/severa. Estos resultados están de acuerdo con otros encontrados en el estudio realizado en 2011, en una unidad de convalecencia, en que describen que los pacientes con disfagia tienen una peor situación funcional basal y una mayor frecuencia de síndrome de inmovilidad, por lo que estos autores consideran que estas dos variables podrían considerarse como un marcador de riesgo de disfagia (7). Con este estudio podemos concluir que la prevalencia de disfagia en nuestras unidades de Trastornos Neurológicos es muy elevada, lo que nos permite reconocer la importancia del diagnóstico oportuno de dificultades para la deglución en especial en pacientes con enfermedad cerebro vascular y con nivel de dependencia total/severa. En los últimos años se ha observado un incremento de pacientes diagnosticados de disfagia en las unidades de media-larga estancia, muchos de ellos infra diagnosticados desde los hospitales de referencia, provocando diversas complicaciones y por lo tanto aumentando, posiblemente, la tasa de morbi-mortalidad. De este modo, el presente estudio permite reconocer la importancia del diagnóstico oportuno de dificultades para la deglución en especial en pacientes con enfermedad cerebro vascular y con nivel de dependencia total/severa. La aplicación de un método clínico estandarizado y utilizado de manera sistemática como el MECV-V ayuda a diagnosticar la disfagia orofaríngea, y en consecuencia, puede repercutir en una reducción de sus complicaciones. Además de todas las ventajas ya descritas, es que con la aplicación de dicho método se puede pautar el volumen y la viscosidad más adecuados de manera a adecuar la dieta a las necesidades del paciente afectado por disfagia orofaríngea. De ahí la

importancia de la realización de este trabajo, visto que enfermería tiene un papel primordial, a la vez que importante, para el diagnóstico y tratamiento de la disfagia junto con logopedia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFIA

- (1) Nazar G, Ortega A, Fuentealba I., Evaluación y manejo integral de la disfagia orofaríngea. Rev Med Clin Condes 2009; 20(4): 449-457.
- (2) Clavé i Civit P, Arreola García V, Ferrero López I. Disfagia orofaríngea. En: Salas-Salvadó J, Bonnada i Sanjaume A, Trallero Casañas R, Saló i Sola ME, Burgos Peláez R, eds. Nutrición y Dietética clínica (2ª edición). Barcelona: Elsevier España, 2008; 498-510.
- (3) Ali GN, Wallace KL, Schwartz R, De Carle J, Zagami AS, Cook IJ. Mechanisms of Oral-Pharyngeal Dysphagia in Patients with Parkinson's Disease. Gastroenterology 1996; 110: 383-92.
- (4) Almirall J, Cabré M, Clavé P. Neumonía aspirativa. Med Clin (Barc). 2007; 129(11):424-32.
- (5) Logemann JA. Approaches to management of disordered swallowing. En: Balliere's Clinical Gastroenterology. Balliere Tindall ed.; 1991. p. 269-81.
- (6) Ferrero López, MI; Castellano Vela, E; Navarro Sanz, R. Utilidad de implantar un programa de atención a la disfagia en un hospital de media y larga estancia. Nutr Hosp. 2009; 24(5):588-595.
- (7) Silveira Guijarro, L. J. et al. Disfagia orofaríngea en ancianos ingresados en una unidad de convalecencia. Nutr. Hosp. 2011, vol.26, n.3, pp. 501-510.

AUTORES/AUTHORS:

Maria Dolores Saiz Vinuesa, Carmen Carrilero López, Eloina Rodriguez Moreno, Rosario Claramonte Monedero, Dolores Garrido Moya, Juana García Vitoria, Ana María Piqueras Carrión

TÍTULO/TITLE:

APLICACIÓN DE REIKI Y OTRAS TERAPIAS COMPLEMENTARIAS EN CUIDADOS INTENSIVOS (UCI): PERCEPCIÓN DEL PERSONAL

El Reiki es una terapia complementaria no invasiva que deriva de la antigua práctica de colocación de las manos (1), desde la última década se ha venido introduciendo en hospitales, sin que cese la controversia sobre su utilidad.

En enfermería, en general, el enfoque holístico está muy presente, se considera un signo de evolución gradual para el cuidado humanizado.(2)

En nuestra UCI estamos desarrollando un ensayo clínico (ECA) sobre su efectividad en el destete ventilatorio y se quiere conocer la opinión del personal.

Objetivos:

- Describir las percepciones del personal de UCI sobre Reiki.
- Determinar la aceptación sobre la aplicación de Reiki.
- Evaluar si el personal conoce el ECA.
- Determinar los conocimientos sobre terapias complementarias.

Material y método:

Ámbito: UCI del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. La unidad consta de dos salas con 12 camas, donde se atiende a pacientes de patologías diversas, principalmente médicas.

En la unidad trabajan, un total de 33 Diplomados en Enfermería (DUE), 20 Auxiliares de Enfermería (AE), 9 médicos adjuntos, 3 Residentes (MIR), 2 celadores y 2 limpiadoras.

Diseño: Estudio descriptivo, transversal.

Muestra: Personal sanitario y no sanitario de UCI.

Criterios de exclusión: Investigadores del ECA.

Variables sociodemográficas, laborales, otras variables: conocimientos, actitudes en torno a las terapias complementarias y en particular sobre Reiki relacionado con la aplicación a pacientes y con las percepciones en su vida personal.

Recogida de datos: Enero de 2013, con cuestionario de 15 preguntas de elaboración propia, de respuestas múltiples cerradas, anónimo y autoadministrado.

Análisis estadístico: Paquete estadístico SPSS 17. Descriptivo (medidas de tendencia central y dispersión, frecuencias absolutas y relativas, según tipo de variables); comparación de proporciones (Chi 2). IC: 95% p<0,05.

Resultados:

Han respondido: 100%DUE, 88,8% AE, 91,6% médicos, 50% celadores (n=62). El 77,4% mujeres. La edad media es de 42,6años (d.t 7,7). El 71% cree en la eficacia de terapias complementarias (78,6% Dues, 45,5% médicos).

El 87,1%conoce el Reiki y el 64,5% cree en los beneficios de aplicarlo en los hospitales el 36,4%No el 9,1% No sabe.

El 87,1% conoce el ECA de Reiki en la unidad, al 100% le parece positivo. El 61,3% opina que puede aliviar el dolor. El 73,7% que puede ayudar a reducir la ansiedad. El 75,8% que mejora la relación enfermera-familia. El 69,4% piensa que ayuda a conciliar el sueño. El 43,5% opina que puede ayudar en el trance de morir.

A nivel personal: Un 51,6% cree que el Reiki puede ayudar en el desempeño de sus tareas cotidianas. 77,4% le gustaría conocer más sobre Reiki y/o formarse en esta terapia para poder aplicarla en tu práctica diaria.

Discusión:

La buena aceptación del reiki en nuestra unidad puede ser debida al hecho de que sean profesionales de la misma los que administren esta terapia, así como ser una técnica inocua que no interfiere con el resto de tareas. El reiki es una terapia fácil de aplicar, y que no requiere una habilidad especial lo que hace que despierte mayor interés. El reiki puede ayudar a las enfermeras para abordar cuestiones de burnout, estrés...ya que las enfermeras son cada vez más vulnerables a sufrir estos problemas.(3) Existen diferencias en cuanto a la percepción del Reiki, sus efectos y en la eficacia de terapias complementarias, según categorías profesionales, existiendo un alto interés por la formación en esta terapia.

Por otra parte la OMS propone a la enfermería como mediador para la integración de los métodos tradicionales y complementarios. En los últimos tiempos junto al avance de la tecnificación en la medicina occidental también ha aumentado la idea holística del ser humano,(2,4) aumentando la inquietud del personal (sobre todo enfermería) en investigar sobre nuevas terapias que actúen en la parte emocional de individuo.

Implicaciones a la práctica:

Realizar investigación en cuidados basados en la evidencia, que ayuden a complementar la práctica habitual, dando solidez a las terapias complementarias.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

(1) Lin, Y.S. & Taylor, A.G. Effects of Therapeutic Touch in reducing pain and anxiety in an elderly population. Integrative Medicine, 1998; 155-162

(2) Dias AB, Oliveira L, Dias DG, Santana Mda G. Affective touch according the nurse's perspective. Rev Bras Enferm. 2008 Sep-Oct;61(5):603-7.

(3)Natale GW. Reconnecting to nursing through Reiki. Creat Nurs. 2010;16(4):171-6.

(4)Fortune M, Price MB. The spirit of healing: how to develop a spiritually based personal and professional practice. J N Y State Nurses Assoc. 2003 Spring-Summer;34(1):32-8.

AUTORES/AUTHORS:

RUBÉN RODRÍGUEZ MOLINO, ALBA CRESPO-GARCÍA MENDIZÁBAL, ANA MARÍA GARRES MONTOLI, VERGELINA MORALES RUIZ, MARIA ISABEL SANTIN GARCÍA

TÍTULO/TITLE:

ESTUDIO EN PACIENTES CON EAP EN URGENCIAS.

OBJETIVOS.

Hemos realizado una GPC, estandarizando criterios de cuidados de enfermería en pacientes con EAP.

La IC es uno de las causas de hospitalización frecuentes en URG, la alta tasas de mortalidad de EAP, justifica la realización de esta GPC.

Es importante que enfermería domine pautas de atención al enfermo con descompensación cardíaca. Favoreciendo detección precoz de síntomas impidiendo así el empeoramiento del paciente.

Nuestros objetivos principales fueron:

- Disminución de la incidencia intubación orotraqueal precoz (IOT), en esta patología.
- Fomento del uso de VMNI.
- Mejorar la supervivencia reduciendo estancias hospitalarias.
- Protocolizar los criterios de actuación de cuidados.

MÉTODOS.

El área de estudio fue: la evolución de intervenciones en cuidados de enfermería, en el ámbito de la atención hospitalaria.

La metodología utilizada fue un estudio observacional descriptivo, realizándose una investigación primaria, en un periodo de seis meses en el servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel.

El criterio de inclusión fue:

Pacientes ingresados en Urgencias, con EAP en el que se aplique VMNI.

Criterio de exclusión :

- Pacientes IOT.
- Pacientes en respiración basal.

Los datos fueron estudiados mediante análisis cuantitativo descriptivo, utilizando el paquete estadístico Excel 2007.

Como variables principales utilizamos :

- Parámetros gasométricos.
- Motorización de saturación.
- Rx tórax.

RESULTADOS.

Del total de la población diana (68 pacientes), un 4,48% (n=3) no quiso participar en el estudio.

Del resto de enfermos, fueron tratados conjuntamente de su patología clínica con el tratamiento farmacológico pertinente, el 95% fue tratados con VMNI , obteniéndose n=65.

De este 95% , en un:

- 7% de los casos se resolvió el episodio dando alta domiciliaria al paciente.
- 88% se procedió al ingreso hospitalario , portando VMNI.
- 5% precisó de IOT.

Con el uso de la VMNI se observó una notable mejoría de su estado ventilatorio y sintomatológico, valorable por la mejora de la gasometría y de su estado hemodinámico, disminuyendo la incidencia de IOT.

DISCUSIÓN

Hemos aumentado el confort del paciente, y la actuación precoz disminuyendo la morbi-mortalidad y las estancias prolongadas. Instauramos el fomento del uso de VMNI en nuestro servicio de Urgencias de 3º nivel, ya que se ha constatado que su uso precoz disminuye IOT precoz complicaciones asociadas, habiendo mejorado la clínica y supervivencia intrahospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA

1. Uña Orejón, R.; Ureta Tolsada, P.; Uña Orejón, S.; Maseda Garrido, E.; Criado Jiménez, A. (2005). Ventilación mecánica no invasiva. Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación. 2005 2, 88-100.
2. Vázquez Robles, M. Cuidados de enfermería al paciente con edema agudo pulmonar. Archivos de Cardiología de México. 2002 Enero-Marzo 72(2; SUPP), 280-285.
3. Bambi, S. Noninvasive positive pressure ventilation: An ABC approach for advanced nursing in emergency departments and acute care settings. Dimens Crit Care Nurs. 2009 Nov-Dec; 28(6):253-63.
4. Farha, S.; Ghamra, Z.W.; Hoisington, E.R.; Butler, R.S.; Stoller, J.K. Use of noninvasive positive-pressure ventilation on the regular hospital ward: Experience and correlates of success. Respir Care. 2006 Nov; 51(11):1237-43.

5. Murray, S. Bi-level positive airway pressure (BiPAP) and acute cardiogenic pulmonary oedema (ACPO) in the emergency department. *Aust Crit Care*. 2002 May; 15(2):51-63.
6. Rose, L.; Gerdtz, M.F. Non-invasive mechanical ventilation in australian emergency departments: A prospective observational cohort study. *Int J Nurs Stud*. 2009 May; 46(5):617-23.
7. Sarasin, F.P.; Jolliet, P. Non invasive ventilation in emergency settings. *Rev Med Suisse*. 2005 Aug 10; 1(29):1902-4.
8. Williams, B.; Boyle, M.; Robertson, N.; Giddings, C. When pressure is positive: A literature review of the prehospital use of continuous positive airway pressure. *Prehosp Disaster Med*. 2013 Feb; 28(1):52-60.

AUTORES/AUTHORS:

José Miguel Cachón Pérez, Cristina Alvarez Lopez, Domingo Palacios Ceña

TÍTULO/TITLE:

Importancia del medio ambiente de la unidad de cuidados intensivos para el cuidado del paciente con síndrome confusional

Objetivo

Conocer como intervienen los profesionales de la salud (médicos y enfermeros) en el medio ambiente de las unidades de intensivos para favorecer el cuidado del paciente con síndrome confusional agudo

Método

El ámbito de estudio son las unidades de cuidados intensivos de la comunidad autónoma de Madrid

Para el diseño utilizamos un estudio cualitativo descriptivo, mediante el empleo de grupos focales

Sujetos participantes: enfermeros e intensivistas de unidades de cuidados intensivos, muestreo por propósito en primer lugar y la técnica de bola de nieve en segundo lugar para captar a los participantes, criterio de inclusión se considero un año de experiencia laboral en intensivos

Dimensiones a estudiar para el medio ambiente de las unidades de críticos serán, el control del ruido, la utilización de la luz natural y artificial, las actividades para favorecer el descanso y el sueño de los pacientes. Para la obtención de datos utilizamos grupos focales.

Análisis de datos: análisis temático de los grupos focales, los datos serán analizados por dos investigadores, señalando las narraciones significativas, agrupándolas en unidades de significado, grupos de significado y finalmente construir los temas y subtemas

Resultados

Realizamos 4 grupos focales, formados por 22 participantes, con una edad media de 40,5 años y una media de experiencia en UCI de 14 años

Los temas identificados son:

- 1.El control del ruido, todas aquellas medidas encaminadas a disminuir la exposición de ruido a los pacientes críticos, nivel acústico de las alarmas de monitores y respiradores, tono de voz de los profesionales
2. El manejo de la luz natural, la presencia de luz en el box favorece la orientación
3. Favorecer el sueño y el descanso. Las medidas encaminadas a establecer una rutina de cuidados para estimular el descanso y el sueño del paciente, control de ruidos, luz, disminuir técnicas innecesarias
4. La estructura física de la unidad de críticos influye en la presencia del delirio, unidades con boxes individuales disminuyen la incidencia y la duración del delirio

Discusión

El trabajo de Hu RF sobre la utilización de tapones auditivos y máscaras faciales, demuestra que la disminución de ruidos y de estímulos estrésantes disminuye la incidencia de delirium

La presencia de ventanas y luz natural en las unidades de críticos mejora la evolución del síndrome confusional por contra el trabajo realizado por Taguchi T demuestra que es mejor utilizar iluminación artificial durante dos periodos de tiempo al día

El control del ritmo circadiano diferenciando el día y la noche, estableciendo periodos de descanso / sueño y periodos de actividad mejora el estado cognitivo del paciente.

El ensayo clínico realizado por lundstrom M demuestra que las unidades de críticos con bóxers cerrados permiten prevenir y cuidar mejor a los pacientes con síndrome confusional.

Todo ello genera las siguientes implicaciones para la practica.

Los resultados permiten plantear la inclusión del control del medio ambiente, en las vías clínicas y protocolos de cuidados del paciente crítico con delirio, incluyendo acciones para disminuir el nivel de ruidos, favorecer el sueño y descanso de los pacientes.

Es necesario realizar acciones de formación para el manejo del paciente critico con delirio.

Estas medidas disminuirán la incidencia y duración del deliro en el paciente critico.

En definitiva controlar el medio ambiente de las unidades de cuidados intensivos, manejar de forma adecuada la sedación, el dolor y el síndrome confusional agudo, deben ser las premisas que dirigan los cuiados de enfermería para el paciente critico.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Lopez-Ibor Alin JJ, DSM-IV-TR : manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado. 1a ed., [reimp.] ed. Barcelona [etc.] : Elsevier Masson,; 2007.
2. Meagher DJ, Leonard M, Donnelly S, Conroy M, Adamis D, Trzepacz PT. A longitudinal study of motor subtypes in delirium: relationship with other phenomenology, etiology, medication exposure and prognosis. *J Psychosom Res* 2011 Dec;71(6):395-403.
3. Ely EW, Shintani A, Truman B, Speroff T, Gordon SM, Harrell FE, Jr, et al. Delirium as a 30
4. Thomason JW, Shintani A, Peterson JF, Pun BT, Jackson JC, Ely EW. Intensive care unit delirium is an independent predictor of longer hospital stay: a prospective analysis of 261 non- ventilated patients. *Crit Care* 2005 Aug;9(4):R375-81.
5. Milbrandt EB, Deppen S, Harrison PL, Shintani AK, Speroff T, Stiles RA, et al. Costs associated with delirium in mechanically ventilated patients. *Crit Care Med* 2004 Apr;32(4):955-962.
6. Jackson JC, Gordon SM, Hart RP, Hopkins RO, Ely EW. The association between delirium and cognitive decline: a review of the empirical literature. *Neuropsychol Rev* 2004 Jun;14(2):87-98.
7. Boot R. Delirium: A review of the nurses role in the intensive care unit. *Intensive Crit Care* 37
8. Lin SM, Liu CY, Wang CH, Lin HC, Huang CD, Huang PY, et al. The impact of delirium on the survival of mechanically ventilated patients. *Crit Care Med* 2004 Nov;32(11):2254-2259.
9. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006; 3: 77-101. 21
10. Bloor M, Frankland J, Thomas M, Robson K. *Focus Groups in Social Research*. London: Sage, 2001.
11. Willgerodt MA. Using focus groups to develop culturally relevant instruments. *West J Nurs Res*. 2003; 25 (7): 798-814.
12. Barbour RS. Making sense of focus groups. *Medical Education* 2005; 39: 742-750.

13. Bradley EH, Curry LA, Devers KJ. Qualitative Data Analysis for Health Services Research: Developing Taxonomy, Themes, and Theory. Health Research and Educational trust. 2007; 42: 1758-1772.
14. Controversias and Recommendations. Annals of Family Medicine. 2008; 6(4): 331-339. 2815.9. Cohen DJ, Crabtree BF. Evaluative criteria for Qualitative Research in Health Care:
15. Dew K. A health researcher's guide to qualitative methodologies. Aust N Z J Public Health. 2007; 31(5): 433-37.

AUTORES/AUTHORS:

Montserrat Antorn Ortiz, Silvia Hernández Tarrasón, Montserrat Ribes Baños, Francisco Javier Sánchez Marcos, Pilar Castro Durán

TÍTULO/TITLE:

ALTA RESOLUCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA DEMANDA AGUDA POR SÍNTOMAS RESPIRATORIOS DE VÍAS ALTAS

Objetivo

Conocer el nivel de resolución de enfermería en la demanda aguda por síntomas respiratorios de vías altas.

Métodos

Estudio descriptivo y unicéntrico en zona urbana, Área Básica de Salud de Santa Coloma de Gramenet - 6, Fondo, Barcelona.

Sujetos a estudio: pacientes que acuden a la visita de urgencias por síntomas respiratorios de vías altas, en el año 2012, mayores de 15 años, atendidos en consulta de urgencias de medicina general por enfermería.

Variables: CIP, sexo, fecha de la primera visita, motivo de nueva visita en un período de 10 días y número de días desde la primera visita.

Los datos se obtienen del sistema informático e-CAP, se organizan en la base de datos creada y se explotan con tablas dinámicas de Excel para su análisis estadístico.

Criterios de exclusión:

- Visitas no efectuadas en el Centro de Atención Primaria.
- Pacientes residentes fuera del Servicio de Atención Primaria de Santa Coloma de Gramenet.

Resultados

- Enfermería ha visitado 1063 pacientes de urgencias por síntomas respiratorios de vías altas. De éstos, 338 son mujeres y ha resuelto 638 (60%); la media de visitas por enfermero es de 81,76 y resueltas 49,07.
- 490 pacientes no se revisitan en la consulta por el mismo motivo después de 10 días, siendo el 76,8% de las visitas resueltas por enfermería.
- De las visitas resueltas, han vuelto por el mismo motivo 113 personas y por otros motivos 38, en una media de 4,9 días.

Discusión

En los últimos años, enfermería ha tenido un papel más activo en la atención de urgencias en la Atención Primaria con los protocolos de demanda aguda del Institut Català de la Salut (ICS).

Hay una alta resolución enfermera en la demanda aguda por síntomas respiratorios de vías altas. Para seguir mejorando la resolución por parte de enfermería, es precisa una formación adecuada, protección legal, motivación por parte de la empresa y, finalmente, reconocimiento profesional.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

AUTORES/AUTHORS:

Margarita Puigvert Vilalta, Montserrat Jover Mallol

TÍTULO/TITLE:

Las enfermeras en la Gestión de la Patología Aguda de Baja Complejidad (GPABC)

Introducción:

El concepto de bienestar y las expectativas poblacionales han provocado cambios organizativos en los centros de salud para favorecer la accesibilidad y la calidad de los cuidados prestados.

La GPABC en la atención primaria tiene por objetivo dar respuesta, dentro del ámbito de la profesión enfermera, a personas que acuden al centro sanitario con un problema de salud que necesita atención preferente.

En el año 2006 el Institut Català de la Salut (ICS) desarrolló 16 protocolos de actuación dirigidos a la población adulta y otros 7 destinados a la población pediátrica. Estos protocolos permiten que las enfermeras sean las que finalizan el proceso clínico y, por tanto, ellas son los profesionales responsables de la recepción y de la resolución de los problemas de salud de los ciudadanos que atienden.

El concepto de calidad de atención de salud percibida implica un importante cambio metodológico, ya que supone trasladar la valoración de la calidad del servicio. La satisfacción de los pacientes se considera un indicador válido de la calidad de los servicios sanitarios. Establecer un buen nivel de comunicación para informar e interactuar con el paciente, se considera un indicador válido

Objetivos:

- 1.- Conocer las características sociodemográficas de las personas atendidas
- 2.- Identificar el grado de satisfacción de los usuarios en relación a los cuidados prestados en GDBC por las enfermeras.
- 3.- Analizar el grado de satisfacción de los usuarios en relación a las enfermeras que les atiende en GDBC.
- 4.- Evaluar el grado de resolución de las enfermeras en GDBC.

Método:

Diseño: Estudio descriptivo transversal retrospectivo

Ámbito: Centro de salud de atención primaria (AP) urbano de Girona con una población adulta asignada de 26.670 ciudadanos.

Sujetos: Los participantes seleccionados fueron todos los individuos adultos que acudieron al centro con un problema de salud atendidos por las enfermeras en visitas no programadas que precisaban atención preferente. Excluidos las personas de >15 años. La dimensión de la muestra fue de conveniencia, se escogió el periodo aleatoriamente de una semana comprendida de lunes a viernes del 18 al 22 de febrero de 2013.

Recogida de datos: Todos los sujetos fueron invitados a participar, después de salir de la consulta de la enfermera. Se les explicó el objetivo del estudio, en caso de aceptar, se entregaba el consentimiento informado y se recogió el teléfono y los sociodemográficos (edad, sexo, nacionalidad, situación de convivencia vive solo y vive acompañado). Entre 2 y 5 días de la vista se les realizó la entrevista.

Para valorar el nivel de percepción de la satisfacción del paciente en relación a la atención recibida por parte de la enfermera se efectuó una escala de liker de (0 a 10) siendo 0 muy poca satisfacción y 10 excelente.

Para valorar la satisfacción de los usuarios en relación a los cuidados prestados por la enfermera se efectuó una escala de liker de (0 a 10) siendo 0 muy poca satisfacción y 10 la máxima.

Para valorar el grado de resolución se efectuó una pregunta dicotómica (si/no).

Análisis de datos con spss17.0

Resultado de las variables sociodemográfico:

De las 143 personas atendidas respondieron 118(82,5%) personas, hubo el 17,5% de pérdidas. La edad media fue 50 años (rango 15-89). El 53,7% fueron mujeres y el 46,3% hombres. El 17,6% vivían solos y el 6% eran extranjeros.

Resultado de la variable de satisfacción de los usuarios en relación a los cuidados prestados por las enfermeras GDBC, la puntuación mínima fue 7 y la máxima 10, mediana 8,4 (DS±0,8). De ellos, el 25% puntuó 7, el 47% dio 8, el 15% otorgó 9, y el 13% concedió 10.

Resultado de la variable del grado de satisfacción de los usuarios en relación a las enfermeras que les atienden GDBC, la puntuación mínima fue 7 y la máxima 10 mediana 8,4 (DS±0,7). Del total de la muestra, el 10% otorgó 7; el 47% concedió 8, el 35% refirió 9 y el 8% dio 10.

Resultado de la variable resolución del problema por parte de las enfermeras en GDBC. El 72% se les resolvió el problema versus el 27,1%. Observamos relación estadísticamente significativa $p=0,04$ la resolución del problema con la satisfacción de los usuarios en relación a las enfermeras que les atienden GDBC.

Conclusiones:

La atención enfermera prestada impacta en la organización de los servicios. La consulta de enfermería en AP está muy bien valorada entre los usuarios.

Discusión:

Los resultados obtenidos en el estudio sobre la satisfacción de los cuidados están en sintonía en los estudios consultados (1). Los resultados obtenidos sobre la satisfacción de la atención enfermera es superior a la media catalana(7,9), los resultados obtenidos en la encuesta de Pulpon et es más parecido al nuestro, el 58,8% las valoró con un: "Muy bien" y el 37,5% con un: "Bien" (2,3).

Podemos comprobar cómo los resultados obtenidos en Catalunya en 2008 de resolución autónoma en un principio fueron del 63,9% Brugués et al. En cambio, los resultados obtenidos en 2011 por Leal et al confirman como las enfermeras evolucionan con la experiencia adquirida llegando a unas tasas de resolución autónoma del 75,7%. En nuestro estudio la resolución se aproxima al 72% (4,5).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.- Alamán Vicente, Alberto. Satisfacción de los pacientes de Atención Primaria con la consulta de enfermería del C.S. Teruel Centro.2013. zaguan.unizar.es/TAZ/.../TAZ-TFG-2013-128.p.
- 2.- Satisfacción en los pacientes atendidos en consultas de enfermería Pulpón Segura, Anna M; Icart Isern, M^a Teresa; González Carrión, Francisco; González Carrión, Begoña, Mazerres Ferrer, Oscar.. Tesela [Rev Tesela] 2007; 2. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts2/ts6543.php>
- 3.- Generalitat de Catalunya 2012 PLAENSA ©Satisfacció amb l'ATENCIÓ PRIMÀRIA 2012
- 4.- Brugués Brugués A, Peris Grao A, Martí Aguasca T, Flores Mateo G. Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de atención primaria mediante una guía de intervenciones de enfermería. Aten Primaria. 2008;40:387-91.
- 5.- Leal Negre M, Alvarado Montesdeoca C, Domenech Rodríguez C, Garijo Borja A, Moreiras López S. Consulta de enfermería de alta resolución en atención primaria. Revista ROL Enfermeria. 2011;34(9):592-8.

AUTORES/AUTHORS:

Noéle O. Freitas, Mirana V. G. Pereira

TÍTULO/TITLE:

Percepción de los enfermeros acerca de los cuidados paliativos y el manejo del dolor en la UCI

OBJETIVO: Identificar y analizar la percepción de los enfermeros de una UCI de Adultos, acerca de los cuidados paliativos y el manejo del dolor y caracterizar la muestra.

MÉTODOS: Estudio descriptivo, con doble abordaje, cuantitativo y cualitativo, realizado con enfermeros que trabajan en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos de un hospital en la ciudad de Campinas, Brasil. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación. Los sujetos fueron invitados a participar de la investigación siendo informados acerca de los objetivos, procedimientos e importancia del estudio e, después a la concordancia fue entregado el Termo de Consentimiento Libre y Esclarecido lo cual fue firmado pelo sujeto y investigador. La recolección de datos se llevó a cabo entre junio y agosto de 2011. Participaron del estudio ocho enfermeros. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semi estructuradas, grabadas individualmente, con un instrumento que contiene los datos socio-demográficos y las cuatro preguntas de orientación: "En su concepción, o que son cuidados paliativos?"; "Cuáles son los cuidados que usted implementa para los pacientes en cuidados paliativos en la UCI?"; "Lo que usted hace y lo que debería ser hecho para controlar el dolor de esos pacientes en la UCI?" y "Cuáles son las limitaciones y dificultades para implementar cuidados paliativos y control del dolor en la UCI?" Las entrevistas fueron realizadas observando la aparición de la repetición de los contenidos. Los datos cuantitativos fueron calculados a través de estadísticas descriptivas (media, mediana y desvío estándar). Los datos cualitativos fueron analizados según la metodología de análisis de contenido(1).

RESULTADOS: En relación a la caracterización de la muestra, el 75% de los enfermeros eran mujeres, con edad media de 27.4 años (DE = 5.2; intervalo: 22-38). El tiempo medio de experiencia como enfermero era de 3.2 años (DE = 3.4; intervalo: 0,5 – 11) y el tiempo actuando en la UCI como enfermero era de 2.6 años (DE = 3.2; intervalo: 0.4 – 8). Con el análisis de los discursos se mostraron cinco categorías:

1) "El concepto de cuidados paliativos"

Los enfermeros consideran cuidados paliativos como aquellos que disminuyen el dolor y ofrecen conforto a los pacientes en fase terminal de la vida.

2) "Los cuidados de enfermería en la UCI"

Los enfermeros destacaron los cuidados de enfermería como aquellos de higiene, conforto, control del dolor y prevención de complicaciones.

3) "Las medidas para evaluar y controlar el dolor"

Como medidas para evaluar el dolor en la UCI los enfermeros observan la expresión facial, alteraciones de los signos vitales y relato de lo paciente cuando consciente.

4) "La falta de consenso sobre cuidados paliativos y el control del dolor"

Los enfermeros han informado sobre la falta de un consenso en relación a las conductas para los pacientes en cuidados paliativos en la UCI.

5) "La integración de la familia en la UCI"

Algunos discursos incluyeron la importancia de la integración de la familia en el cuidado al paciente durante la internación en la UCI. Los enfermeros evidenciaran la dificultad de conversar con la familia debido a sobrecarga del trabajo en la UCI.

DISCUSIÓN: El enfermero que actúa en la UCI debe tener el conocimiento sobre esta temática, se trata de una unidad que amplía las perspectivas terapéuticas en diversas situaciones clínicas, sin embargo, por otro lado, implica la posibilidad de prolongamiento de la vida a cualquier coste, implicando muchas veces en tratamientos fútiles. En las declaraciones de los enfermeros, ha sido poco abordada la cuestión del concepto de dolor total, el cual trata sobre todas las dimensiones del ser humano, incluyendo además el alivio del sufrimiento físico, como también psicológico, social y espiritual(2). Estudio muestra que la formación académica prioriza la calidad del conocimiento técnico-científico desvalorizando los aspectos humanistas del cuidado, principalmente relacionados a la enfermedad terminal(3). Los enfermeros han relatado que aún no hay una escala para mensuración del dolor en esta UCI y esto dificulta el proceso de evaluación, principalmente en pacientes sedados y con disminución del nivel de conciencia. El enfermero debe abordar la familia durante la permanencia del paciente en la UCI, pero, se puede evidenciar en las declaraciones que hay poco involucramiento con la familia, principalmente debido a la sobrecarga de trabajo y escasez de recursos humanos que hace parte de lo cotidiano de muchas UCI's en Brasil. Con este estudio, ha sido posible identificar la percepción de los enfermeros y proporcionar la reflexión acerca de la importancia de los cuidados paliativos y control del dolor de los pacientes que están internados en la UCI.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
2. McCoughlan, M. A necessidade de cuidados paliativos. Mundo Saúde (1995). 2003; 27 (1): 6-14.
3. Machado KDG, Pessini L, Hossne WS. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da biotética. Centro Universitário São Camilo. 2007; 1 (1): 34-42.

AUTORES/AUTHORS:

Pilar Noelia Chicote Aylagas, María Victoria Álvarez Cámara, Ana Cristina Hernández Sáez, María Carmen Jiménez Cintora, Antonio Artiga Ruiz, María Fé Alonso Ruiz, Marta Gamarra Lousa, Nuria Miguel García, Eduardo Ladrón Moreno

TÍTULO/TITLE:

¿Infratilizamos el Índice Tobillo Brazo en las consultas de Enfermería?. Estudio de prevalencia

La enfermedad arterial periférica (EAP), es una enfermedad multisistémica que produce un estrechamiento de la luz de los vasos como consecuencia de la aterosclerosis. Por cada paciente diagnosticado existen otros 3 ó 4 sin identificar, es una enfermedad infradiagnosticada y como consecuencia infratratada.

Objetivo. Cuantificar la prevalencia de la EAP en la población mayor de 50 años.

Metodología. Estudio observacional descriptivo, epidemiológico transversal y multicéntrico. La muestra de estudio fue obtenida mediante aleatorización.

VARIABLES. Variable resultado: cifra resultante de la Medición Índice Tobillo Brazo (ITB) y variables sociodemográficas, somatométricas y moderadoras de la variable resultado.

Análisis y tratamiento de datos. Se realizó un análisis descriptivo de las variables y un análisis estadístico inferencial. La significación estadística para este estudio, se estableció en $p < 0.05$. La recogida, almacenamiento y análisis se realizó a través de SPSS versión 17.0 para Windows

Resultados. Se realizaron mediciones del ITB a un total de 172 participantes, de los que 77 (44,8%) eran varones. Se estimó una prevalencia de EAP entre los participantes de un 29,7% siendo un 31.6% mujeres y 27.3% varones. Las alteraciones de los valores obtenidos en las mediciones de ITB, fueron clasificadas siguiendo los criterios de Burnham.

Un 29.7% de los participantes, presentó cifras indicativas de Enfermedad Arterial Periférica y tan sólo un 3.5% presentaba valores de mediocalcinosis. Las determinaciones del resto de los participantes 66.9%, eran compatibles con la normalidad.

El grupo de individuos con valores normales, presentaba una media de edad de 65,61 años (+/-11,14), el grupo con valores de EAP, una media de 69.31 años (+/- 12,12) y con indicaciones de mediocalcinosis, una media de 73.83 años (+/- 12.41).

A los pacientes menores de 65 años, (84 pacientes en total), se les realizó valoración de SCORE (estimación del riesgo cardiovascular a 10 años). Sólo 5 de los 84 participantes fueron identificados como individuos con riesgo (aquellos con SCORE > 5) de éstos, el 40 % presentaban una EAP. Del total de los participantes sin riesgo (79), un 24,1% (19 participantes) presentaron cifras compatibles con la EAP y un 73,4% (58 participantes) cifras dentro de la normalidad. Tan sólo un 2,5% presentaron cifras sugerentes de mediocalcinosis.

Discusión. La prevalencia obtenida en este estudio, fue superior a las obtenidas en otros estudios de similares características. No se identificaron participantes con valores correspondientes a una EAP severa o crítica. Esto puede deberse a que los pacientes con tales características, declinaron participar en el estudio por estar previamente diagnosticados o en seguimiento desde cirugía vascular. Contrasta de manera significativa que pacientes sin riesgo, según la estimación de SCORE, presenten cifras compatibles con EAP.

La detección de la EAP en pacientes asintomáticos, debe considerarse un objetivo prioritario de los Servicios de Salud y la prueba del Índice Tobillo Brazo (ITB) un método diagnóstico fácil, objetivo y no invasivo con una elevada sensibilidad y especificidad para la detección de la EAP asintomática.

Implicación para la práctica clínica: Consideramos que la realización del ITB debe incluirse en la exploración, que desde nuestras consultas de enfermería, debemos realizar a nuestros pacientes para una más completa valoración del riesgo cardiovascular.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Puras-Mallagray E, Cairols-Castellote M.A., Vaquero-Morillo F. Estudio piloto de prevalencia de la enfermedad arterial periférica en atención primaria. *ANGIOLOGÍA* 2006; 58 (2): 119-125
- Blanes JI, Cairols MA, Marrugat J; Prevalence of peripheral artery disease and its associated risk factors in Spain: The ESTIME Study. *Int Angiol.* 2009 Feb;28(1):20-5.
- Cimminiello C, Borghi C, Kownator S, Wautrecht JC, Carvounis CP, Kranendonk SE et al. Prevalence of peripheral arterial disease in patients at non-high cardiovascular risk. Rationale and design of the PANDORA study. *BMC Cardiovascular Disorders* 2010, 10:35.
- Forés Raurell, R; Alzamora Sas, M.T; Baena Díez, J.M; Pera Blanco, G; Torán Monserrat, P; Ingla Mas, J. Infradiagnóstico de la arteriopatía periférica en la población española. Estudio ARTPER. *Med Clin (Barc).* 2010;135:306-9. - vol.135 núm 07
- Puras-Mallagray E, Cairols-Castellote M.A., Vaquero-Morillo F. Estudio piloto de prevalencia de la enfermedad arterial periférica y diabetes en España. *ANGIOLOGÍA* 2008; 60 (5): 317-326
- C. Escobar C, Barrios V, Manzano L. Relevancia de la enfermedad arterial periférica en sujetos de edad avanzada. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2012;29(1):14---21
- Montero JL, Gascón JA, Vargas M^aD, Quero C, Ramírez Campos M^aJ, Villalba P. Beneficios de la determinación del índice tobillo-brazo en la consulta de atención primaria. *Revista Española de investigaciones quirúrgicas.* 2010; Vol. XIII n^o:4 (165-168)
- Fernández-Miranda, Consuelo. Nuevas perspectivas en la medición del riesgo cardiovascular: exploraciones para detectar la aterosclerosis subclínica y marcadores de inflamación. *Med Clin (Barc).* 2007;128(9):344-51
- Murabito JM, D,Agostino RB, Silbenschatz H, Wilson WF, Intermittent claudication. A risk profile from The Framingham Heart Study. *Circulation* 1997; 96:44-49
- Suárez C, Manzano L, Mostaza J, Cairols M, Palma J.C, García I et al. Prevalencia de enfermedad arterial periférica estimada mediante el índice tobillo-brazo en pacientes con síndrome metabólico. Estudio MERITO I. *Rev Clin Esp.* 2007;207(5):228-33

AUTORES/AUTHORS:

Enéas Rangel Teixeira, Adriana Marques dos Santos

TÍTULO/TITLE:

Dimensión psicósomática de las personas con hipertensión arterial

Una parte significativa de la población es afectada por hipertensión arterial, que exige una atención amable y eficaz en su tratamiento y cuidado. Muchas personas no son conscientes de que son hipertensas y otros no promueven el autocuidado. La dificultad de adherencia al tratamiento apunta a la necesidad de estudios sobre los aspectos subjetivos relacionados con esta enfermedad y el cuidado. Tratar de abordar este vacío en la literatura, nuestro objeto de estudio es la historia de vida de los sujetos con hipertensión en perspectiva psicósomática..(FREUD, 1990); GRODDECK, 1994; REICH 2003,LOWEN,1990; MELLO FILHO 1992).

Objetivos - Proponemos que este estudio pretende describir la historia de vida de los sujetos con hipertensión; identificar aspectos psicósomáticos en la historia de la vida de los sujetos con hipertensión; y analizar la emergencia de contenidos en la historia de vida centrada en la atención de la salud.

Método - Nuestro enfoque a la investigación es cualitativa, descriptiva y naturaleza exploratoria, utilizando como método de entrevista de historia de vida y como una herramienta para recolectar datos la entrevista de profundidad destinadas a pacientes hipertensos de la clínica de Reparación de la herida del Hospital Universitario. El método es la historia de la vida, que busca comprender los elementos generales que figuran en las entrevistas de los sujetos estudiados (SPÍNDOLA, 2003)Entrevistamos a 20 clientes, 15 mujeres y 5 hombres. Las entrevistas dirigido al discurso del sujeto colectivo, técnica analítica propuesta por Lefevre y Lefevre, cuyas ideas centrales originaron en tres ejes temáticos: "vida", "aspectos psicósomáticos" y "autocuidado". Las declaraciones de los sujetos apuntan a un estilo de vida centrado en la supervivencia de su trabajo, no hay tiempo para el "placer suficiente", o el establecimiento de ningún tipo de control sobre su vida cotidiana, las condiciones actuales en las enfermedades psicósomáticas.

Resultados

Discusión y discusión - Discusión –

La primera área temática "La vida" nos lleva a la forma de vivir y conocer el mundo. (Maturana, 2001) afirma que el acto de conocer es vivir en su entorno es la base de "el mundo por venir", y se manifiesta en todo nuestro ser, favoreciendo la continuidad entre lo social, humano y de su raíces biológicas. Este eje, de manera trabajó la ruta de la niñez destacando tema, que según Perestrello (1982), deja su huella en la forma de estar en el mundo estos chicos. Símbolo de la fuerza es esencial en la construcción de su modo de vivir, de estar en el mundo.

Aspectos psicósomáticos significa que la suma y la psique es una unidad integrada. Como expuso en el marco teórico, diversos autores desarrollan diferentes concepciones acerca de la visión de la enfermedad psicósomática. Sin embargo, psicósomática es un enfoque que apunta a la "función psíquica en la regulación del equilibrio psicósomático" (VOLICH, 2010, p.21) .. En cuanto a contención emocional seguido de arrebatos emocionales, "el miedo, según Reich, es responsable de la prevención de la libre expresión de las emociones (Reich, 1994). Por lo tanto puede generar problemas físicos, tales como la hipertensión, problemas cardiovasculares entre otros. Es tan chico personalidad que se ve afectada, lo que se confirma por la historia de la vida del sujeto.

Auto Care - Es importante tener en cuenta que entre los veinte entrevistados, sólo siete se refieren a las estrategias de autocuidado. Esto nos hace cuestionar la importancia del autocuidado ocupa en sus vidas. Según Waldow (2001), la atención es una forma de estar en el mundo y la capacidad de atención se relaciona con la cantidad y la forma de ser cuidadosos antes era. Pensar la falta de autocuidado de los pacientes hipertensos tendrá que entender cómo estructurada la importancia del autocuidado en sus vidas. La importancia de escuchar acerca de cómo cada asignatura promueve el autocuidado es fundamental. El respeto por la individualidad, la forma organiza el autocuidado es fundamental para fortalecer su capacidad de cuidar, así como un medio para entender su

subjetividad.

Se concluyó que el conocimiento de la historia de vida de los sujetos con hipertensión hace uso de los recursos favorecedores de su adherencia al tratamiento. Añadido el hecho de que la realidad exige la formación de profesionales de la salud basado en la vista de la complejidad, observando la interacción entre el conjunto (grupos de hipertensos, sociedad, cultura, entre otros) y la parte (historia de vida de hipertensos), como un medio para promover estrategias de cumplimiento del tratamiento adecuado.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

FREUD, S. (1895). Projeto para uma Psicologia Científica. 3.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1990, v.1.

GRODDECK, Georg. O homem e seu Isso. São Paulo: Perspectiva, 1994.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Liber Livro, 2005.

LOWEN, A. Amor, sexo e seu coração. São Paulo: Summus, 1990.

MATURANA, Humberto R; VARELA, Francisco J. A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana. 8.ed. São Paulo: Palas Athena, 2001

MELLO FILHO, Julio. Psicossomática Hoje. Porto Alegre: Artmed, 1992

PERESTRELLO, Danilo. A Medicina da Pessoa. 3.ed. São Paulo: Atheneu, 1982

REICH, Wilhelm. A função do Orgasmo. 18.ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

REICH, Wilhelm. O éter, Deus e o diabo. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

SPINDOLA, Thelma; SANTOS, Rosângela da Silva. Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa. Rev Esc Enferm USP, v.37, n.2, pg.119-26, 2003

VOLICH, Rubens Marcelo. Psicossomática. 7.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

WALDOW, V.R. O cuidar humano: reflexões sobre o processo de enfermagem versus o processo de cuidar. R.Enfermagem UERJ. Rio de Janeiro, n.3, p.284-93, set/dez.2001

AUTORES/AUTHORS:

María Jesús Pumar-Méndez, María Carmen Portillo, Agurtzane Mujika, Elena Regaira, Victoria Navarta, Leire Ambrosio

TÍTULO/TITLE:

Barreras actitudinales para la implementación de estrategias para el abordaje de la cronicidad

Introducción

El presente estudio se enmarca dentro de la fase exploratoria del proyecto "EU-WISE: Self-care Support for People with Long Term Conditions, Diabetes and Heart Disease: A Whole System Approach". Este proyecto multicéntrico, englobado en el séptimo Programa Marco Europeo, tiene por objetivo general conocer a fondo cómo se entiende y fomenta el autocuidado y automanejo de la diabetes desde distintos niveles en cada uno de los países participantes, para poder elaborar nuevas estrategias de autocuidado (<http://eu-wise.com/>).

Objetivo

Identificar barreras actitudinales para la implementación de estrategias para el abordaje de la cronicidad.

Métodos

Se llevó a cabo un estudio cualitativo exploratorio que incluyó 15 entrevistas personales con agentes clave en el desarrollo e implementación de estrategias para el abordaje de la cronicidad en el contexto español. En concreto se entrevistaron políticos, profesionales de la salud, académicos y representantes de la industria farmacéutica y tecnológica. La selección de los entrevistados se basó en un procedimiento de muestreo intencional.

Las entrevistas se realizaron en persona o telefónicamente siguiendo un protocolo de según la preferencia del entrevistado, fueron grabadas y transcritas verbatim. Se llevó a cabo un análisis temático de los datos obtenidos (Guest et al. 2012).

Resultados

Del análisis temático de las entrevistas realizadas emergieron cuatro categorías que representan barreras actitudinales para la implementación de estrategias para el abordaje de la cronicidad: (1) Retórica gubernamental; (2) Paternalismo profesional; (3) Pasividad del paciente; y (4) Focalización de la industria farmacéutica en la medicalización de la atención.

La categoría "Retórica gubernamental" refleja la percepción de la mayoría de los entrevistados de que el gobierno central no traduce en acción su interés por la introducción de estrategias para el abordaje de la cronicidad. Como ejemplo de ello varios entrevistados aludieron a la falta de asignación de recursos para la implementación de los mismos.

La segunda categoría identificada, "Paternalismo profesional", hace referencia a la percepción de los entrevistados de que los profesionales de la salud siguen tendiendo a un intervencionismo excesivo en la toma de decisiones de los pacientes. Todos los entrevistados coincidieron en resaltar que el fomento de la autonomía y la corresponsabilidad del paciente es fundamental para la correcta implantación de estrategias para el abordaje de la cronicidad. Sin embargo, también coincidieron en señalar que el fomento de la autonomía en determinados grupos de pacientes (particularmente los de edad avanzada) es complicado. Dichos grupos de pacientes están habituados a mantener una actitud pasiva ante la toma de decisiones relativas a su salud difícil de revertir. Esta percepción se recogió en la categoría "Pasividad del paciente".

La última categoría identificada, "Focalización de la industria farmacéutica en la medicalización de la atención" refleja la opinión de

varios entrevistados de que las industrias clave en el impulso del desarrollo e implantación de estrategias para el abordaje de la cronicidad (particularmente la industria farmacéutica) lejos de impulsar el autocuidado y automanejo de las enfermedades crónicas promueven una excesiva medicalización de la atención a las mismas.

Discusión

Los hallazgos del presente estudio sugieren que para impulsar de modo efectivo la implementación de estrategias para el abordaje de la cronicidad en España es necesario promover acciones encaminadas a aminorar barreras actitudinales de muy distinto origen. Estas acciones deben fomentar: una adecuada asignación de recursos que permitan el paso de la retórica a la acción; el desarrollo de la autonomía y la corresponsabilidad del paciente; y el control de la medicalización innecesaria de la salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

EU-WISE: Selfcare for Long-Term Conditions in Europe. (2013) En: <http://eu-wise.com/>. Visitado en: 10-03-2013

Guest G., MacQueen K.M., Namey E.E. (2012) Applied Thematic Analysis. London: Sage

AUTORES/AUTHORS:

Cristina García Ibarra, Nuria Romero Jiménez, Javier Iniesta Sánchez, Ramón López Alegría, Ana Laura García Martínez, Yolanda Lizarte Maza

TÍTULO/TITLE:

ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ENFERMO CELÍACO ADULTO

Introducción

La enfermedad celíaca es una patología digestiva crónica frecuente pero aún desconocida por la población en general, con factores genéticos predisponentes pero no suficientes, que puede aparecer a cualquier edad y en cualquier grupo poblacional. Por cada celíaco diagnosticado puede haber entre 5 o 6 casos sin diagnosticar, por lo que es importante no obviar la prevalencia potencial de la enfermedad. La adhesión a la dieta sin gluten cuando el paciente podía ingerir todo tipo de alimentos con anterioridad, se vuelve dificultosa si no recibe la educación sanitaria adecuada.

Objetivos

Analizar la percepción de calidad de vida en pacientes celíacos diagnosticados en la edad adulta.
Identificar las dificultades con las que se encuentran habitualmente.

Metodología estudio descriptivo de calidad de vida en pacientes celíacos diagnosticados en edad adulta del Área de Salud VII durante 2012 mediante cuestionario validado de 74 preguntas que exploran la adhesión al tratamiento, las relaciones sociales e interacciones con el medio entre otras variables. Se elaboró una hoja de recogida para la información de carácter sociodemográfico. La información se analizó con el programa SPS 20.0. presentándose los resultados mediante frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y media y desviación estándar para las cuantitativas.

Resultados analizados 15 cuestionarios, correspondiendo el 73'3% a mujeres, edad media de 49 años. Diagnóstico definitivo obtenido por biopsia intestinal en el 93'3%, la sintomatología fue diarrea en un 53'3% y pérdida de peso en un 20%. El 50% conoce a alguien cercano con la misma enfermedad y en un 40% la fuente de información ha sido el médico. El 86'7% afirma que la sociedad desconoce la enfermedad y su carácter crónico. Un 40% no sigue la dieta de forma estricta cuando sale de casa y un 46'7% ha tenido algún inconveniente al viajar. Un 20% concluye estar muy preocupado por la enfermedad celíaca y un 73'3% afirma afectarle ligeramente a su calidad de vida. El 100% plantea la necesidad de un programa de salud de enfermería específico para la enfermedad celíaca.

Conclusiones

Se pone de manifiesto una falta de adhesión a la dieta justificado por el escaso reconocimiento social de la enfermedad, la falta de adecuación y oferta de menús específicos para estos pacientes.

Los pacientes refieren afectada su calidad de vida, planteando la necesidad de un programa de salud específico para la enfermedad celíaca liderado por la enfermera.

Implicaciones para la práctica

Las complicaciones biopsicosociales a las que se enfrentan estos pacientes, nos obligan a analizar qué ámbitos de su vida necesitan más atención y en qué medida podemos educarlos para cambiar sus hábitos de alimentación con el fin de que se adapte a la dieta sin gluten, que deberá seguir de por vida. Haciéndose necesaria la intervención enfermera tanto en educación como en su seguimiento mediante protocolos estandarizados de cuidados, así como el desarrollo creativo de actividades que faciliten el aprendizaje y el mantenimiento de la dieta sin gluten.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Maciá C, Martínez V, Martínez Fernández V, Montesinos Serra E; Murcia Rodes S; Presencia de trastornos psicológicos en pacientes no diagnosticados de enfermedad celíaca. Revista de Fundamentos de Psicología 2011; 3 (1): 33-42
2. Cabañero Pisa MA. Calidad de vida de los adolescentes afectados de enfermedad celíaca.[Tesis Doctoral]. Barcelona: Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia. 2009.
3. Silva, Sudbrack de Gama E, Furlanetto, Weber T , Diagnóstico de doença celíaca en adultos ; Revista Associação medica do Brasil 2010; 56 (1): 122-126 [fecha de acceso 22 de Enero del 2013]
4. Espiro A, Castillo LC, Guiraldas E, Santibañez M, Miquel JF; Encuesta nacional online aplicada en pacientes con enfermedad celíaca en Chile; Revista Médica Chilena Julio 2011; 139(7) :841-847 [fecha de acceso 22 de Enero del 2013]
5. Smith MM, GoodFellow L, La relación entre la calidad de vida y estrategia de supervivencia de los adultos con enfermedad celíaca. La adhesión a una dieta libre de gluten. Gastroenterología enfermera 2011, 34 (6) : 460-465 [fecha de acceso 22 de Octubre del 2012]
6. Korponay R-Szabó I et al. Población de cribado de la enfermedad celíaca en atención primaria por las enfermeras de distrito mediante una prueba rápida de anticuerpos: la precisión diagnóstica y estudio de viabilidad, BMJ Hungría 2007 [fecha de acceso 22 de Octubre del 2012]
7. Esteve Comas M, Mariné Guillem M, Cribado poblacional para la enfermedad celíaca: ¿ya está justificado?; Revista Gastroenterología y hepatología continuada, 2008; 7(2): 86-90

AUTORES/AUTHORS:

M^a Teresa Torner Benet, Joan Torres Puig-gros, Eva Calvo Moya, Mar Miralbés Torner, Jordi Martínez Soldevila, Francisco Javier Miralbés Casterá

TÍTULO/TITLE:

Consumo de energía en estudiantes universitarios de ciencias de la salud

Objetivo. Conocer el consumo de energía en estudiantes universitarios de ciencias de la salud según el tipo de residencia y la situación laboral.

Métodos. Durante el curso 2011/2012 se realizó una encuesta transversal a una muestra de voluntarios de estudiantes de grado de ciencias de la salud de la Universitat de Lleida reclutados en las aulas. El consumo de energía se obtuvo a través de dos recordatorios de 24 horas recogidos en diferentes estaciones del año y se expresó en Kcal/Kg de peso. Además se recogieron las variables titulación académica (enfermería, fisioterapia, medicina, INEF –Ciencias de la educación física y el deporte-), situación laboral (trabaja/no trabaja), con quien vivía (con su familia, residencia de estudiantes, piso de estudiantes, otros) y si se encontraba la comida preparada (sí/no). La encuesta se aplicó por entrevista personal. Las variables cualitativas se presentaron en porcentajes y las cuantitativas a través de la media aritmética y la desviación estándar ($\bar{x} \pm DE$). La media aritmética se acompañó del correspondiente intervalo de confianza del 95% (IC95%). La asociación entre la variable cuantitativa y las cualitativas de dos categorías se analizó a través de la prueba T de Student y la ANOVA de un factor cuando la variable cualitativa constaba de más de dos categorías. El nivel de significación aceptado fue de $p < 0,05$ y el programa estadístico utilizado fue el SPSS v.20.

Resultados. Participaron 306 de los 1655 estudiantes matriculados (18,5%). 115 pertenecían a medicina (37,6%), 72 a INEF (23,5%), 81 a enfermería (26,5%) y 38 a fisioterapia (12,4%). La edad fue de $19,8 \pm 1,8$ años, 221 eran mujeres (72,2%). 182 trabajaban (59,7%), 143 vivían en piso de estudiantes (46,7%), 100 con su familia (32,7%) y 63 en residencia de estudiantes (20,6%). Se encuentran la comida preparada 155 (50,7%).

Globalmente, el consumo de energía fue de $31,8 \pm 10,5$ Kcal/Kg (IC95%:30,6-33,0Kcal/Kg). Se observó un mayor consumo en los hombres ($34,2 \pm 11,1$ Kcal/Kg) versus las mujeres ($30,9 \pm 10,1$ Kcal/Kg) con una $p < 0,05$, en los estudiantes de INEF ($36,2 \pm 10,1$ Kcal/Kg) con una $p < 0,001$ y en aquellos que trabajaban ($33,0 \pm 10,5$ Kcal/Kg).

Discusión. Se observó un consumo calórico algo por debajo de las recomendaciones¹. Este patrón también se produce en otros estudios realizados en nuestro país²⁻⁵ como en otros de otros continentes con situaciones económicas inferiores al nuestro⁶⁻¹¹. En algunos países la alimentación insuficiente es un problema multicausal, proponiéndose como factores la omisión de tiempos de comida y factores económicos y sociales⁶⁻⁸.

En nuestro estudio el consumo de energía se relaciona con el sexo (más elevado en los varones) y las demandas energéticas propias de la actividad (estudiantil o laboral) que se realizan, no observándose relación con los aspectos domésticos (con quien viven o quien prepara la comida). De hecho, hemos constatado que los estudiantes de INEF y aquellos que desarrollan una actividad laboral consumen más calorías, aun así este aporte es inferior al recomendado para personas activas de esta edad¹.

En los estudios realizados en universitarios españoles y occidentales se observa un aumento del consumo calórico y un mal balance (en macronutrientes) a medida que aumenta la edad, el balance se va perdiendo con un menor consumo de carbohidratos y un mayor consumo de lípidos⁵.

Los estilos de vida, y en concreto, los hábitos alimentarios se relacionan con problemas de salud tanto por exceso (como las dislipemias) como por defecto como los trastornos de la conducta alimentaria. La juventud es una etapa especial en la que se adquieren y consolidan hábitos. El acceso a la universidad puede suponer un cambio importante en el individuo que puede repercutir en su estilo de vida^{2,3}. En este periodo se saltan comidas, picotean entre horas, se decantan por la comida rápida y consumen

frecuentemente alcohol⁴. Los estudiantes están mucho tiempo fuera de su casa, los comedores universitarios deberían ofrecer menús saludables y a un coste razonable⁹. Los factores relacionados con el gasto energético deben de ser tenidos en cuenta en la investigación así como en la elaboración de recomendaciones individuales. Los estudios universitarios, al mismo tiempo pueden ser también una oportunidad para intervenir en la mejora de hábitos. Es un grupo a la vez vulnerable y crítico⁴.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

1. DRI. Dietary reference intake for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and amino acids. Food and Nutrition Board (FNB), Institute of Medicine (IOM). Washington, DC: National Academy Press. 2002.
2. Irazusta A, Hoyos I, Díaz E, Irazusta J, Gil J, Gil S. Alimentación de estudiantes universitarios. *Osasunaz*. 2007; 8:7-18.
3. Martínez C, Veiga P, López de Andrés A, Cobo JM, Carbajal A. Evaluación del estado nutricional de un grupo de estudiantes universitarios mediante parámetros dietéticos y de composición corporal. *Nutr. Hosp*. 2005; 20(3):197-203.
4. Iglesias MT, Mata G, Pérez A, Hernández S, García-Chico R, Papadaki C. Estudio nutricional de un grupo de estudiantes universitarios madrileños. *Ntr. Clin. Diet. Hosp*. 2003; 33(1):23-30.
5. Cutillas AB, Herrero E, de San Eustaquio A, Zamora S, Pérez-Llamas F. Prevalencia de peso insuficiente, sobrepeso y obesidad, consumo de energía y perfil calórico en estudiantes universitarios de la región de Murcia (España). *Nutr. Hosp*. 2013; 28(3):683-9.
6. Vargas-Zárete M, Becerra-Bulla F, Prieto-Suárez E. Evaluación de la ingesta dietética en estudiantes universitarios, Bogotá. Colombia. *Rev. salud pública*. 2010; 12(1):116-125.
7. Saghir S. Calorie and protein intake patterns by Hebron University students. *WJST*. 2013; 10(1):91-95.
8. Gallardo I, Buen-Abad LL. Mala nutrición en estudiantes universitarios de la Escuela de Dietética y Nutrición del ISSSTE. *Rev. Med. UV*. 2011; 1:6-11.
9. Vázquez MB, Witriw AM. Estudio preliminar sobre la ingesta alimentaria en estudiantes universitarios de las carreras de medicina y arquitectura de Ika Universidad de Buenos Aires. *DIAETA*. 2010; 28(131):14-17.
10. Abdull NH, Muniandi ND, Danish A. Nutritional Status and Eating Practices among University Students in Selected Universities in Selangor. Malaysia. *Asian Journal of Clinical Nutrition*. 2012; 21(1):1-11.
11. Rakicioglu N, Akal_Yildiz E. Energy and nutrient intake and food patterns among Turkish university students. *Nutr. Res. Pract*. 2011; 5(2):117-123.

AUTORES/AUTHORS:

Zaida Adan Vera, Caterina Ballester Comas, María Eva Castillo Martínez, Leticia García Velasco, María Isabel Perea Antón, Cristina Ruiz Calatayud

TÍTULO/TITLE:

Elaboración de un documento informativo al alta para el paciente hepatectomizado

Introducción: La cirugía hepática es una de las especialidades quirúrgicas que más se realizan en los hospitales de tercer nivel. Dado que es una cirugía mayor y compleja, no son tan solo importantes los cuidados postquirúrgicos, sino que también lo son las recomendaciones al alta a seguir por el propio paciente durante un tiempo determinado. Por este motivo surge la idea de elaborar un documento con las citadas recomendaciones.

Objetivo: Elaborar un documento informativo claro y específico sobre recomendaciones al alta del paciente hepatectomizado.

Metodología: Estudio observacional, transversal, retrospectivo. La información ha sido obtenida mediante la búsqueda activa de información en bases de datos en formato electrónico y escrito para realizar una bibliografía correcta, y charlas con el grupo de expertos multidisciplinar.

El tiempo de obtención de datos y realización del estudio fue en total de tres meses (de Julio a Octubre del 2012)

En la elaboración del documento se realiza un análisis de los datos obtenidos, creando una primera propuesta de documento o borrador, posteriormente validado por el equipo multidisciplinar. Se configura finalmente un documento definitivo adaptándolo y validándolo según el modelo hospitalario y la imagen corporativa del hospital de tercer nivel en el que se realiza el estudio.

Posteriormente, se entregan las recomendaciones al alta a treinta pacientes junto con una encuesta de satisfacción, en la que se pide una valoración de ciertos ítems que evalúan la capacidad de comprensión y la facilidad de realización de dichos cuidados por parte del paciente y/o del cuidador principal.

Resultados: Se realiza correctamente un documento de recomendaciones al alta del paciente hepatectomizado, consistente en varios apartados. El primer apartado detalla las curas de la herida quirúrgica, haciendo constar cuál es el material adecuado para realizarla, la técnica a seguir y los signos de alarma de posibles infecciones o complicaciones de la herida. El segundo apartado se compone de unas recomendaciones con las que se realiza educación para la salud higiénico-dietéticas que proporcionen los conocimientos suficientes para lograr que la ingesta nutricional sea adecuada a la nueva situación de salud, y se mantenga un peso adecuado. El tercer apartado se compone de recomendaciones generales con respecto a la actividad física permitida durante las primeras semanas y notas a tener en cuenta durante las posteriores consultas externas. El cuarto apartado incluye todos los signos y síntomas de alarma más comunes que pueden darse.

Con respecto a la encuesta de satisfacción, el 93,3% de los entrevistados manifiesta entender correctamente la totalidad de las recomendaciones; el 90% cree que resultará fácil seguirlas; el 100% consideran que es una herramienta muy útil como guía de cuidados; y el 80% de los pacientes reacios al autocuidado expresan querer participar más activamente en sus propios cuidados. Se mejora la calidad asistencial del paciente hepatectomizado en el momento del alta, minimizando las posibles complicaciones gracias a la fácil comprensión del documento.

Se aumenta la seguridad y autonomía del paciente en sus autocuidados domiciliarios y de su cuidador principal.

Conclusiones: La realización de estas recomendaciones aumenta la independencia y seguridad del paciente y de su cuidador principal en sus cuidados domiciliarios, haciéndoles saber todas las posibles complicaciones y eliminando dudas una vez se encuentran en su domicilio.

Este documento puede ser de gran ayuda a enfermería a la hora de unificar criterios en el momento de alta y mejorar la calidad asistencial del enfermo, así como para el personal que acaba de incorporarse al servicio y todavía no conoce dichas recomendaciones.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Surgical Outcomes and Clinical Characteristics of Elderly Patients Undergoing Curative Hepatectomy for Hepatocellular Carcinoma.
Hirokawa F, Hayashi M, Miyamoto Y, Asakuma M, Shimizu T, Komeda K, Inoue Y, Takeshita A, Shibayama Y, Uchiyama K.
J Gastrointest Surg. 2013 Sep 4.

Systematic review of pathophysiological changes following hepatic resection.
Siu J, McCall J, Connor S.
HPB (Oxford). 2013 Aug 29.

Hepatectomías: indicaciones, técnica y resultados [Editorial] -Margarit Creixell, C.; Medicina clínica 2001 ; 117(5) : 175-178

AUTORES/AUTHORS:

Patricia Peñalver-García, Edurne Zabaleta del Olmo, Joaquín Tomás-Sábado, Beatriz Fernández-Najar, Javier Montes-Hidalgo, Cecilia Brando-Garrido

TÍTULO/TITLE:

Intervenciones para la deshabituación tabáquica en la esquizofrenia: Revisión bibliográfica

Objetivo

El tabaco es considerado, a día de hoy, como una de las principales causas de millones de muertes evitables en el mundo. Se estima que en el año 2020, el tabaco provocará el 18% de las muertes en los países desarrollados y un 11% en los países en vías de desarrollo¹. Las cifras sobre la prevalencia del consumo de tabaco son alarmantes. Según un informe realizado a nivel Europeo en junio de 2012², un 28% de la población europea fuma. En España esta cifra se sitúa en el 33%. Según la literatura, las personas diagnosticadas de esquizofrenia tienen tres veces más probabilidad de haber fumado alguna vez que la población en general y además sus tasas de abandono son mucho más bajas³. Algunos autores apuntan que las personas que van a desarrollar algún tipo de esquizofrenia tienen factores de riesgo que les hacen más vulnerables a empezar a fumar⁴. Por otra parte, la gran comorbilidad que la esquizofrenia lleva implícita, requiere una actuación específica a la hora de crear intervenciones para la deshabituación tabáquica. Las alteraciones en la farmacología psicótica, las características específicas de la enfermedad y los efectos que puede originar el abandono del tabaco en las personas con esquizofrenia, son factores determinantes en el resultado final de las intervenciones y por ello deben de ser valorados y tratados de forma distinta que el resto de la población. En este contexto, el objetivo de este trabajo fue identificar la efectividad de las intervenciones farmacológicas, no farmacológicas o la combinación de ambas, dirigidas al abandono o la reducción del consumo de tabaco en las personas adultas fumadoras con esquizofrenia.

Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica de las revisiones sistemáticas indizadas en PubMed publicadas en los últimos cinco años. Se incluyeron todos los artículos cuya población de estudio fueran personas adultas fumadoras con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo según unos criterios estandarizados. El criterio para la inclusión de la población de estudio fue que debían ser personas adultas, entendiendo a éstas como aquellas con edades comprendidas entre 18 y 65 años. Se excluyeron a todas aquellas personas con diagnósticos de cualquier otra enfermedad mental. Se incluyeron los estudios que analizaban el efecto de las intervenciones farmacológicas, no farmacológicas así como la combinación de ambas, destinadas específicamente a la cesación o reducción del consumo de tabaco. La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo durante los meses de octubre y noviembre del año 2012. No se realizó ningún tipo de restricción por idioma y se utilizó lenguaje controlado y libre. Los términos y texto libre que se utilizaron fueron: "esquizofrenia"; "cesación tabáquica"; "terapias farmacológicas para la cesación de tabaco"; "terapias no farmacológicas para la cesación de tabaco"; "salud mental"; "tabaco y salud mental"; "relación tabaco y esquizofrenia"; "bupropión" y "efectos secundarios de las deshabituación tabáquica en persona adulta con esquizofrenia". La calidad metodológica de los estudios seleccionados se evaluó a través de las herramientas disponibles en la plataforma digital www.lecturacritica.com.

Resultados

Se identificaron 115 publicaciones en la base de datos MEDLINE, según términos de búsqueda introducidos. Se excluyeron todas aquellas que no fueron publicadas en los últimos cinco años y la metodología no cumpliera con los criterios de una revisión

sistemática. Una vez valorados los resúmenes de las publicaciones recuperadas, se excluyó una de ellas por no ajustarse a los objetivos del estudio y dos, por no poder ser recuperadas con los recursos de los que se disponía. El resultado final fueron dos artículos que correspondían a un mismo estudio^{5,6}. La calidad metodológica del estudio fue alta. Las intervenciones con bupropión, utilizando éste como único tratamiento o en combinación con parches transdérmicos de nicotina, resultan ser efectivas para la deshabituación tabáquica una vez acabado el tratamiento (Riesgo Relativo (RR), 2,57; Intervalo de Confianza (IC) del 95%, 1,35–4,88; P=0,54; I²=0%) y a los 6 meses de su finalización (RR, 2,78; IC del 95%, 1,02-7,58; P=0,90; I²=0%). Por otro lado, algunos estudios muestran cierta efectividad de la combinación de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en la abstinencia, reducción del consumo y la prevención de recaídas

Discusión

Las intervenciones farmacológicas con bupropión dirigidas a personas adultas fumadoras diagnosticadas de esquizofrenia, muestran ser efectivas en el abandono del hábito tabáquico tanto a corto como a largo plazo. Las pruebas científicas sobre la efectividad de las intervenciones no farmacológicas como único método empleado para la cesación tabáquica son aún insuficientes. Las personas con esquizofrenia tienen una alta prevalencia de consumo de tabaco que les hace ser más vulnerables a adquirir enfermedades que empeoren su salud por lo que es imperativo actuar sin excepciones en la implementación de intervenciones que les ayuden a conseguir la abstinencia tabáquica mantenida y así evitar desigualdades en salud. Estas intervenciones deben ser específicas y adaptadas a las características y las condiciones de salud de estas personas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Alonso B, Ortiz H, Saltó, Toledo J. Epidemiología del tabaquismo: efectos sobre la salud, prevalencia de consumo y actitudes. Estrategias de prevención y control. *Prevención del tabaquismo*. 2006; 8(1).
2. European Commission. Special Eurobarometer 385. Attitudes of Europeans Towards Tobacco. 2012 May.
3. Tai-yin D, Porwal M, Webster AC. Efficacy and safety of bupropion for smoking cessation and reduction in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2010; 196: 346-53.
4. León J, Díaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrated an association between schizophrenia smokers compared to other smokers. *Biol Psychiatry*. 2005 July; 76 (2): 135-157.
5. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia (Review). *Cochrane Database Of Syst Rev* 2011; (3).
6. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Efficacy and safety of bupropion for smoking cessation and reduction in schizophrenia : systematic review and meta-analysis. *Br J Psych*. 2010; 196 (5): 346–53.

AUTORES/AUTHORS:

Anna Bocchino, María José Carranza Naval , María Jesús Medialdea

TÍTULO/TITLE:

El bienestar subjetivo, la dependencia funcional, el apoyo social y la calidad de vida en ancianos institucionalizados

Objetivo: Este proyecto piloto tiene como objetivo evaluar el bienestar subjetivo, la dependencia funcional, el apoyo social y la calidad de vida, y determinar la relación existente entre las distintas variables, en una muestra de 21 ancianos institucionalizados en la Residencia y Centro de Día Fragela (Cádiz).

Método: El estudio es observacional, de carácter descriptivo y metodología mixta. La población de la muestra es de 12 enfermeros y 21 ancianos, de edades comprendidas entre los 65 y 94 años, de los cuales 14 fueron mujeres y 7 fueron hombres. Los criterios de inclusión fueron: en la fase cualitativa profesionales enfermeros activos, y en la cuantitativa, ancianos institucionalizados en la Residencia Fragela que no tuviesen deterioro cognitivo.

Los criterios de exclusión se consideraron: en la fase cualitativa profesionales enfermeros jubilados y otros profesionales sanitarios, y en la fase cuantitativa los ancianos institucionalizados en la Residencia Fragela que presentasen deterioro cognitivo.

En la fase cualitativa del estudio se realizó una entrevista de respuesta abierta a profesionales de enfermería que dio lugar a la justificación del proyecto. Los instrumentos utilizados para la investigación cuantitativa fueron: la Escala de Bienestar Subjetivo (Diener, 1996), la Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social (Zimet et al., 1988), las Viñetas de COOP/WONCA (Lizán et al., 1999) y el Índice de Barthel modificado por Granger (1979).

Resultados: Los resultados obtenidos en el estudio piloto tras el análisis de las relaciones entre las medias de las medidas utilizadas son las correlaciones siguientes: Las variables del Índice de Barthel-modificado por Granger- (BMG) de autocuidados, movilidad y balance total, se correlacionan significativamente con las Viñetas de COOP/WONCA que hacen referencia a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en su variable funcional y su resultado total, con una significatividad a nivel $p=0,01$ y $p=0,05$. Dentro de las propias escalas de Apoyo Social, CVRS y BMG existe correlación entre sus propias variables ($p=0,01$ y $p=0,05$). Respecto a la relación entre las medias de las escalas con las variables sociodemográficas estudiadas (sexo, pareja, estado civil, hijos y fármacos), no se observan diferencias significativas entre ellas.

Discusión: En la investigación no se obtuvo relación entre las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, hijos) y las escalas, si que hallamos estudios donde se muestran correlaciones. Aunque sí que se encuentra una población susceptible de intervención y necesitados de cuidados enfermeros, dada la vulnerabilidad y pérdida progresiva de funciones físicas y mentales de los adultos mayores, necesitan de una atención para restaurar la salud y/o promocionarla, conservarla y afrontar las limitaciones que acontezcan en todos los aspectos de su persona.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bernarás, E., Garaigordobil, M. & de las Cuevas, C. (2011). Inteligencia emocional y rasgos de personalidad. Influencia de la edad y el género durante la edad adulta y la vejez. *Boletín de Psicología*, 103, 75-88.

Brett, C. E., Gow, A. J., Corley, J., Pattie, A., Starr, J. M. & Deary, I. J. (2012). Psychosocial factors and health as determinants of quality of life in community-dwelling older adults. *Quality of Life Research*, 21(3), 505-516.

Fiori, K. L., Antonucci, T. C. & Akiyama, H. (2008). Profiles of social relations among older adults: A cross-cultural approach.

Ageing and Society, 28, 203-231.

Giraldo, C. I. & Franco, A.G. (2008). Functional capacity and health: guidelines and nursing care of the elderly. *Avances en Enfermería*, 26(1), 43-58.

Labrador Toribio, C. (2011). Valoración Funcional. En Millán Calenti, J.C. (Ed.), *Geriatría y Gerontología. Valoración e intervención* (187-204). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Love, A., Goldman, N. & Rodríguez, G. (2008). Is positive well-being protective of mobility limitations among older adults? *Journal of Gerontology*, 63, 321-327.

Meléndez Moral, J.C., Tomás Miguel, J.M. & Navarro Pardo, E. (2011). Actividades de la vida diaria y bienestar y su relación con la edad y el género en la vejez. *Revista Anales de psicología*, 27 (1), 164-169

Millán Calenti, J.C. (2011). *Gerontología y Geriatria. Valoración e intervención*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Pavot, W. & Diener, E. (2008). The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction. *Journal of Positive Psychology* (3), 137-15

Segovia Díaz de León, M. G., & Torres Hernández, E. A. (2011). Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Gerokomos*, 22(4), 162-166.

Soberanes Fernández, S., González Pedraza Avilés, A. & del Carmen Moreno Castillo, Y. (2009). Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 14 (4), 161-172.

Urzúa, A., Bravo, M., Ogalde, M. & Vargas, C. (2011). Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. *Revista médica de Chile*, 139(8), 1006-1014.

Vivaldi, F. & Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23-29.

AUTORES/AUTHORS:

Gerard Mora López , Carme Ferre-Grau

TÍTULO/TITLE:

Análisis de las condiciones de la Teoría de las Transiciones de Meleis del cuidador familiar en un hospital comarcal

1.Objetivos: Analizar los sentimientos, actividades y percepciones de los cuidadores familiares de personas dependientes en un hospital y poder describir los condicionantes que influyen en la adaptación del cuidador familiar en el medio hospitalario, según la teoría las transiciones de Meleis.

2.Métodos: Se trata de un estudio cualitativo basado en la teoría fundamentada, donde la entrevista en profundidad semiestructurada fue la herramienta de trabajo. La investigación se realizó en el Hospital de Tortosa Verge de la Cinta (HTVC), centro de segundo nivel, de titularidad pública y hospital de referencia de las Tierras de el Ebro (Tarragona). Se realizaron seis entrevistas en profundidad, hasta llegar al principio de saturación de la información. Los perfiles de los cuidadores se obtuvieron a través de entrevistas mantenidas con los profesionales de las unidades de hospitalización del HTVC, y también a partir de la bibliografía. Fueron reclutados desde noviembre de 2011 hasta mayo de 2012 en las plantas de la institución. Los criterios de inclusión fueron: mayores de 18 años, cuidadores familiares de personas dependientes y con un periodo de más de un año de evolución de dependencia. A partir de la información se seleccionaron a los participantes, cinco mujeres y un hombre.

El proceso de análisis de información se realizó mediante la lectura en profundidad de las entrevistas, que en nuestro caso el análisis de datos se realizó línea a línea, frase por frase, de forma manual, utilizando tal y como propone Medina el método de Glasser y Satruss de las comparaciones constantes. A partir de este análisis se identifican los factores que facilitan o dificultan una transición saludable durante el proceso hospitalario, según la teoría de Afais Meleis. Se tuvieron en cuenta los aspectos éticos y se utilizó el consentimiento informado y se la aprobación de la Dirección científica del Institut Catala de la Salut.

3.Resultados: La mayoría de las participantes eran de género femenino, poseían un bajo nivel socioeconómico y educativo y permanecían en el hospital junto a sus familiares de primer grado. En el relato de los cuidadores se pueden identificar los condicionantes de la transición, según el modelo teórico de Afais Meleis, que sufren los cuidadores de enfermos crónicos cuando ingresan en un hospital.

4. Discusión Los resultados de este estudio, aunque solo pueden ser transferibles a contextos culturales similares, resultan muy relevantes en nuestro contexto asistencial y nos hacen reflexionar sobre la atención a la cuidadora familiar en el hospital. Así pues los cuidadores familiares tienen una presencia activa en el hospital, aunque son invisibles para el sistema sanitario, pero se utilizan como recurso y realizan una amplia gama de actividades relacionadas con la alimentación, la higiene, el confort y el acompañamiento, que muchas de estas no pueden ser prestadas por los profesionales sanitarios.

El hospital no ha estado diseñado para acoger a los cuidadores y los mecanismos por los que satisfacen sus necesidades pueden poner en peligro su intimidad, salubridad y la convivencia en las habitaciones. Debemos ser conscientes que las normas hospitalarias son vistas como un obstáculo que limita la relación con los profesionales, y también que la actitud y la relación profesional de cara a los cuidadores familiares es asimétrica de unas unidades a otras y la satisfacción de los cuidadores varía dependiendo de la unidad de hospitalización.

Finalmente creemos que es necesario reorganizar el diseño de los hospitales para adaptarlos a los cuidadores y así aprovechar este recurso de cuidados tan rico como son los cuidadores, ya que por un lado aumentaría la eficiencia del modelo sanitario y por el otro reforzaría la autoestima de los cuidadores familiares.

El papel de la enfermera es valorar al individuo y detectar cuáles son sus condiciones para poder acompañar y educar al cuidador familiar para crear condiciones óptimas en la preparación para la transición.

Cabe destacar que las condiciones de las transiciones no siguen un modelo lineal, sino que son circulares, es decir pueden influir unas sobre otras, tal y como se observa en el gráfico.

Los cuidadores familiares son fundamentales para el funcionamiento diario de los hospitales, pero muchas veces su figura se convierte invisible para las políticas sanitarias y sociales. Es necesario continuar con esta línea de trabajo, hacer llegar los resultados a los profesionales, estudiantes, a las instituciones sanitarias y en general a toda la comunidad, para reconocer su trabajo.

Implicaciones para la práctica: Identificar los factores facilitadores de los cuidadores durante su transición a la hospitalización de un familiar, permite repensar el soporte que los profesionales de enfermería dispensan a los cuidadores durante su estancia hospitalaria. Aspecto que aumentaría la eficiencia del modelo sanitario y reforzaría su autoestima.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Balls, P. (2009). "Phenomenology in nursing research: methodology, interviewing and transcribing." *Nursing Times*(35): 30-33.
- Candy B, J. L., Drake R, Leurent B, King M (2011). Interventions for supporting informal caregivers of patients in the terminal phase of a disease, *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Celma Vicente, M. (2001). "Cuidadoras informales en el medio hospitalario." *Rev ROL Enf* 2001 24(7): 503-511.
- Crespo López M, L. M. J. (2007). El estrés en cuidadores de mayores dependientes. *Cuidarse para cuidar. Manuales Prácticos de Tratamiento*. Madrid, Ediciones Pirámide.
- Ferré Grau C, R. S. V., Vives Relats C, Cid Buera D. (2008). El mundo del cuidador familiar. Una visión teórica y un modelo práctico per el cuidado. Tarragona, Silva Editorial.
- García Calvalente MM, M. R. I., Gutiérrez Cuadra P (1999). *Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud*. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Medina Moya, J. (2005). *Deseo de cuidar y voluntad de poder*. Barcelona, Publicacions i Edicions Universitat de Barcelona.
- Meleis A, S. L., Im E, Messias D, Schumacher K. (2000). "Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory." *Adv Nurs Sci* 23(1): 12-28.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York, Springer Publishing Company.
- Plank A, V. M., Luisa Cavada (2012). "Becoming a caregiver: new family carers' experience during the transitions from hospital to home " *Journal of Clinical Nursing*(21): 2072-2082.
- Quero Ruffán, A. (2003). "Los cuidados no profesionales en el hospital: la mujer cuidadora." *Enfermería clínica* 13(6): 348-356.
- Quero Ruffán, A. (2007). *Los cuidadores familiares en el Hospital Ruíz de Alda de Granada*. Departamento de Antropología Social. Granada, Universidad de Granada.
- Wimpenny P, G. J. (2000). "Interviewing i phenomenology and grounded theory: is there a difference?" *Journal of Advanced Nursing*(31): 1485-1492.
- Zagonel Sanson, I. (1999). "O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem." *Rev.latino-am.enfermagem* 7(3): 25-32.
- Zarit S, R. K., Bach-Peterson J (1980). "Relatives of the imparied elderly: correlates of feeling of burlen." *Gerontologist*(20): 649-655.

POSTER 2

AUTORES/AUTHORS:

Sofía Álvarez Ortega, Laura Laso de la Vega Pardo, Maialen Pesquera Iparraguirre, Cristina Riquelme Lozano, Belinda Soto Herrero, Yaiza Velazquez Esteban

TÍTULO/TITLE:

NOMOFOBIA EN LOS ADOLESCENTES DE BURGOS

INTRODUCCIÓN

El teléfono móvil es una herramienta tecnológica muy atractiva. En los últimos años ha habido un creciente interés, especialmente por su uso entre los adolescentes.

Sus múltiples utilidades actuales son un dato previo a tener en cuenta: WhatsApp, despertador, alarma, cámara... A nivel mundial el promedio diario de uso del teléfono móvil por persona es de tres horas, eso implica alrededor de mil horas anuales por individuo. Está descrito que el uso excesivo del teléfono móvil puede crear dependencia. La adicción al móvil, o nomofobia, se define como la incapacidad para controlar o interrumpir su utilización. Otros efectos negativos son el gasto excesivo, riesgos en la conducción, problemas del sueño y del ámbito social, familiar y escolar.

Se considera a los adolescentes el grupo más vulnerable a sufrir la adicción al uso del teléfono móvil presentando características de personalidad como: baja autoestima, carencias afectivas, inseguridad, soledad, características propias de este momento evolutivo.

OBJETIVOS

- Objetivo principal: Describir la dependencia de los adolescentes escolarizados de Burgos al móvil.
- Objetivos secundarios: Clarificar el número de horas diarias que los adolescentes utilizan el móvil y describir qué sexo lo utiliza más.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizará un estudio descriptivo transversal a 1130 adolescentes escolarizados de Burgos. Se excluirán los adolescentes invidentes e hipoacúsicos, por las diferencias obvias del uso del teléfono móvil. Se utilizará el cuestionario internacional "Mobile Phone Problem Use Scale" semicerrado autoadministrado.

El cuestionario cuenta con variables sociodemográficas (edad, sexo, curso escolar) y con variables relacionadas con los objetivos de nuestro estudio (tiempo dedicado al uso del móvil, gasto económico, dependencia al móvil).

Para realizar el estudio se pedirá permiso a la dirección de los diferentes centros educativos de Burgos y a los padres de los alumnos que cumplimentan el cuestionario.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

A partir de los resultados de estudios como éste, los profesionales de enfermería podrían implementar programas de sensibilización dirigidos a los padres y alumnos de secundaria, como forma de detectar precozmente adicciones y fomentar un uso saludable de las nuevas tecnologías.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

García-Galena MC, Monferrer-Tomás J. Propuesta de análisis teórico sobre el uso del teléfono móvil en adolescentes. Comunicar: Revista científica iberoamericana de comunicación y educación [revista en Internet]. 2009 [acceso 13 Marzo 2013];(33):83-92.

Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=3056477>

López-Fernández O, Honrubia-Serrano ML, Freixa-Blanxart M. Adaptación española del "Mobile Phone Problem Use Scale" para población adolescente. Revista de psicología [revista en internet]. 2012 [acceso 13 de Marzo de 2013];24(2):123-130.

Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=3938701>

Ruiz-Olivares R, Lucena V, Pino M.J, Herruzo J. Análisis del comportamiento relacionados con el uso/abuso de Internet, teléfono móvil, compras y juegos en estudiantes universitarios. Adicciones [revista en Internet]. 2009 [acceso 17 marzo 2013]Jul-sept;22(4):301-310. Disponible en: <http://ibecs.isciii.es/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/84252>

Muñoz-Rivas M, Agustín S. La adicción al teléfono móvil. Psicol. conduct [revista en Internet]. 2005 [acceso 17 marzo 2013]Sept-dic;13(3):481-493. Disponible en: <http://ibecs.isciii.es/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/70465>

POSTER 4**AUTORES/AUTHORS:**

Alba Guitard

TÍTULO/TITLE:

USO DE LAS REDES SOCIALES EN LOS ALUMNOS DE 1º DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE LLEIDA (UDL).

INTRODUCCIÓN: La principal finalidad de las redes sociales es promover y mantener relaciones entre personas que comparten los mismos intereses con un motivo social o profesional. Las redes sociales facilitan que las personas que las utilizan creen un perfil y dispongan de herramientas para comunicarse e interactuar a través de Internet. Estas redes ofrecen a sus usuarios una infinidad de funciones para llevar a cabo estas relaciones.

El motivo de la elección de este tema para la elaboración del proyecto fue el hecho de que las redes sociales hubieran evolucionado con tanta rapidez y se hubieran integrado con tanta facilidad en el día a día de las personas. Lo que más llamó la atención sobre este tema fue el gran número de usuarios que tenían en la actualidad y su gran éxito conseguido hasta entonces.

OBJETIVO: El objetivo general del proyecto era conocer diferentes aspectos sobre el uso de las redes sociales en los alumnos de 1º de enfermería de la Universidad de Lleida (UdL). Aparte de un objetivo principal, también se plantearon unos objetivos más específicos para obtener información sobre la muestra a través de los cálculos correspondientes que eran: conocer diferentes aspectos relacionados con el uso de las redes sociales en ese momento como por ejemplo la cantidad de gente que las utiliza, la red más utilizada, el tiempo que se dedica, el momento del día que más se utiliza, el motivo principal de su utilización y el grado de importancia en las relaciones sociales de entonces.

MÉTODO: Se trataba de un estudio descriptivo transversal. La población total del estudio era una población finita formada por 90 alumnos del primer curso del grado de enfermería de la Universidad de Lleida. Se eligió una muestra de 50 individuos encuestados escogidos aleatoriamente. El método de muestreo utilizado era un método no probabilístico donde la población se eligió totalmente al azar sin seguir ningún criterio de elección y donde todos los individuos tenían la misma probabilidad de ser elegidos para formar parte de la muestra. El único criterio de inclusión que tuvieron que cumplir los individuos encuestados fue que entonces estuvieran cursando el primer curso del grado de Enfermería en la Universidad de Lleida. Por otro lado, se excluyeron aquellos individuos que por algún motivo no estuviesen en la clase troncal a la hora de la realización de las encuestas. La razón por la cual se ha elegido esa población fue simplemente la facilidad de acceder a la realización de las encuestas por parte de los encuestados.

El cuestionario estaba formado por 8 preguntas, de las cuales 2 correspondían a variables cuantitativas que eran la edad del encuestado y el tiempo dedicado a las redes y las 6 otras restante correspondían a variables cualitativas que eran el uso o no de las redes sociales, el género del encuestado, el momento del día que más se utilizan, la red más utilizada, el motivo principal del su uso y el grado de importancia de su uso en las relaciones sociales.

El método de estudio que se utilizó para la recogida de información fue un cuestionario de tipo autorellenado que cada individuo encuestado respondió personalmente e individualmente. El cuestionario estaba formado por 8 preguntas, de las cuales sólo 2 eran abiertas y las 6 restantes eran cerradas, donde estaban determinadas las posibles alternativas de respuesta. Todos los individuos contestaron la misma encuesta para poder conseguir la máxima comparabilidad posible.

En cuando a la previsión de análisis estadístico, había dos tipos de análisis de datos. En el análisis univariante, las variables cualitativas se expresaron con porcentajes acompañados de sus respectivos intervalos de confianza del 95%. Los resultados de los porcentajes obtenidos se representaron gráficamente a través de diagramas de sectores, barras o líneas. Las variables cuantitativas se expresaron mediante la realización de la media aritmética que iba acompañada del intervalo de confianza del 95%. Los resultados de la media aritmética se representaron gráficamente a través de histogramas en el caso de las variables cuantitativas continuas o a través de diagramas de líneas o barras en el caso de variables cuantitativas discretas. En el análisis bivariante las medidas que se utilizaron fueron la Xi-cuadrado y la Anova.

RESULTADOS: Todos los individuos del estudio (100% de la muestra), usaban las redes sociales. La más utilizada fue Facebook (90%). La media de minutos dedicados fue de 67,30 min/día y por la tarde (44%) era el momento que más se utilizan. El motivo principal de su uso era mantener el contacto con amigos o conocidos ya fuese por temas personales o profesionales. También se pudo observar que el tiempo que se les dedicaba estaba relacionado con el grado de importancia que tenían en las relaciones sociales de entonces. Por otra parte, se comprobó que el género no estaba relacionado con el motivo de su utilización.

CONCLUSION: La extendida utilización de estas herramientas permitía favorecer relaciones entre los estudiantes para realizar trabajos académicos de grupo y facilitar una comunicación fluida para intercambiar comentarios y materiales docentes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Argimós Pallás. JM. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 2a ed. Madrid: Elseiver; 2004.

Salamanca Castro AB. El aeiou de la investigación en enfermería. 1a ed. Madrid: Fuden; 2013.

POSTER 5**AUTORES/AUTHORS:**

Antonio Jesús Hernández Sánchez, Juan Miguel Cayuela Hernández, Laura García Barraquel, José María Martínez Porlan, Lidia Periago Sorroche, Elena Rodríguez Galera, Solanger Hernández Méndez

TÍTULO/TITLE:

LA PRESCRIPCIÓN ENFERMERA EN ESPAÑA. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Actualmente la prescripción enfermera está suponiendo un gran debate en el colectivo de la salud. En la práctica cotidiana, la enfermera indica y utiliza medicamentos bajo los criterios de buena práctica y juicio clínico, sin prescripción médica y sin disponer del reconocimiento de la competencia y de la autoridad legal, con el visto bueno, tácito o explícito, de las instituciones y la Administración Sanitaria. OBJETIVOS: 1. Analizar la evolución de la prescripción enfermera. 2. Conocer los principios fundamentales de la prescripción por parte del personal de enfermería. 3. Describir e identificar medicamentos y productos de uso sanitario que deben poder prescribir las enfermeras en el marco de sus competencias. METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica sobre la situación de la prescripción enfermera en España. La búsqueda se ha realizado en diversas bases de datos. Se intenta dar a conocer tanto los antecedentes como la situación actual de la prescripción enfermera en España, en comparación con la situación actual a nivel internacional. Se han analizado los conceptos de prescribir y recetar. RESULTADOS: Antes de la Ley 44/2003 (LOPS) existía un vacío legal en el que las enfermeras prescribían sin amparo jurídico, la responsabilidad no recaía sobre ellas sino sobre el facultativo prescriptor. Fue después de esta ley cuando las enfermeras españolas, si prescribían, lo hacían bajo la ilegalidad. Es a partir de este momento cuando surge el conflicto en el que el colectivo enfermero y algunas Comunidades Autónomas como Cataluña, Andalucía y Cantabria, reclaman que se legisle y se regule lo que hasta este momento llevaban haciendo con total libertad. Se profundiza en la prescripción enfermera englobando desde la definición de este concepto, según varias organizaciones, hasta los tipos de prescripción, medicamentos y productos sanitarios que podrían ser indicados por la enfermera. En nuestro país la formación para la prescripción en las universidades no se contempla como una asignatura en sí, sino que se engloba dentro de asignaturas como Farmacología y Nutrición. Pero sí se encontraron cursos específicos de formación complementaria y de postgrado para habilitar a las enfermeras como prescriptoras, función tan necesaria para el desarrollo de la profesión enfermera. CONCLUSIONES: Se han descrito algunos de los motivos por los cuales la prescripción enfermera ya es un hecho que sólo hay que dotar de legalidad. La prescripción enfermera es una competencia primordial para contribuir a la eficacia de la gestión de los problemas de salud de la población, la gestión y optimización del uso de las prestaciones sanitarias y asistenciales y los cuidados aplicados. También es determinante para el desarrollo de su rol autónomo, como un elemento de práctica avanzada que da sentido al desarrollo de las especialidades enfermeras, contempladas en el Real Decreto 450/2005. Quedan claras las ventajas de la regularización de la prescripción enfermera: mejorar el cuidado de la personas sin poner en compromiso su seguridad, favorecer el acceso de los pacientes a los fármacos y productos que necesitan, hacer un mejor uso de las habilidades y competencias de los profesionales sanitarios y promover un trabajo en equipo más ﬂexible e interdisciplinario.

MOTIVOS PARA EL SÍ, MOTIVOS PARA EL NO. SÍ a la prescripción enfermera: Mejorar el cuidado de la personas sin poner en compromiso su seguridad, favorecer el acceso de los pacientes a los fármacos y productos que necesitan, hacer un mejor uso de las habilidades y competencias de los profesionales sanitarios y promover un trabajo en equipo más ﬂexible e interdisciplinario. NO a la prescripción enfermera: Si esta prescripción no está estrictamente enmarcada en nuestro ámbito de competencia. El sistema sanitario no desea otra normalización de las habilidades y conocimientos de las enfermeras que la que asegura la realización de las técnicas derivadas del diagnóstico y tratamiento médico. Nadie, ni ninguna empresa sanitaria ni ninguna Administración, pueden ni debe definir nuestras competencias. Esto sólo corresponde a la profesión. Segunda razón: Si esta prescripción autónoma no cuenta con un catálogo cerrado para su realización. Sobre quien firma la receta recae la responsabilidad de la prescripción, y su emisión debe hacerse en base a una valoración y a un juicio clínico. Por eso es obvio que las prescripciones derivadas de la valoración y el juicio clínico de la enfermera deben ser firmadas por ésta, en el ejercicio de su competencia, y para ello es imprescindible disponer de un catálogo que limite los productos y medicamentos de prescripción autónoma de la enfermera. Ámbitos especialistas, es decir, los que corresponden a las matronas y a los especialistas en salud mental, han de ver reconocidos las técnicas, los productos y los fármacos que constituyen instrumentos indispensables para su ejercicio profesional. Tercera razón: Si no se dispone del marco legal para desarrollarla. Las enfermeras pueden asumir responsabilidades en el ámbito de la prescripción farmacológica, pero el actual marco legal no lo permite.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Búrdalo A, Siles Juan A. Prescripción enfermera, Un nuevo reto profesional. Suplemento 328 de Mundo Sanitario. 2011
2. Morales Asencio JM, Martín Santos FJ, Contreras Fernández E, Morilla Herrera JC. Prescripción de medicamentos y productos sanitarios por Enfermeras Comunitarias. ENFERMERIA COMUNITARIA 2006; 2(1): 8-16.
3. Jodar-Solà G, Cuxart-Ainaud N, Zabaleta E. Reflexiones sobre la Prescripción enfermera en el ámbito de la atención primaria de salud. Atención Primaria 2009; 41 (6):335-8.
4. Consejo General de Enfermería. Marco referencial para la prescripción enfermera. Documento de base. 2006. Consultado en: <http://www.cge.enfermundi.com>
5. Ley de ordenación de las profesiones sanitarias. Ley 44/2003 de 21 de Noviembre. BOE número 280. (21 de octubre de 2003). Ley aprobada.
6. Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Ley 29/2006 de 26 de Julio. BOE número 178 (27 de julio de 2006). Ley aprobada.
7. Modificación de Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Ley 28/2009 del 30 de Diciembre. BOE número 315 (31 de Diciembre de 2009). Ley aprobada.
8. Revista Científica de Enfermería. Prescripción de fármacos y productos sanitarios. Consultado en: <http://www.recien.scele.org>
9. Real decreto 17 de Agosto de 2010. Sobre receta médica y ordenes de dispensación del 17 de Diciembre. BOE número 17 (20 de Enero de 2011) Ley aprobada.
10. Proyecto de Ley. Boletín oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados. 2011 Proyecto de Ley.
11. Biedma Machín, F. La Prescripción Enfermera. Boletín de enfermería de Atención Primaria. 2008; Vol.4; (5):1-13.
12. Cuxart i Ainaud, N. La Prescripción Enfermera: Una Situación Indispensable para la mejora del Sistema de Salud. La Propuesta desde Barcelona. Junio de 2006. 1-19.
13. Organización Colegial de Enfermería Consejo General. Prescripción enfermera. Análisis de situación y acciones a emprender. Septiembre 2005.
14. Competències de la professió Infermera de la Comissió d'Infermeria i les seves especialitats específiques del Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut. <http://www.acir.net/documents>
15. Del Viejo M. Prescripción Enfermera. De espaldas a la realidad. Disponible en <http://www.anecipn.org/congresos/XXX>.
16. Bulechek G, Mc Closkey J, Butcher H. Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC). 5º edición. Madrid: Elsevier; 2010 - 976 páginas

POSTER 7

AUTORES/AUTHORS:

Sandra Madrigal González

TÍTULO/TITLE:

GRUPOS DE AUTOAYUDA PARA FAVORECER LA LACTANCIA MATERNA

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la lactancia materna está siendo objeto de un renovado interés en los países desarrollados, debido a los beneficios que este tipo de alimentación proporciona a la pareja madre-hijo a corto, medio y largo plazo. La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y que, llegada esta edad, el destete se realice de forma gradual, de manera que la lactancia se mantenga durante un tiempo no inferior a los 2 años. No obstante, estas recomendaciones son difíciles de cumplir en nuestro entorno debido a los condicionantes laborales y/o a la falta de información y apoyo. Así entonces, partiendo de la necesidad imperiosa de apoyo que tienen muchas de las madres que amamantan y de la accesibilidad que tienen hoy en día todas las mujeres a los Centros de Salud, se destaca la importancia de la implantación de talleres de lactancia materna en dichos centros.

OBJETIVOS

-Establecer un Programa de Educación para la Salud de Lactancia Materna a través de Grupos de Ayuda en Atención Primaria, en el que se promuevan técnicas correctas, diferentes métodos de amamantamiento y se integren conocimientos, ayudando así a controlar posibles problemas surgidos.

-Aumentar la prevalencia de LM en un 30% durante el primer año de vida, tras la instauración del Programa de Salud, incrementando el número de madres lactantes, tiempo de LM y conocimientos acerca de ella.

-Disminuir y solucionar la aparición de complicaciones tempranas en un 20%.

MÉTODO

1. Ámbito: Centros de Salud de la provincia de Lleida.

2. Población diana:

Se incluirán: puérperas primíparas entre 18 y 40 años, lactantes sanos a término entre 15 días y 1 año de vida, tipo de parto tanto eutócico como distócico, puérperas sanas y con problemas específicos y lactantes alimentados con LM exclusiva, mixta o materna suplementada.

Criterios de exclusión: gestantes, puérperas que no dan lactancia materna, puérperas y lactantes que reciban algún tipo de fármaco o tratamiento adicional específico que afecte a la lactancia y puérperas con hábitos tóxicos.

El taller estará dirigido por un mínimo de dos enfermeras o matronas, aunque también se contará con la colaboración adicional de madres especializadas.

3. Diseño del taller: Se establecerán 6 sesiones mínimas al mes, con una duración aproximada de 2h cada una. En cuanto a las participantes, pueden venir solas o con un familiar pero no se superarán las 15 personas, ya que el objetivo es conseguir un ambiente de comodidad y participación.

Para poder conseguir los objetivos propuestos se sistematizarán unas actividades a realizar en cada sesión. En la 1ª sesión se llevará a cabo una primera valoración y se explicarán los conceptos más básicos de la LM. En las 4 sesiones posteriores se tratarán respectivamente las técnicas correctas de amamantamiento la observación de las tomas, posturas maternas y problemas más frecuentes. La última sesión se reservará para la resolución de dudas y la integración de conocimientos.

Al finalizar cada sesión es importante reservar un espacio de tiempo para evaluar entre todas las personas participantes y la enfermera o matrona, si se han cumplido los objetivos planteados.

-EVALUACIÓN

Se utilizarán varios instrumentos de evaluación para cada uno de los objetivos del trabajo.

Para el primer objetivo, se utilizará un cuestionario de Evaluación de las sesiones que deberán rellenar las participantes al finalizar cada sesión.

Como el primer objetivo también abarca el aprendizaje de la técnica correcta y la adquisición de conocimientos, se evaluarán ambas aptitudes con escalas diferentes. Para evaluar la técnica en sí, se utilizará la escala LATCH-e. Para determinar los conocimientos adquiridos se optará por la Escala de Autoeficacia para la Lactancia Materna (BSES-SF). Ambas valoraciones deben ser continuadas, por lo que se evaluará varias veces en distintas sesiones.

Para el 2 y 3 objetivo, se efectuará un control de la prevalencia de LM al año de vida y de las complicaciones surgidas antes y después de la intervención.

DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

El trabajo expuesto se considera de fácil aplicabilidad a la práctica clínica dado que otros grupos de apoyo consultados ya han llevado a cabo este tipo de intervenciones con resultados efectivos. No obstante se ha comprobado que la mayor parte de grupos de apoyo e instituciones semejantes no utilizan en sus intervenciones ningún tipo de medida estandarizada para evaluar la progresión de sus asistentes. Es cierto que, en todos los grupos de ayuda, las enfermeras o matronas realizan una valoración igualmente, aunque se realice de forma informal y en ocasiones no se siga un método estandarizado. No obstante, como propuesta de mejora, se defiende la implantación y utilización de estas escalas. Su utilización no solo implica expresar la evolución de las asistentes de forma narrativa en fichas de trabajo, sino que también permite hacerlo a través de cifras e indicadores cuantificables y concretos, lo que resulta muy útil para resumir información, transmitirla de forma rápida y, sobretodo, de forma comparable y objetiva. De ahí su valor para el desarrollo de investigación sobre lactancia materna.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia materna: guía para profesionales. 2004 Febrero 2004;5:442.
- (2) Eidelman AI, Gartner LM, Morton, J. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. 2005 February 1, 2005;115(2):496-506.
- (3) MS. Kramer, R. Kakuma. The optimal duration of exclusive breastfeeding. A systematic review. : Department of nutrition for health and development department of child and adolescent health and development. WORLD HEALTH ORGANIZATION.; 2002.
- (4) Ortega Ballesteros EM, Piñero Navero S, Alarcos Merino G, Arenas Orta T, Jiménez Iglesias V. Postnatal breastfeeding promote: support groups. Rev Nure Inv 2010 Septiembre 2010, 14;7(49):Febrero 2012, 26-1-13.
- (5) Báez León C, Blasco Contreras R, Martín Sequeros E, Pozo Ayuso, M. L. D., Sánchez Conde AI, Vargas Hormigos C. Validación al castellano de una escala de evaluación de la lactancia materna: el LATCH. Análisis de fiabilidad. Index de Enfermería Revista SciELO 2008 Julio-Septiembre 2008;17(3):205-206-209.

(6) Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. . J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1994 January 1994;23(1):2013, Abril 2-27-32.

(7) Llopis Rabout-Coudray M, López Osuna C, Durá Rayo M, Richart Martínez M, Oliver Roig A. Fiabilidad y validez de la versión española de una escala de autoeficacia en la lactancia materna. Matronas Prof 2011 2011;12(1):Abril 2013, 2.-3-8.

(8) Oliver RA, D'Anglade G, M. L., García G, B., Silva T, J.R., Richart M, M., Dennis CL. The Spanish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale- Short Form: reliability and validity assessment. Int J Nurs Stud 2012 Febrero 2012;49(2):Abril 2013, 3-169-73.

POSTER 11**AUTORES/AUTHORS:**SILVIA MARTÍN MARTÍNEZ, M^a SOL MARTÍNEZ AVILÉS**TÍTULO/TITLE:**

¿APOYO EDUCATIVO O DIETAS ESTRUCTURADAS? EN BUSCA DE LA MEJOR ESTRATEGIA PARA ABORDAR LA OBESIDAD INFANTOJUVENIL

1. INTRODUCCIÓN

Dicho estudio aborda la obesidad infantojuvenil desde la promoción, buscando un método eficaz para la adopción de hábitos alimentarios y de ocio saludables.

La prevalencia de obesidad infantil en España es una de las más altas de Europa, solo Italia y Chipre superan a España en las cifras de obesidad infantil según el estudio IDEFICS.

Tanto la Encuesta Nacional de Salud, como otros estudios (eje. estudio Aladino) muestran una relación inversa entre la obesidad y el sobrepeso con la vida sedentaria, la ingesta excesiva de nutrientes como grasas o proteínas y la posición socioeconómica de la familia.

2. HIPÓTESIS

Los niños y niñas incluidos en el grupo experimental presentan una mayor adherencia terapéutica mediante las sesiones de apoyo educativo, logrando mejores resultados en la pérdida de peso y modificación de hábitos de vida no saludables, que los incluidos en el grupo control tratados con dietas estructuradas.

3. OBJETIVOS

General:

-Comparar la eficacia de dos estrategias en el abordaje de la obesidad infantil –la educación para la salud y las dietas estructuradas– en relación con la pérdida de peso, la satisfacción con la imagen corporal y la adherencia terapéutica.

Específicos:

-Identificar los beneficios en la pérdida de peso con la utilización de medidas de apoyo educativo frente a las dietas pautadas.

-Analizar los beneficios en cuanto a aceptación y satisfacción con la imagen corporal de los niños y niñas tratados con la intervención educativa frente a las dietas estructuradas.

-Evaluar la adherencia terapéutica en los niños tratados con dietas estructuradas frente a las sesiones educativas.

3. MÉTODO**a. Diseño del estudio:**

Psicopedagógico experimental puro con grupo control pretest-postest; el grupo experimental entrará en un Programa de Educación para la Salud y el grupo control recibirá la intervención rutinaria de la consulta de enfermería ante un episodio abierto de exceso de peso (principalmente dietas estructuradas prescritas)

La intervención en el grupo experimental será grupal y consistirá en reunir grupos de jóvenes de entre 5 y 10 componentes, más un miembro de la unidad familiar, preferiblemente el cuidador principal.

Se realizarán 6 sesiones de Educación para la Salud con el fin de que los participantes adquieran conocimientos sobre los alimentos, pautas de adelgazamiento saludable y controlado, alimentación saludable y mantenimiento del peso e IMC.

b. Sujetos de la investigación:

La población diana serán los niños y niñas de entre 8 y 12 años, que padezcan sobrepeso u obesidad en la Comunidad de Madrid.

Los sujetos de estudio se distribuirán aleatoriamente entre los grupos experimentales y los grupos control del estudio, mediante el siguiente método:

-Urna A: se introducirán tarjetas dobladas, cada una de las cuales llevará inscrito un número (1 = grupo experimental ó 0 = grupo control)

-Urna B: se introducirán tarjetas dobladas, cada una de las cuales llevará inscrito el nombre de un sujeto de estudio.

En cuanto a los criterios de inclusión y exclusión, se considerara como:

Criterios de inclusión:

- Niños y niñas de entre 8 y 12 años de edad.
- Padecer obesidad o sobrepeso.
- Pertener a algún centro de salud de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid seleccionados.
- Deseo de participar en el estudio de forma voluntaria, con el consentimiento de sus padres o tutores, y que exista un miembro de su unidad familiar dispuesto a participar de forma activa en las sesiones educativas.

Criterios de exclusión:

- Diagnos de problemas endocrinos en la actualidad.
- Diagnos de enfermedad orgánica grave previa a la intervención.
- Existencia de síndromes o problemas psiquiátricos.

c. Variables de estudio:

- Variable Independiente: Se celebrarán 6 Sesiones de Educación para la Salud distribuidas en 12 meses.
- Variable Dependiente: Exceso de peso: obesidad y sobrepeso infantojuvenil.
- Variables Intervinientes:
 - Sexo
 - Edad
 - Nivel de estudios de los padres
 - Nivel socioeconómico de los padres
 - Situación Laboral de los padres
 - Características del núcleo familiar
 - Cuidador Principal

d. Instrumentos para la obtención de datos:

-Cuestionarios pretest y postest que valoren los hábitos alimentarios de la población escolar, tomado como fuente el Programa Perseo:

http://www.perseo.aesan.mspes/docs/docs/cuestionarios/cuestionario_1_exploracion_alumnado.pdf

-Valoración Antropométrica Mensual. Se medirán parámetros como: Sexo, Edad, Talla, Peso, IMC, Circunferencia del brazo y cintura y Pliegue Tricipital.

-Analítica de Sangre (Hematocrito, Hemoglobina, Glucemia, Proteínas totales, Albúmina, Calcio, PTH, Bilirrubina, Colesterol, Triglicéridos, Hierro, Ferritina, Ácido fólico y Vit. B12). Se realizarán en tres momentos diferentes (0 – 6 - 12 meses)

e. Análisis de los Datos:

A partir de los datos obtenidos, se compararán los resultados pre y post intervención entre sí, mediante un análisis estadístico; se analizará si los Programas de Educación para la Salud tienen un efecto positivo sobre la obesidad y el sobrepeso infantojuvenil, frente a las dietas estructuradas.

Se tomarán los datos de los escolares que hayan participado en el 90% de las sesiones o intervenciones, junto con sus familiares o tutores. Asimismo, se analizarán los motivos de los posibles abandonos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Dattilo AM, Birch L, Krebs NF, Lake A, Taveras EM, Saavedra JM. Need for Early Interventions in the Prevention of Pediatric Overweight: A Review and Upcoming Directions. *Journal of Obesity*. 2012; vol. 2012, Article ID 123023, 18 pages, 2012. doi:10.1155/2012/123023. Disponible en: <http://www.hindawi.com/journals/jobes/2012/123023/>
2. St-Onge MP, Keller KL, Heymsfield SB. Changes in childhood food consumption patterns: a cause for concern in light of increasing body weights. *Am J Clin Nutr*. 2003 Dec; 78(6):1068-73. Disponible en: <http://ajcn.nutrition.org/content/78/6/1068.long>
3. Valdés Pizarro J, Royo-Bordonada MA. Prevalencia de obesidad infantil en España; Encuesta Nacional de Salud 2006-2007. *NutrHosp (Madrid)*. 2012. 27 (1, Enero-Febrero). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000100018&lng=en&nrm=iso&tlng=en
4. Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Dalmau Serra J, Gil Hernández A, Lama More R, Martín Mateos MA et al. El comedor escolar: situación actual y guía de recomendaciones. *AnPediatr (Barcelona)*. 2008. 69 (1): 72-88. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en/linksolver/ft/ivp/1695-4033/69/72?s=tr&ty=975293>
5. Martín Salinas C, Díaz Gómez J. Dieta cardiosaludable. En: Martín Salinas C, Díaz Gómez J. *Nutrición y Dietética*. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009. p. 426-441. Disponible en: <http://encuentra.enfermeria21.com>
6. Ortiz H, Galán I, Martín López R, Garrido M, Zorrilla B, Gandarillas A. Prevalencia de sobrepeso y obesidad y efectos en la mortalidad atribuible en la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
7. González Jiménez E, Aguilar Cordero MJ, García García CJ, García López P, Álvarez Ferre J, Padilla López CA et al. Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en una población de escolares de Granada (España). *NutrHosp (Madrid)*. 2012. 27 (1, Enero- Febrero). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000100021&lng=en&nrm=iso&tlng=en

POSTER 12**AUTORES/AUTHORS:**

Cristian Torres Salguero

TÍTULO/TITLE:

Intervención dirigida a población diabética subsahariana de Lleida desde una perspectiva de desigualdades en salud

1. Objetivo(s)

El objetivo principal que dirige esta intervención es el de mejorar y/o mantener el control de la diabetes mellitus, así como prevenir las complicaciones tanto agudas (hipo e hiperglucemia, cetosis...) como crónicas (retinopatía, neuropatía diabética, enfermedades cardiovasculares, etc.) propias de la enfermedad en pacientes diabéticos de origen subsahariano residentes en la ciudad de Lleida.

En cuanto a los objetivos secundarios, estos consisten en aumentar la adherencia a la insulina en aquellos pacientes inmigrantes subsaharianos insulino dependientes a través de educación sanitaria sobre alimentación y ejercicio físico.

2. Métodos

El área de investigación contempla las desigualdades en salud en la población inmigrante siguiendo como estrategia una búsqueda manual en fuentes de información online como editoriales relacionadas con ciencias de la salud. También en bases de datos tales como; PubMed, SciELO, Dialnet, metaCercador de la Universitat de Lleida, así como también el buscador Google Académico y el portal web Tesis Doctorales en Red (TDR), un servidor que recoge lecturas de tesis doctorales y que permite que sean consultadas.

Algunos de los criterios para la realización de las intervenciones también se han extraído de la página web de la Asociación Americana de la Diabetes (ADA). La evidencia encontrada y consultada se ha fijado con una antigüedad máxima de 6 años, aceptando aquella literatura publicada a partir del año 2007.

No hay homogeneidad metodológica en cuanto a los criterios de selección de estudios, estos son: poblacionales observacionales transversales, cualitativos, descriptivos, de carácter exploratorio y fenomenológico, multicéntricos... Sin embargo, sí que se han seleccionado mediante la revisión crítica aquellos artículos que aportan evidencia científica y resultados acerca del control de patologías crónicas en población inmigrante.

La población diana es la población inmigrante procedente de África Subsahariana residente en la ciudad de Lleida, con un rango de edad de entre 18 a 90 años, que sufre de diabetes mellitus tipo I o II y que precisa de conocimientos básicos sobre alimentación y ejercicio físico para controlar la enfermedad.

La intervención será aplicada principalmente por enfermeros/as y con la cooperación, siempre que sea posible, de mediadores/as culturales, todo ello llevado a cabo en el contexto de la atención primaria.

3. Resultados

Los resultados obtenidos a través de la revisión crítica de estudios previos determinaron que la población inmigrante llevaba a cabo un peor control de la diabetes mellitus y presentaban complicaciones rápidamente, aun realizando el mismo número de visitas que la población autóctona. Además, estos eran diagnosticados antes, es decir, a una edad más temprana, de dicha patología, ya que esta se presenta de forma precoz y evoluciona rápidamente por los cambios producidos en los hábitos dietéticos y de actividad física en cuanto llegan a nuestro país.

Cabe afirmar que la población inmigrante no es ajena al problema y le otorga una gran importancia al factor de la alimentación, junto a la situación económica/laboral y familiar.

Tras identificar cuáles eran los factores que determinaban las desigualdades en salud en el colectivo inmigrante subsahariano diabético residente en la ciudad de Lleida, se planificaron dos intervenciones aplicadas a través de la educación para la salud sobre alimentación y ejercicio físico, ambas dirigidas a mejorar el control de dicha patología crónica.

4. Conclusión

Actualmente no hay estudios previos que aporten evidencia relacionada con las intervenciones aplicadas en población inmigrante, sobretodo en cuanto a patologías crónicas y más concretamente, la diabetes mellitus. Sin embargo, en estos estudios si se ha reiterado la necesidad real de investigar e invertir esfuerzos en el conocimiento de este campo para mejorar el control metabólico que el paciente inmigrante pueda llevar a cabo sobre su enfermedad, así como la eficacia de nuevos métodos de tratamiento y de intervenciones en educación para la salud, ya que existe una gran movilización de masas de población en nuestro país.

El mayor hándicap hallado a la hora de aplicar la intervención ha sido la barrera idiomática y sobretodo los recursos socioeconómicos de los que dispone el usuario, ya que gran parte de la salud del paciente viene determinada en numerosas ocasiones por estos últimos.

Son varios los estudios que afirman que el apoyo social tiene un papel importante y decisivo en lo que refiere a la integración de la población inmigrante, llegando a ser necesaria la implantación de políticas sociales que aborden las desigualdades en salud y los factores que puedan incidir en esta. De esta forma se facilitarían que el paciente tuviera un mejor control de la enfermedad, menores complicaciones, mayor bienestar y en definitiva, mejor calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Llosada J, Vallverdú I, Miró M, Pijem C, Guarga À. Acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: la voz de los profesionales. *Atención Primaria* 2012; 44(2):82-88.

Mladovsky P, Ingleby D, Rechel B. Good practices in migrant health: the European experience. *Clinical medicine* 2012; 12(3):248-252.

Regidor E, Sanz B, Pascual C, Lostao L, Sánchez E, Díaz Olalla JM. La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. *Gaceta sanitaria* 2009; 23(1):4-11.

Vázquez ML, Terraza R, Vargas I, Lizana T. Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante. *Gaceta Sanitaria* 2009; 23(5):396-402.

Franch-Nadal J, Martínez-Sierra MC, Espelt A, Sagarra-Busquets E, Patitucci-Gómez F, Goday-Arno A. El diabético inmigrante: factores de riesgo cardiovascular y su control. *Aportaciones del estudio IDIME*.

Revista Española de Cardiología. 2012; 66(1): 39-46.

Soler-González J, Marsal JR, Serna C, Real J, Cruz I, López A. La población inmigrante controla peor su diabetes que la población autóctona. *Gaceta Sanitaria*. 2012; 27(1): 19-25.

Rodríguez E, Lanborena N, Senhaji M, Pereda C. Variables sociodemográficas y estilos de vida como predictores de la autovaloración de la salud de los inmigrantes en el País Vasco. *Gaceta Sanitaria*. 2008; 22(5): 404-412.

Palacios L, Camps L, Fabregas M, Vilaplana M, Dalfó-Baqué A, Vilaplana X. Seguimiento y control de la hipertensión arterial. ¿Se efectúa igual en la población autóctona y en la inmigrante? *Atención primaria* 2007; 39(12): 651-654.

Lozano ML, Leal M, Abellán J, Gómez P, Ortín EJ, Abellán J. Evolución del riesgo cardiovascular de los inmigrantes residentes en España según procedencia y años de estancia. *Atención Primaria* 2013; 45(2): 92-100.

Morató J, Canadell J, Martínez M, Patitucci M, Artal E, Franch J. El control metabólico en pacientes diabéticos inmigrantes. *Avances en Diabetología* 2010; 26(2): 107-111.

POSTER 13**AUTORES/AUTHORS:**

Vanessa Díaz Hurtado

TÍTULO/TITLE:

Formación sanitaria del cuidador informal en los cuidados del paciente paliativo en el domicilio

1.OBJETIVOS

A partir de la detección de un problema de salud como es la sobrecarga del cuidador informal, se marcan los siguientes objetivos: 1) Detectar niveles de ansiedad y depresión en aquellos cuidadores informales de enfermos paliativos en el domicilio. 2) Detectar sobrecarga en aquellos cuidadores informales de enfermos paliativos en el domicilio. 3) Reducir numéricamente el resultado de las escalas de valoración de Ansiedad/Depresión (HADS) y sobrecarga del cuidador informal de Zarit (EZ).

2.MÉTODO

-ÁREA: El área de metodología se rige en el cuidador informal encargado del paciente paliativo en el domicilio.

-DISEÑO: La estrategia de búsqueda de estudios fue mediante bases de datos como PubMed, Dialnet, Cuiden, Medline, Medes y Connect+, así como búsqueda manual en bibliotecas especializadas en ciencias de la salud. Los años considerados fueron desde el año 2000 hasta la actualidad, siendo el español el idioma principal seguido por el catalán y el inglés.

-ESTUDIOS: Los estudios escogidos fueron aquellos que trataban sobre la validación de instrumentos de valoración, estudios descriptivos retrospectivos y prospectivos, estudios observacionales, estudios pilotos y ensayos clínicos. Todos ellos partiendo de una introducción, objetivos, material y método, resultados, discusión y conclusión, teniendo alguno de ellos el conflicto de intereses.

-VARIABLES: Las variables consideradas en los estudios fueron: el grado de sobrecarga del cuidador informal y el grado de depresión-ansiedad del cuidador informal.

-INSTRUMENTO, MÉTODO O PROCEDIMIENTO UTILIZADO PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS: En primer lugar, se realizó una lectura de los distintos estudios remarcando los datos más relevantes e importantes de cada uno de ellos. A continuación, se rellenó una tabla con los datos obtenidos para posteriormente analizarlos, y se trabajó con dos escalas: Escala de Ansiedad/Depresión (HADS) y Escala de Valoración de Zarit (EZ): la sobrecarga del cuidador informal.

-ANÁLISIS DE DATOS: El análisis de datos fue realizado mediante una síntesis y comparación de los datos reflejados en los distintos estudios, sobre el problema de salud de la sobrecarga del cuidador informal en los cuidados del enfermo paliativo. Además, se intentó ofrecer una homogeneidad en los datos narrados en los estudios con el fin de representar una menor dispersión y ofrecer una estimación estadística muestral válida.

-POBLACIÓN DIANA: La población diana encargada de impartir la intervención será aquella que se encargue de los cuidados del enfermo paliativo en el domicilio. Por tanto, se dirigirá al cuidador informal del paciente paliativo al domicilio. Restaran excluidos aquellos cuidadores formales que, por definición, reciban una remuneración económica por sus servicios, partiendo de una formación y educación que lo avalan para proporcionar cuidados.

-PROFESIONAL A QUIEN VA DIRIGIDO: Según la OMS, la enfermería es la profesión que abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal. Partiendo de esta definición, los profesionales encargados para llevar a cabo la intervención al cuidador informal de paciente paliativo, serán los profesionales de enfermería que trabajen en un equipo de cuidados paliativos a domicilio. Además, enfermería es el profesional sanitario más próximo y mantiene un contacto directo con el paciente y su núcleo familiar.

-INTERVENCIÓN: La intervención que se llevaría a cabo en la sobrecarga del cuidador informal, está basada en un cronograma semanal de formación sanitaria mediante sesiones domiciliarias a los cuidadores informales de pacientes paliativos en el domicilio, ajustándose a las necesidades que requiera tanto el enfermo como su cuidador. La formación sanitaria consistiría en la enseñanza teórica y práctica de temas y aspectos relacionados con las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Tanto el orden de las sesiones como su contenido estarán sujetos a cambio según la evolución del paciente. Además, se realizaría las escalas de ansiedad/depresión (HADS) y la escala de Zarit (EZ) con tal de valorar y evaluar tanto la ansiedad y depresión, como la sobrecarga del cuidador informal en el tiempo. Finalmente, se dejaría por escrito todos aquellos consejos y dudas que hayan surgido en la sesión.

3.RESULTADOS

Los resultados no están disponibles a la espera de la implantación de la intervención.

4.DISCUSIÓN

Ante la sobrecarga del cuidador informal es importante trabajar un plan de cuidados personalizado con el objetivo de detectar de forma precoz la aparición de ansiedad y depresión, y la sobrecarga del cuidador. Así pues, se tratarían aquellos casos detectados mediante programas educativos con tal de evitar la claudicación familiar. Algunos autores aconsejan valorar de forma sistemática la dependencia de los enfermos paliativos y, a la vez, valorar las necesidades de los cuidadores informales, así como entregar material escrito para que los familiares retengan mejor la información recibida, asegurando unos cuidados de calidad destinados al bienestar del paciente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Ubiergo MC, Regoyos M, Vico MV, Reyes R. El soporte de enfermería y la claudicación del cuidador informal. *Enferm Clínica* 2005;15(4):199-205.
- (2) Muñoz F, Espinosa JM, Portillo J, Rodríguez G. La familia en la enfermedad terminal (II). *Medicina de Familia* 2002;3(4):262-268.
- (3) Vega T, Arrieta E, Lozano JE, Miralles M, Anes Y, Gómez C. Atención sanitaria paliativa y de soporte de los equipos de atención primaria en el domicilio. *Gac Sanit* 2011;25(3):205-2010.
- (4) Zapata MA, Matute MN, Gómez MV. Plan de cuidados enfermeros al cuidador informal. Caso clínico. *Enferm Clin* 2007;17(3):157-161.
- (5) Gort AM, March J, Gómez X, Miguel M, Mazarico S, Ballesté J. Escala de Zarit reducida en cuidados paliativos. *Med Clin (Barc)* 2005;124(17):651-653.
- (6) Sánchez MA, Garzón JA, Sánchez R, Díaz F, Gil M, Pérez R. Información escrita entregada por los equipos de soporte de Cuidados Paliativos a pacientes, familia y personal de atención primaria de salud en visitas en domicilio. *Med Pal* 2008;15(3):149-154.
- (7) Moreira R, Turrini R. Paciente oncológico terminal: sobrecarga del cuidador. *Enf glob* 2011;10(22):1-6.
- (8) Ferré C, Sevilla M, Boqué M, Aparicio MR, Valdivieso A, Lleixá M. Efectividad de la técnica de resolución de problemas aplicada por enfermeras: disminución de la ansiedad y la depresión en cuidadoras familiares. *Aten Primaria* 2012;44(2):695-702.
- (9) Gort AM, Mazarico S, Ballesté J, Barberà J, Gómez X, Miguel M. Uso de la escala de Zarit en la valoración de la claudicación en cuidados paliativos. *Med Clin (Barc)* 2003;121(4):132-133.
- (10) Sherwood PR, Given CW, Sikorskii A, You M, Prince J. Impacto de una intervención en solución de problemas para incrementar la asistencia de salud del cuidador. *Support Care Cancer* 2012;20:1937-1947.
- (11) ICS. Manual de procediments d'Infermeria. 2010; Available at: http://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/manual_infermeria_2010.pdf. Accessed 11/03, 2012.
- (12) Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. 1ª ed. Madrid: IMSERSO; 2005.
- (13) Roca M, Úbeda I, Fuentelsaz C, López R, Pont A, García L, et al. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Aten Primaria* 2000;26(4):53-67.
- (14) Ministerio de sanidad y consumo. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. 2008; Available at: <http://www.guiasalud.es/egpc/ansiedad/resumida/apartado03/tratamiento03.html>. Accessed 02/05, 2013.

POSTER 14**AUTORES/AUTHORS:**

Mariona Roure Torné

TÍTULO/TITLE:

Estressors i ansietat en els cuidatges pal·liatius: Una proposta de canvi en el pla d'estudis d'Infermeria

1- Objectius

Objectiu general: Dissenyar un Pla de Formació en cuidatges pal·liatius (d'aquí en endavant CP) en el Grau d'Infermeria.

Objectius específics:

1. Elaborar un quadern per passar als estudiants de Primer curs per tal de poder avaluar:

- a) la percepció i l'actitud que tenen els estudiants davant la mort,
- b) els factors que influeixen en aquesta actitud,
- c) el nivell de motivació per dedicar-se professionalment als CP.

2. Elaborar els continguts i els tallers que es portaran a terme utilitzant la metodologia didàctica i l'experiencial.

2- Mètode

Aquest estudi pretén avaluar si després de participar en un conjunt de tallers que inclouen aspectes didàctics i també experiencials, canvia la percepció i l'actitud que tenen els estudiants de Primer d'Infermeria davant la mort, així com els factors que influeixen en aquesta actitud i el nivell de motivació per dedicar-se professionalment als CP. A partir del tractament estadístic adequat, s'avaluaran els canvis que s'han donat en els estudiants que han passat pels tallers.

Disseny de l'estudi

1. Població diana: Els estudiants de la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Lleida.

2. Subjectes de l'estudi: La població d'estudi seran els alumnes de Primer d'Infermeria matriculats en el Curs acadèmic 2013-2014.

3. Instruments:

a) Quadern: Es passarà un quadern on s'inclouen diferents escales que utilitzarem per portar a terme els objectius plantejats. Els instruments poden ser útils per a conèixer el nivell de percepció que tenen els alumnes sobre els malalts terminals i les vivències en relació amb la mort, així com les motivacions i interessos que mostren per treballar en un futur en aquest camp. Així, un cop fet els tallers, també podrem analitzar la diferència i els canvis que s'han donat en relació amb aquest tema.

b) Disseny dels tallers: En els tallers es tindrà en compte l'aplicació tant de metodologies experiencials com didàctiques. Sabem que, segons Tomás-Sábado (1), la metodologia experiencial es considera una de les millors maneres per a influir en l'aprenentatge sobre els aspectes relacionats amb la mort i el malalt terminal. Tot i això, la part didàctica també és molt important perquè aporta coneixements que faciliten el poder canviar els conceptes i la forma de pensar la mort i el malalt terminal. En resum i tal com explica Colell (2), la metodologia didàctica reforça l'aspecte cognitiu de la mort, mentre que la experiencial es centra en la seva vivència.

4. Procediment: L'estudi es dividirà en dos grups, elegits a l'atzar:

Grup experimental: Grup format pel conjunt d'estudiants, que respondran les escales i també assistiran als tallers.

Grup de control: Grup format pel conjunt d'estudiants que respondran les escales però no participaran en els tallers.

3- Resultats

Els resultats esperats a partir d'aquesta proposta d'intervenció són d'una banda que els alumnes surtin més ben preparats a nivell

professional i de l'altra que adquireixin una major capacitat de resposta davant les situacions d'estrès i ansietat.

4- Discussió

Els professionals de la salut han d'estar preparats per a cuidar, ajudar i acompanyar en tot el procés de mort als malalts que es troben en estat terminal.

Són molts els estudis que reafirmen els factors d'estrès i d'ansietat que suposa treballar en aquest camp (3,4), que afecten de manera especial als estudiants que pateixen i s'han d'enfrontar a aquestes vivències un cop prenen contacte amb la experiència de la mort i el procés de morir al llarg de les seves pràctiques (5,6).

Perquè el procés de morir no només el viu el malalt i la família, sinó també l'equip que l'atén. Per a arribar a ser un bon professional i enfrontar-se a aquestes situacions, primerament cal enfrontar-se a les pròpies limitacions personals. Ningú pot ajudar en aquest procés si té por o evita parlar del tema. D'aquesta manera, si aprenem a afrontar el tema de la mort, si s'ensenya a no tenir por a morir, possiblement podrem acceptar millor la pèrdua d'un ser estimat o la nostra pròpia, i consegüentment, podrem apropar-nos més a aquest pacient terminal per poder donar-li uns cuidatges òptims i de qualitat (7,8,9).

Tot indica que els alumnes no es senten preparats per enfrontar-se al procés de la mort. Aquesta situació ens porta a plantejar la necessitat de donar una formació que complementi, des de l'inici de la carrera per tal de millorar la preparació dels futurs professionals (2). Donar estratègies per millorar els estressors i l'ansietat que provoquen en els estudiants, així com potenciar les habilitats a l'hora manejar les pròpies emocions, són altres dels avantatges que tenen relació amb aquesta proposta d'intervenció. També cal tenir present que, a l'inici de la carrera, els estudiants tenen pocs coneixements i, per això, caldrà compaginar la part experiencial amb una part didàctica, per tal de complementar la formació.

En definitiva, el que es busca en aquest treball és afavorir l'aprenentatge dels estudiants d'Infermeria en el camp dels CP per tal de que surtin millor preparats, i obtenir una millora en la qualitat de les practiques en cuidatges i els cuidatges dels malalts en fase terminal, així com a nivell personal.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Tomás-Sábado J. Construcción y validación de una escala de ansiedad ante la muerte [Tesis Doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2001
- 2- Colell R. Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña [Tesis Doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma; 2005.
- 3- Antunes D, Chaves EM. Nursing professionals' anxiety and feelings in terminal situations in oncology [Internet] 2007 [Consulta 4 d'abril 2013]. Disponible a: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/11.pdf>
- 4- Gómez C, Puga A, Mayán JM, Gandoy M. Niveles de estrés en el personal de enfermería de unidades de cuidados paliativos [Internet] 2012 [Consulta 4 d'abril 2013]. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2012000200003&script=sci_arttext
- 5- Benbunan B, Cruz F, Roa J, Villaverde C, Benbunan BR. Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de enfermería: una propuesta de intervención. Journal of Clinical and Health Psychology. 2007 [Consulta el 12 d'abril de 2013]; 7(1):197-220. Disponible a: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-216.pdf
- 6- Edo-Gual M, Tomás-Sábado J, Aradilla-Herrero, A. Resiliencia y miedo a la muerte en estudiantes de enfermería. [Internet] 2010 [Consultat 28 Desembre 2013]. Disponible a: <http://resilienciabarcelona.net/wp-content/uploads/2010/10/Resiliencia-poster-montse-edo.pdf>
- 7- Cruz QF, García MP, Schmidt RJ, Navarro RMC, Prados PD. Enfermería, familia y paciente terminal. Revista Rol de Enfermería.

2001; 24(10): 664-668.

8- Peña E dela, Herrero A, Gómez R, Garrido J, Sanz JC. Ayudar a morir: un reto para el enfermero/a. *Enfermería Científica*. 2001; (226-227): 5-6.

9- Souto M, Vázquez IA, Vázquez JF, García CM. Muerte digna: un reto para la enfermería. [Internet] 2005 [Consulta 2 d'abril 2013]. Disponible a: http://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL12/Vol%2012_1/04A_Saber_N12_1.pdf

POSTER 15**AUTORES/AUTHORS:**

Olga Masot Ariño, Júlia Manau Flotats, Núria Eritge Carulla, Àurea Tella Aldomà

TÍTULO/TITLE:

Protocolo para el correcto mantenimiento de la vía subcutánea en cuidados paliativos aplicados en el domicilio

Introducción

En los cuidados paliativos aplicados al domicilio es necesaria una vía para el control de la sintomatología de los pacientes terminales en sus fases más avanzadas y por sus características, la vía de elección es la subcutánea (1).

Aunque Fernández y Pérez (2) concluyen que el 70% de estas vías no presentan ningún problema, para garantizar su efectividad es esencial que todo el procedimiento (des de la preparación a los cuidados después de la retirada de la vía) se realice con un estricto rigor científico y con la misma metodología.

Después de realizar una búsqueda bibliográfica específica del mantenimiento de la vía subcutánea en cuidados paliativos al domicilio, se ha podido observar que el planteamiento de las intervenciones que proponen la mayoría de protocolos y guías clínicas de los hospitales de España no se basan en estudios ni justifican sus actividades con evidencia científica. Es por ese motivo que se cree necesario unificar los métodos que enfermería utiliza para mantener la vía subcutánea en los pacientes que reciben cuidados paliativos en su domicilio (3) y que todos ellos sean basados en la evidencia disponible.

Objetivos

El objetivo principal de este proyecto es diseñar un protocolo para el mantenimiento de la vía subcutánea a nivel domiciliario, basado en la evidencia científica.

Los objetivos específicos son:

1. Normalizar la práctica profesional.
2. Proporcionar una atención de calidad tanto al paciente como al cuidador.

Método

El ámbito de estudio al que se pretende llevar a cabo el proyecto es en los equipos de cuidados paliativos domiciliarios, para que los profesionales de enfermería cuenten con un protocolo para el mantenimiento de la vía subcutánea basado en la evidencia.

Para el diseño del protocolo se ha realizado una revisión exhaustiva de la bibliografía en las bases de datos Pubmed, Cinahl y the Joanna Briggs Institute para justificar, con la evidencia más reciente, todas las actividades e intervenciones que se desarrollan en el mismo.

Para evaluar el cumplimiento de los objetivos específicos, a los 3 años de haber implantado el protocolo, tanto los profesionales como los cuidadores deberán cumplimentar una encuesta donde se recogerá, por un lado, si los profesionales han seguido las pautas establecidas en el protocolo y, por el otro, si éstos han proporcionado una atención de calidad al paciente y al cuidador.

Implicaciones para la práctica

El diseño de un protocolo para mantener la vía subcutánea a nivel domiciliario basado en la evidencia científica disponible ha permitido consensuar cuándo es necesario cambiar la vía (2), el antiséptico más eficaz para ser aplicado (4-5), cuáles son los métodos para disminuir el riesgo de infección (6-7), cuál es el apósito más adecuado para fijar la vía (8-9), cuál es la zona cutánea más adecuada para su inserción (2,6,10) y cuál es la correcta educación sanitaria transmitida al cuidador informal para garantizar el buen funcionamiento de la vía en el domicilio cuando no haya ningún profesional sanitario.

Homogeneizar las pautas a seguir ante una vía subcutánea, mejora la calidad de los servicios de enfermería prestados en los cuidados paliativos y la normalización de su práctica clínica, lo que a su vez, al ser basado en la evidencia científica, ayudará a aumentar la efectividad de sus cuidados y asistencia a la población.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1) Walsh D. Medicina Paliativa. Barcelona: Elsevier; 2010.
- 2) Fernández D, Pérez AI. Estudio de la utilización de la vía subcutánea en los pacientes ingresados en una unidad de cuidados paliativos. Rev enferm C y L 2010;2(1):2-8
- 3) Instituto superior de investigación para la calidad sanitaria. El Proyecto NIPE: la Normalización de la Práctica Profesional. 2004; Available at: http://www.nipe.enfermundi.com/futuretense_cs/ccurl/NIPE/pdf/QueEsEIProyectoNIPE.pdf. Accessed Abril/20, 2013.
- 4) Maya JJ, Ruiz SJ, Pacheco R, Valderrama SL, Villegas MV. Papel de la clorhexidina en la prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud. Infectio 2011;15(2):98-107.
- 5) Moureau NL. ¿Tiene actualizada la técnica del cuidado de la piel? Nursing 2004;22:50
- 6) Gobierno Vasco, Ministerio de Sanidad y Consumo editors. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. 1ª ed. San Sebastian: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia; 2008.
- 7) Sánchez J, Fuster M, García C, Gracia RM, García P, San Juan A, et al. Evaluación de un programa de actualización de las recomendaciones sobre la higiene de manos. Anales Sis San Navarra 2007;30(3):343-352.
- 8) Brenner P, Buggedo G, Calleja D, Del Valle G, Fica A, Gómez ME, et al. Prevención de infecciones asociadas a catéteres vasculares centrales. Rev Chil Infect 2003;20(1):51-60.
- 9) Opsite. Transparent Adhesive Film Dressing. Available at: <http://www.woundsource.com/product/opsite-transparent-adhesive-film-dressing>. Accessed Abril/15, 2013
- 10) Leno D, Leno J, Lozano MJ, Fernández A. Fundamentos de la administración subcutánea continua y en bolus en cuidados paliativos. Enfermería Global 2004;5:Noviembre/16.

POSTER 18**AUTORES/AUTHORS:**

Judit Noemi Viñals Castells

TÍTULO/TITLE:

PROPUESTA DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DIRIGIDO A POSIBLES LESIONADOS MEDULARES.

Los traumatismos representan la principal causa de muerte en menores de 40 años, en Occidente, y la tercera en el resto de la población. Además de la alta mortalidad, estas lesiones dan origen a graves incapacidades y secuelas físicas, psíquicas y sociales. Así pues, entendemos como lesión medular, la pérdida o alteración de la movilidad y la sensibilidad ocasionada por un trastorno de las estructuras ubicadas en el canal medular. Por lo que se refiere a la intervención sanitaria, se calcula que un 25% de las lesiones se agravan en el momento de la inmovilización y el transporte del paciente con una posible lesión medular.

1. OBJETIVOS:**GENERALES**

- Reducir el 25% de agravamiento de las lesiones medulares durante la extracción y transporte.
- Fusionar los protocolos existentes, en Catalunya, en uno único.

ESPECIFICOS:

- Identificar las ventajas y los inconvenientes de trasladar a un paciente con tablón espinal y colchón de vacío.
- Evidenciar si realmente el tablón espinal aumenta el riesgo de sufrir UPP durante el traslado o de agravar la lesión.
- Precisar la necesidad de administrar metilprednisolona.

2. MÉTODO:

La población diana será toda aquella que se vea afectada por una lesión medular de origen traumático. No existe un perfil concreto ya que cualquier persona puede ser víctima de este tipo de accidente, aunque la mayor incidencia esta en hombres de entre 16 y 40 años.

Los profesionales a los que va dirigida esta propuesta son todos aquellos que tengan contacto con el rescate y tratamiento de víctimas en ámbitos extrahospitalarios, ya sean técnicos en emergencias, socorristas, médicos y/o enfermeros.

La metodología de búsqueda ha sido primeramente una obtención de datos. Mediante las bases de datos, 25 artículos encontrados en: Biblioteca Cochrane Plus, Cuiden, Biblioteca Virtual en Salud, PubMed y Google Académic. La asistencia a la jornada SEM Activació del Codi PTT, dónde recomendaron 3 artículos. Búsqueda manual de protocolos y manuales existentes en las diferentes CCAA u otros países, 24 resultados. Finalmente, búsqueda manual de los tratados médicos en la biblioteca de Salud de la Universitat de Lleida, donde se obtuvo 20 manuales. Toda la búsqueda se llevo a cabo entre diciembre de 2012 y febrero de 2013, y sólo se buscaron algunos artículos más de manera puntual durante la realización del trabajo.

Por lo que a estrategia de búsqueda se refiere las palabras clave fueron: "Spinal cord injury"; "Acute spinal cord injury"; "Traumatic spinal cord"; "Outpatient transportation"; "Extra-hospital care"; "Urgent care"; "Pressure ulcers"; Codi PPT. Los límites: publicación gratuita libre, entre 2003-2013 y en inglés o español.

3. RESULTADOS:

La propuesta de protocolo planteada es una modificación de los protocolos ya existentes. A los que se le ha unido una serie de aclaraciones y modificaciones, resultado de la búsqueda sistemática realizada con anterioridad. De estas modificaciones destacamos las siguientes:

- Uso de la metilprednisolona: se encontraron artículos que protocolizan el uso de metilprednisolona, basándose en el estudio NASCIS III; mientras que otros artículos ponen en duda su eficacia. Así que no hay estudios que concluyan su eficacia y quedará a decisión facultativa.
- Se propone acolchar las zonas de las prominencias óseas con apósitos de espuma, ya que así se evitan las UPP durante traslados largos. Además también se acolchará el hueco en la parte occipital de la cabeza, para así evitar la hiperextensión.
- Finalmente, la mayor propuesta del protocolo es la del uso del tablón espinal + el colchón de vacío. Se propone la unión de los dos

como propuesta innovadora, ya que no existe ningún artículo que los una. Pero tampoco hay ninguno que contradiga o razone la contraindicación del tablón como transporte, y es que en todos los protocolos americanos este se utiliza para transportar a la víctima, mientras que en los catalanes queda reservado a funciones de extracción. Se piensa en la unión de los dos porque al extraer la víctima con el tablón ya la tenemos allí y no hará falta volverla a mover, además la rigidez del tablón nos mantendrá inmobilizada la columna. También le sumaremos el beneficio que aporta el colchón de vacío, la absorción de las vibración durante el transporte y la seguridad de que la víctima esta mas inmóvil que solo con el tablón.

4. DISCUSIÓN:

Podemos decir que el estudio de la puesta en práctica del protocolo propuesto es factible, ya que es posible tener el suficiente número de pacientes para poder evaluar la propuesta. Resulta de interés, porque el tratamiento de la LM supone un gran gasto económico. También es una novedad ya que la propuesta no existía con anterioridad. La intervención resulta ética al no suponer un daño añadido para el paciente con LM. Y finalmente, es relevante porque puede servir para llevar a término nuevos estudios y así poder llegar a un protocolo único como ya existe en la PCR.

Aún así, la máxima limitación de esta propuesta es la necesidad de llevar a cabo un estudio experimental con la puesta en práctica de este nuevo protocolo y su consiguiente evaluación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Rovira E, López A. 10 El paciente politraumatizado. In: Serie Cuidados Avanzados, editor. Urgencias en Enfermería España; 2007. p. 463.
- (2) Jiménez E. Capítulo 36 Trauma raquimedular. In: Grupo Atención de emergencias y Desastres, editor. Guías para Manejo de Urgencias. 3ª ed. Bogota; 2009. p. 128.
- (3) Olivé, M., Moreno, J., Cerezo S, Huerta M, Freixas J. Mobilitzacions i immobilitzacions en el pacient traumàtic. In: SEM Sistema d'Emergències Mèdiques, editor. Guia d'Assistència Prehospitalaria a la Urgències i Emergències. 3ª ed.; 2011. p. 326.
- (4) Regueira A, Cegarra M. Traumatismo raquimedular. In: Xunta de Galicia, editor. Curso de soporte vital avanzado en trauma. 1ª ed.; 2010. p. 74.
- (5) Prehospital Trauma Life Support Comitee of the national association of emergency medical Technicans. Capítulo 9 Traumatismo de la columna vertebral. PHTLS Soporte Vital Basico y Avanzado En el Trauma Prehospitalario
. 6ª ed. Madrid: ELSEVIER; 2008. p. 224-241.
- (6) Pérez C. Lesiones Medulares u traumatismos craneoencefálicos España. Ministerio de Sanidad y Consumo, Sociedad Española de Epidemiología 2007.
- (7) Myronenko O, Graciella C, Barroso I, Morte A. Capítulo 30 Lesiones medulares agudas politraumaticas. In: SEMES Aragón, editor. Manual de Urgencias neurológicas España; 2013. p. 358.
- (8) Villagra G. Cinemática del trauma. In: APHA, editor. Atención Prehospitalaria Avanzada. 2ª ed. Chile; 2006. p. 19.
- (9) Fernandez J, Arrollo A, Parras F, Blanco C, Jimeno O. Protocolo de actuación extrahospitalaria en el pacinete politraumatizado. Sistema de Emergencias sanitarias de extremadura 061 2012.
- (10) Generalitat de Catalunya Departament de Salut. Nou model d'atenció als pacients traumàtics greus. 2011.
- (11) Estany J, Ferrándix S, Garcia F. Malalt amb politraumtsime. Consorci Sanitari de Barcelona 2010:24.
- (12) Koo M, Garcia A, Ramos R, Gabarrós A, González L, Garreta JL. Maneig inicial del pacint politraumàtic. Bellvitge Hospital Univercitari 2009.
- (13) Alonso G, Trayner M, Albiach T, Olivé M, Cerezo S, Freixas J, et al. Atenció a les Víctimes de traumatisme. Guia d'Assistència prehospitalaria a les urgències i emergències. 3ª ed. Catalunya; 2011. p. 32.

(14) McColl M, Aiken A, McColl A, Sakakibara B, Smith K. Primary care of people with spinal cord injury. Canadian Family Physician 2012 November;58.

(15) Krause J, Lee L, Saunders P. Stability of predictors of mortality after Spinal Cord Injury. Spinal Cord 2012 October.

POSTER 20**AUTORES/AUTHORS:**

Núria Eritge Carulla, Júlia Manau Flotats, Olga Masot Ariño, Àurea Tella Aldomà, Jimena Terán Pérez

TÍTULO/TITLE:

ESTREÑIMIENTO Y TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS EN PERSONAS MAYORES

INTRODUCCIÓN

El estreñimiento es una manifestación muy prevalente dentro de la población geriátrica. Entre un 2 y un 10% de los mayores de 65 años que viven en la comunidad y un 80% de las personas mayores institucionalizadas lo padecen.

OBJETIVO

El objetivo consiste en mejorar el estreñimiento a través de la aplicación de las terapias alternativas y complementarias (TAC) en personas mayores institucionalizadas para conseguir una mejoría del problema de salud y de la calidad de vida.

MÉTODO

A partir de información extraída de diversas bases de datos, se ha elaborado un Plan de cuidados de enfermería basado en TAC (fitoterapia, reflexología podal, y técnicas de masajes), destinado a 25 personas de un centro de día institucionalizado de edades entre 65 y 75 años. La ejecución del plan lo lleva a cabo un equipo multidisciplinar durante 12 semanas.

La búsqueda de toda la información se realizara a partir de diversas bases de datos aplicando criterios de inclusión y exclusión que han permitido la obtención de artículos, libros, guías y protocolos válidos para ser utilizados en el trabajo.

RESULTADOS

Se ha implementado el plan de cuidados y evaluado los objetivos planteados en períodos de corto, medio y largo plazo y también se han evaluado las diversas intervenciones de forma semanal. El resultado final es una mejoraría del estreñimiento en la población estudiada.

DISCUSIÓN

Según diversas organizaciones, una de las urgencias de intervención primordial es evaluar la calidad de las TAC ya que suponen un método tanto fisioterapéutico como metodológico. Otras organizaciones mencionan el aumento de la fitoterapia a nivel mundial y sobretudo el uso de los laxantes incrementadores del bolus intestinal. El uso de las TAC se tiene que incorporar progresivamente a la rutina diaria de las personas mayores para así poder avaluar sus beneficios de manera segura y cómoda al mismo tiempo que se prestan lo cuidados necesarios durante todo el proceso. La fitoterapia, es la técnica que más ha tenido por su mayor eficacia y accesibilidad. La reflexología podal es una técnica más reticente pero que acompaña a las diversas técnicas manuales que emprendían por primera vez estos pacientes.

La práctica continuada de esta intervención aportara medios para obtener datos sobre los resultados de pacientes que ayudaran a diseñar una práctica de enfermería basada en la evidencia científica sobre las TAC.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**BIBLIOGRAFIA**

Instituto Gerontológico. Estreñimiento ¿qué hacer y cómo manejarlo?. 2013; Available at:

<http://www.igerontologico.es/salud/digestivo/estrenimiento-que-hacer-como-manejarlo/118>. Accessed Novembre/23, 2012.

Nuin Orrio C, Pedraz Marcos A. Capítulo 18: Estreñimiento y incontinencia fecal. Enfermería de la persona mayor. 1ª ed. ed. España: ed. Centro de estudios Ramón Areces, S.A.; 2011. p. 215-226.

Moreira V F, López San Román A. Estreñimiento. Rev Esp Enferm Dig 2006;vol.98(nº 4):308.

Crane S J, Talley N J. Chronic gastrointestinal symptoms in the elderly. Clin Geriatr Med 2007 Novembre 2007;vol.23(nº 4):721-734.

Kristen L. Prevención del estreñimiento en personas de edad avanzada. Nursing 2006;vol.24(nº 9):48-49.

Medicos Naturistas. Asociación española de médicos naturistas. 2013; Available at: <http://www.medicosnaturistas.es/>. Accessed Enero/25, 2013

Borges A, Ceolin T, Barbieri R, Heck R. La inserción de las plantas medicinales en la prácticas de enfermería: un creciente desafío. *Enferm Global* 2010 Febrero 2010;vol.18:1-8.

Bixquert Jiménez M, López Nomdedeu C, Sastre Gallego A, Serrano Garijo P. Capítulo 5: Estreñimiento en geriatría. La consulta diaria en el estreñimiento crónico. 1ª ed. ed. Barcelona: Masson; 2000. p. 73-93-97-113.

Sociedad Española de Fitoterapia. Asociación para el Desarrollo y Estudio de las Plantas Medicinales y sus Aplicaciones. 2013; Available at: <http://www.sefit.es/actividades/index.php>. Accessed Diciembre/2012, 2012.

Cebrián J. Remedios caseros con plantas medicinales. 1ª ed. ed. Barcelona: Integral; 2011.

Almazán P. Bases, Fundamentos y Aplicación de la Reflexoterapia podal. 1ª ed. ed. España: Esencia de Caminos; 2007.

Almazán P. Capítulo XIV: Sistema digestivo. Bases, Fundamentos y Aplicación de la Reflexología Podal. 1ª ed. ed. España: Esencia de Caminos; 2007. p. 311-346

POSTER 22

AUTORES/AUTHORS:

Cristina Sanz Mellado, Pau Díaz Maldonado, Ángel Vázquez de la Paz, Sònia Pulido Melcón, Mireia López Poyato, Belchin Kostov, Gema Sáez Rubio

TÍTULO/TITLE:

Registro del consejo de la actividad física en un centro de atención primaria (CAP)

INTRODUCCIÓN

Según la OMS, la inactividad física es el cuarto factor de riesgo de mortalidad más importante en todo el mundo. Existe evidencia científica que demuestra que la practica regular de actividad física, de intensidad moderada a vigorosa, aporta numerosos efectos beneficiosos, a la vez que disminuye el riesgo de padecer ciertas enfermedades.

Por ello, su promoción, consejo y seguimiento es imprescindible por parte de los profesionales de enfermería.

OBJETIVOS

- 1- Evaluar el registro de actividad física.
- 2- Valorar el grado de actividad física realizada por los usuarios y el consejo registrado por los profesionales.
- 3- Buscar y proponer herramientas para dar un consejo preciso sobre la realización de una adecuada actividad física.

METODOLOGÍA

Investigación: Estudio descriptivo transversal.

Ámbito: Centro de atención primaria urbano de Barcelona.

Sujetos: Población de 24.317 individuos mayores de 15 años visitados al menos una vez en los últimos 5 años.

Datos: Facilitados por la unidad técnica de sistemas informáticos (UTSI) a partir del protocolo de actividades de promoción de la salud (PAPPS).

Variables:

- Grado de ejercicio realizado
- Consejo proporcionado por los profesionales del CAP

RESULTADOS

Según los datos obtenidos, observamos que en 19.209 casos de la muestra, que corresponde a un 79% del total, se ha realizado un registro de actividad física, clasificado en Óptimo (31,3%), Moderado (44,3%) y Sedentario (24,4%).

Por otro lado, de los 19.209 usuarios, en 4.329 casos (22,5%) se ha registrado, además, la realización de consejo sobre la actividad física, clasificado en: refuerzo, inicio de actividad no supervisada, inicio de actividad asesorada y entrevista motivacional.

Por lo que refiere a las personas sedentarias, se ha registrado consejo de refuerzo en un 81,4% de los casos.

CONCLUSIONES

A pesar de la importancia de la actividad física, observamos que en un gran número de casos no se ha registrado si los usuarios realizan actividad física. Respecto al grado de actividad que estos realizan, hemos observado que hay un número elevado de personas sedentarias.

Además, a estos se les ha dado como consejo: Refuerzo de actividad, lo que demuestra que la herramienta utilizada para el registro debería ser revisada.

PROPUESTA

Una vez obtenidos los resultados anteriores, realizamos una sesión informativa explicando los beneficios de una correcta actividad física, cómo adaptar esta a las diferentes patologías y cómo adaptarlo para realizar un registro adecuado. Además, propusimos una herramienta que permitiera al personal sanitario realizar un buen consejo sobre la actividad física; diseñamos un mapa en el cual recogimos toda la oferta pública (centros cívicos, polideportivos y huertos urbanos) que se encuentran en la zona de proximidad del área básica de salud, con el objetivo de poder hacer recomendaciones a los usuarios según sus necesidades y preferencias con el fin de que puedan escoger.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud [monografía en internet]. Suiza; 2010. [Consultado Mayo 2013]. Disponible en:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf

POSTER 23**AUTORES/AUTHORS:**

Elena Baca Hidalgo, Rosa Maria Belmán Martínez, Ana Maria Calatrava Gallardo, Cristina Maria Garcia Martínez, Patricia Martínez Reche, Maria Virginia Morales Mora, Miriam Vaquero Bustos, Solanger Hernández Méndez, Belen Llamas Martínez

TÍTULO/TITLE:

INTEGRAR EL ABANDONO DEL HÁBITO DE FUMAR EN LA PRÁCTICA DIARIA DE LA ENFERMERÍA. GUIA DE BUENA PRÁCTICA DE LA RNAO®

En 1948 los epidemiólogos Hill y Doll diseñaron un cuestionario con el cual se demostró que el tabaco causa cáncer y enfermedades de corazón. Posteriormente, García López en 1986, realizaron varios estudios descriptivos relativos a prevalencias de uso en diversas áreas geográficas, así como hábitos y conductas frente al tabaquismo. En base a lo anterior, el personal de enfermería debe conocer las mejores herramientas disponibles para incorporar la deshabituación tabáquica en su práctica fundamentada en las mejores evidencias disponible.

OBJETIVOS: General: Describir el proceso de deshabituación tabáquica como medida de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y difundir las recomendaciones de la Guía de Buenas Prácticas: Integrar el abandono del hábito de fumar en la práctica diaria de la enfermería de la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO)®, dirigido a los estudiantes del Grado de Enfermería de la Facultad de Ciencias Sociosanitarias de la Universidad de Murcia, Campus de Lorca. Específicos: describir el tabaquismo, las patologías derivadas, impacto en las diversas etapas del ciclo vital, además de los aspectos económicos y legislativos relacionados con el mismo; desarrollar el concepto de deshabituación tabáquica y las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para promoverla; identificar el papel de la enfermería en la deshabituación tabáquica..

MÉTODO: Se ha realizado una revisión no sistemática de estudios clínicos y artículos de revisión incluidos en las bases de datos Scielo, Cuiden, Lilacs, Pubmed y Google Académico. Se revisó la Guía de Buenas Prácticas Integrar el abandono del hábito de fumar en la práctica diaria de la enfermería de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) y se analizaron las recomendaciones que ofrece la guía, identificando aquellas que se pueden implementar e integrarse a la práctica habitual en nuestro contexto.

CONTENIDO: El tabaquismo es una enfermedad adictiva y crónica. Es la primera causa evitable de muerte en el mundo. Provoca numerosas enfermedades, muchas de ellas prevenibles si se deja de fumar. Por otro lado, más del 70 % de los fumadores quieren dejar de fumar, la mayoría han hecho algún intento y más de la mitad reconocen que su enfermera les ha aconsejado, siendo la intervención desde Atención Primaria coste-efectiva como actividad preventiva. Las Guías de práctica clínica como la de la RNAO ofrecen recomendaciones que ayudan a las enfermeras a incorporar la deshabituación tabáquica en su trabajo habitual. Múltiples estudios han demostrado mejores resultados de salud en pacientes que reciben cuidados basados en las mejores evidencias científicas.

CONCLUSIONES: Las enfermeras están en contacto continuo con la población, por la relación terapéutica que se establece y la confianza que los pacientes tienen en estos profesionales, lo que les permite abordar el problema del tabaquismo de una manera más fácil. Por ello, son directamente el punto de partida más eficaz para llevar este proceso. Las recomendaciones estudiadas fueron presentadas a todos los alumnos del Grado de Enfermería. La iniciación al consumo de tabaco se produce al igual tanto en hombres como en mujeres y en general en la adolescencia, a pesar de la educación para la salud que se realiza en centros educativos, centros sociales, etc... Existen factores desencadenantes que producen el hábito al tabaco: la influencia familiar, debido a la actitud permisiva de los padres hacia el tabaco y que estos sean fumadores o no condiciona que sus hijos desarrollen este hábito. La presión de los amigos es otro factor importante ya que actúa como elemento de integración, provocando una adicción en cadena del grupo. Muchos fumadores dejan de fumar por sí mismos, otros lo hacen tras recibir un consejo o un material de autoayuda apropiado, y otros no lo harán a pesar del tratamiento psicológico y farmacológico aportado por la enfermería de atención primaria. Cabe resaltar la importancia del entorno para que los fumadores se vean motivados a abandonar el hábito y principalmente durante la crisis de abstinencia, jugando un papel importante la familia y el entorno social del fumador, facilitando tanto el esfuerzo del paciente como el de las enfermeras. El tratamiento debe ser parte de una política integral del abordaje y control del tabaquismo, que incluya control de precios, campañas informativas en los medios de comunicación, programas comunitarios de promoción del

abandono y protección del no fumador, con la creación de espacios libres de humo. Todos estos aspectos se complementan entre sí con un efecto sinérgico. Herramientas como la Guía de Buenas Prácticas de la RNAO ofrece a las enfermeras un recurso inestimable basado en la evidencia científica más actualizada, con recomendaciones que le permitirán hacer un abordaje no solo a nivel de la práctica, sino también a nivel de la formación y de la organización, que faciliten incorporar la deshabituación tabáquica en su práctica habitual y por ende obtener resultados en salud en sus pacientes y en la comunidad en general.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Infante C, Rubio Colavida JM. La prevalencia del consumo de tabaco en España [en línea] Madrid: Observatorio Español sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2004 [accesado 5 Nov 2012]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/fr/Categoria2/publica/pdf/tabaco.pdf#page=60>
2. Arblaster L, Sowden A, Stead L. Intervenciones en la comunidad para la prevención del hábito de fumar en los jóvenes (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008. n.4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: www.update-software.com
3. World Health Organization. International Agency For Research On Cancer. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. Lyon: IARC; 2002 Jun. (Vol. 83)
4. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos de tabaco. BOE núm 309 de 27/12/2005
5. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 20/2005, de 26 de diciembre. BOE núm 318 de 31/12/2010
6. Organización Panamericana de la Salud y Banco Mundial. El convenio marco para la lucha antitabáquica: Fortalecimiento de la salud a nivel mundial [en línea] Washington: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud, 2000. Disponible en: www.paho.org/Spanish/DD/PUB/tabaco.pdf
7. World Health Organization. Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO; 2005. Disponible en: whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf
8. Fagerström KO, Schneider N. Measuring nicotine dependence. A review of the FTND. J Behav Med. 1989; 12:159-82.
9. Ruzafa-Martínez M, González-María E, Moreno-Casbas T, del Río Faes C, Albornos-Muñoz L, Escandell-García C. The Spanish best practice guidelines implementation project 2011-2016. Enferm Clin. 2011 Sep-Oct; 21(5):275-83
10. Registered Nurses Association of Ontario Toolkit: Implementation of clinical practice guidelines. Registered Nurses Association of Ontario. 2002. Toronto, Canada.
11. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO). Guía de buenas prácticas en enfermería. Integrar el abandono del hábito de fumar en la práctica diaria de la enfermería. Toronto. Canadá. 2007.

POSTER 24**AUTORES/AUTHORS:**

Gemma Saura Torres, Aroa Blázquez Segura, Noura Darss Bouaouda, Vanessa García Carné, Pedro Salmoral Aguilar, Catalina Fons Gayá, Deborah Font Moreno, Judit Tornés Molins, Ana Rodríguez del Pozo

TÍTULO/TITLE:

REVISIÓN DE LA LITERATURA SOBRE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CELIAQUÍA

1. Objetivo:

Conocer los estudios relacionados con la celiaquía e identificar las intervenciones enfermeras.

2. Método:

Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo, transversal en la Escola Superior de Ciències de la Salut (centro adscrito a la Universidad Pompeu Fabra), Tecnocampus Mataró-Maresme, durante el periodo de Abril y Mayo de 2012.

Las bases de datos utilizadas han sido Embase, Medline, Cochrane, Cinhal y Health Star y se han utilizado las siguientes palabras clave: Celiac, Disease, Therapeutics.

Se han aplicado los criterios de inclusión: artículos de acceso libre y publicaciones nacionales e internacionales; y los siguientes criterios de exclusión: artículos publicados hace más de 5 años y que no estén publicados en español o inglés.

Se ha obtenido una muestra de 93 artículos, de los cuales se descartan 13 por no cumplir con los criterios establecidos (n=80).

3. Resultados:

Según la revisión destacan los artículos de publicación internacional (94%) y los experimentales (55%), donde predominan los ensayos clínicos (64%).

La muestra se desglosa en artículos publicados en revistas de diferentes disciplinas, que son la gastroenterología (39%), pediatría (9%), nutricional/farmacología (8%), médica (17%), enfermería (1%) y otros (26%), donde se incluyen las disciplinas que sólo han publicado un artículo sobre intervenciones de enfermería en pacientes con celiaquía. Tratando diversos temas como complicaciones (31%), tratamiento farmacológico (3%), tratamiento dietético (19%), genética (21%), estado emocional (8%), diagnóstico (12%), pruebas de detección (5%) y pruebas de riesgo (1%).

Respecto al tratamiento dietético se estudia: el coste (7%), educación sanitaria (33%), complicación en las dietas libres de gluten (7%), complicación en las dietas con gluten (27%), alternativa a la dieta sin gluten (7%), verificación del tratamiento (12%) y manipulación de alimentos (7%).

4. Discusión:

El tema más prevalente son las complicaciones, donde destaca la anemia como manifestación más frecuente de la enfermedad celíaca.

Debido a la carga genética de la enfermedad una gran parte de los artículos se centran en la prevención secundaria.

Se da más importancia a la educación sanitaria en el tratamiento dietético porque es donde enfermería puede intervenir.

Se deberían realizar nuevos estudios sobre el tema y publicarse en revistas de enfermería para realizar mayor difusión y mejorar la práctica basada en la evidencia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Van Koppen EJ, Schweizer JJ, Csizmadia CG, Krom Y, Hylkema HB, Van Geel AM y cols. Long term health and quality-of-life consequences of mass screening for childhood celiac disease: a 10-year follow-up study. *Pediatrics*. 2009 Apr;123(4): 582-8.

2. Rubio-Tapia A, Murray JA. Celiac disease. *Curr Opin Gastroenterol*. 2010 Mar;26(2):116-22.

3. Collado MC, Donat E, Ribes-Koninckx C, Calabuig M, Sanz Y. Imbalances in faecal and duodenal Bifidobacterium species composition in active and non-active coeliac disease. *BMC Microbiol*. 2008 Dec 22;8:232.

4. Peteiro-González D, Martínez-Olmos MA, Peinó R, Prieto-Tenreiro AM, Villar-Taibo R, Andujar-Plata P y cols. Adult celiac disease: endocrinological and nutritional issues. *Nutr Hosp.* 2010 Sep-Oct;25(5):860-3.

POSTER 25**AUTORES/AUTHORS:**

Àurea Tella Aldomà, Núria Eritge Carulla, Júlia Manau Flotats, Olga Masot Ariño, Jimena Terán Pérez

TÍTULO/TITLE:

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE COLON EN PERSONAS CON PREDISPOSICIÓN GENÉTICA.

RESUMEN

El cáncer de colon (CC) es un problema mundial con una incidencia elevada. En España en hombres es la tercera causa de muerte, 11'63% y en mujeres la segunda con 15'09%.

Se desconoce el origen pero no los factores influyentes en desarrollarlo, por eso la importancia de saber cuáles son y cómo evitarlos. Estos factores son: edad, herencia, ser de origen afroamericano o Europa occidental, tener cáncer hereditario sin poliposis, antecedentes personales o familiares de pólipos adenomatosos, enfermedad intestinal juntamente con malos hábitos de vida.

Por eso sería necesario para estas personas con dicha predisposición genética, crear un programa de educación para la salud con el objetivo de retraso de la enfermedad con sesiones de prevención y detección precoz de ésta.

Una mejora en el CC en éste sería una manera de reducir el riesgo de un sector de población fomentando en calidad de vida y confort de la persona.

OBJETIVOS

El objetivo es disminuir la incidencia y mortalidad del CC en personas con predisposición genética identificando los factores de riesgo y concienciando a la población de la importancia de la prevención y seguimiento de las pruebas diagnósticas.

MÉTODOS

La población diana son personas detectadas de predisposición genética de CC sin desarrollarlo. Predominaran hombres de 55 años, aunque no existe un rango establecido de edad, ya que no se ha encontrado estudios. Ésta pasará las pruebas de cribaje con el digestólogo para descartar la patología antes de derivarlos para la realización de la educación sanitaria.

El programa consiste en un conjunto de actividades estructuradas en modificar los hábitos de vida empezando con 2 sesiones semanales hasta lograr un seguimiento de éstos con la realización de un cronograma y control del paciente.

Enfermería se encarga de la coordinación y evolución del paciente, desde que los recibe en el programa hasta el alta.

RESULTADOS

Se establecen unos indicadores con unos parámetros que avaluar y se realiza encuestas para la evaluación de los conocimientos y control de los signos y síntomas de la enfermedad, como son: Escala Predimed, Bristol y Valoración Global.

Realizando las medidas de prevención en base a la dieta, ejercicio físico, sedentarismo, tabaco y alcohol, se ha visto reducido el CC siendo enfermería la pieza fundamental en este programa.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se ha estudiado que una buena dieta, ejercicio físico, evitar el sedentarismo, alcohol y tabaco disminuye su riesgo. Estudios explican la importancia en el seguimiento de estos pacientes ya que sin un control de síntomas y factores de riesgo el número de casos aumenta.

A diferencia de otros programas, éste engloba aspectos de gestión y coordinación con intervenciones educativas dirigidas a una evaluación de las actividades incluyendo la parte diagnóstica, preventiva y precoz de la enfermedad.

Un proyecto de mejora sería la especialización de las enfermeras. Sería beneficioso profundizar en conocimientos más específicos, para poder organizar y coordinar este programa de educación para la salud, ya que enfermería es educador por excelencia y es el

profesional adecuado para identificar las necesidades de las personas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Donoso A, Villarroel del P L, Pinedo G. Aumento de la mortalidad por cáncer de colon en Chile, 1990-2003. *Revista médica de Chile* 2006;134(2):152-158.
- Zeller J, Cassio L, Glass R. Cáncer de Colon. *La Revista de la American Medical Association*. 2008 17 de Diciembre;300(23):2816.
- A. Buró, A. Serrades, et al. Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte: Barcelona Esquerra i Litoral Mar. Barcelona: Hospital Clínic de Barcelona.; Juny 2010.
- Generalitat de Catalunya. Guies de pràctica clínica en Càncer a Catalunya. *Oncoguia de Colon i recte*. 2008:1-76.
- AECC. Cáncer de Colon. 2012; Available at: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/cancerdecolon/Paginas/incidencia.aspx>. Accessed 12/05, 2012.
- Castells A, Marzo M, Bellasc B, Amadord F, Lanase Á, Mascortf J, et al. Guía de práctica clínica sobre la prevención del cáncer colorrectal. *Gastroenterology Hepatology*. 2004;27(10):573-634.
- Viñes J, Ardanaz E, Arrazola A, Gaminde I. Epidemiología clínica del cáncer colorrectal: la detección precoz. *Cir Esp*. 2003;73(1):2-8.
- Thiis-Evensen E, Hoff G, Sauar J, Langmark F, Majak B, Vatn M. Population-based surveillance by colonoscopy: effect on the incidence of colorectal cancer. *Telemark Polyp Study I*.1999;34(4):414-20.
- Balaguer F. Prevención del cáncer colorrectal. Hospital Clínic Universitari de Barcelona. 2012; Available at: http://www.forumclinic.org/cancer_colon/informacion/prevencin-del-cncer-colorrectal. Accessed 03/20, 2013.
- Herráiz T. La importancia de la prevención en el cáncer de colon. Universidad Clínica de Navarra. 2010; Available at: <http://www.cun.es/recursos-multimedia/video/la-importancia-la-prevencion-cancer-colon>. Accessed 01/13, 2013.
- Aravena T, Passalacqua C, Castillo S. Molecular and genetic studies for hereditary colon cancer in two patients and their families. *Revista médica Chile*. 2010 2010 Santiago;138(12):1530-1534.
- Alonso A, Moreno S, Valiente A, Artigas M, Pérez-Juana A, Ramos-Arroyo M. Mecanismos genéticos en la predisposición hereditaria al cáncer colorrectal. 2005 2006 Enero-abril;29(1):59-76.
- Generalitat de Catalunya. Programa de detecció precoç de càncer de Colon i Recte. Hospital Clínic de Barcelona. 2013; Available at: http://www.prevenciacolonbcn.org/es_index.html. Accessed 01/13, 2013.

POSTER 28**AUTORES/AUTHORS:**

Florentin Marius Enachescu, Javier Texidó Sánchez

TÍTULO/TITLE:

TAPIZ RODANTE ANTIGRAVITATORIO VS HIDROTERAPIA: ESTUDIO COMPARATIVO

Introducción:

El concepto de usar aire presurizado como soporte de estudio en la biomecánica del ejercicio en el espacio, se concibió para los astronautas de la National Aeronautics and Space Administration (NASA). Ejemplo de ello es el tapiz rodante antigraavitatorio (TRA). Consiste en una cinta rodante convencional, con el añadido de una cámara de aire que se sella alrededor de la cintura del paciente, en la que se simula un entorno de microgravedad (1).

Objetivo general:

Demostrar que el TRA es un nuevo concepto de rehabilitación.

Objetivo específico:

Comparar la actividad muscular de un adulto cuando camina sumergido en agua con la marcha, utilizando una fracción de la gravedad con un sistema de presión positiva en la mitad inferior del cuerpo (PPMIC).

Métodos:

Se ha realizado una revisión bibliográfica con las bases de datos: The Cochrane Library, Cochrane Plus, Cinahl Plus, PubMed, Scopus. Los artículos incluidos hacían referencia a la actividad muscular (AM) de las extremidades inferiores (EEII), durante la marcha sumergida en agua (MSA) o utilizando PPMIC. Se excluyeron los artículos que hacían referencia a patologías degenerativas, pediatría y neurología. La búsqueda se realizó entre los meses junio y agosto del 2013. La estrategia de búsqueda ha sido: ("physiotherapy" OR "physical therapy") AND ("walking" OR "muscle activity") AND ("water" OR "land" OR "lower body positive pressure").

Resultados:

Seleccionamos 11 artículos de los 57 resultados que respondían a los objetivos de nuestra búsqueda.

Según Koichi y otros durante la MA, el tríceps sural muestra una más baja actividad ($p < 0,05$) que la mostrada por este grupo muscular en la marcha terrestre (2). Asimismo también se ven reducidas la cadencia, la longitud de paso ($p < 0,001$) y el ángulo de extensión rodilla ($p < 0,05$) mientras se camina sumergido parcialmente en comparación con la marcha terrestre. A nivel muscular, según la intensidad del ejercicio y de la velocidad, los músculos gastrocnemios y el tibial anterior son los que tienen menor actividad (3). Según el nivel de inmersión, ya sea pecho o cadera, las fuerzas verticales (de 0,80 y 0,98) y anteroposteriores (de 0,26 y 0,31) que actúan sobre el cuerpo varían a medida que aumenta la velocidad del sujeto (4).

Además, mientras se camina en inmersión, se ha observado que los patrones de AM de flexión y extensión de rodilla varían, es decir, cuando un músculo actuaba como un antagonista, la AM era evidente en alrededor 50%-60% del rango de movimiento (RM). En contraste con el patrón de electromiografía (EMG) durante las condiciones de inmersión, en el transcurso de las condiciones isocinéticas en el suelo, había muy poca AM de los músculos antagonistas, mientras que la actividad agonista fue evidente a lo largo de toda la trayectoria RM (5).

Los resultados de los estudios de MA se pueden atribuir principalmente a la flotabilidad y las fuerzas de arrastre y la forma en que las personas se adaptan para caminar en el agua (6).

El uso de PPMIC a un paciente durante 5 minutos en 48 sesiones, que sufrió fracturas abiertas múltiples conminutas de la extremidad inferior a nivel del tobillo izquierdo, portador de osteosíntesis, resultó en una reducción del dolor a nivel de Escala Visual Analógica (EVA), y una mejora en el RM del tobillo sobretodo en flexión plantar de 122° a 140° ($p = 0,002$), en la velocidad de paso ($p > 0,05$) y en las funciones físicas ($p = 0,004$). Los cambios en la circunferencia han sido insignificantes ($p > 0,05$), como también en la dorsiflexión de 111° a 117° . En la radiografía de control a los 10 meses del accidente no se notan cambios adversos, a 4 meses del comienzo de la rehabilitación nos indica una buena consolidación ósea, participación activa del paciente en las tareas de la vida cotidiana, y de tener una mejoría en la simetría de su marcha (7).

En pacientes con artroplastia total de rodilla el uso temprano de PPMIC, según la EMG, se ha visto reducidas las fuerzas que actúan a nivel del platillo tibial según se variaban los parámetros del peso corporal, velocidad e inclinación del TRA (8).

Discusión:

La hidroterapia en paciente postquirúrgico incrementa el riesgo de infección, retrasando el comienzo de la rehabilitación para el paciente, además, es muy probable que las propiedades del agua durante la MSA cause una activación muscular y un RM articular que no corresponden a la mecánica de la marcha (1), por otro lado la cadencia y el largo del paso se ven alterados, puesto que disminuyen en comparación con la marcha mientras se camina en un sistema de presión positiva (9).

Los resultados de la búsqueda pueden tener importantes implicaciones para el desarrollo de futuras estrategias como opción terapéutica que se beneficie de protocolos de rehabilitación de fisioterapia en lesiones de extremidad inferior. El trabajo de rehabilitación en pacientes con lesiones y afectaciones de EEII con un sistema de PPMIC, provee de una reducción de las fuerzas en las articulaciones mientras se mantiene un patrón biomecánico normal de la marcha, además, este sistema permite variar la velocidad de la marcha reduciendo los picos verticales que actúan en estas articulaciones, mientras el estímulo aeróbico y la AM es similar al que se tiene durante una marcha estándar (8, 10,11).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**Bibliografía:**

1. Cutuk A, Groppo ER, Quigley EJ, White KW, Pedowitz RA, Hargens AR. Ambulation in simulated fractional gravity using lower body positive pressure: cardiovascular safety and gait analyses. *J ApplPhysiol* 2006 Sep; 101(3):771-777.
2. Koichi K, Hitoshi W, Daisuke S, Takeo N. Lower Extremity Muscle Activity during Different Types and Speeds of Underwater Movement. *J PhysiolAnthropol* 2007 Sep; 26(2): 197–200.
3. Shono T, Masumoto K, Fujishima K, Hotta N, Ogaki T, Adachi T. Gait patterns and muscle activity in the lower extremities of elderly women during underwater treadmill walking against water flow. *J PhysiolAnthropol* 2007 Nov; 26(6):579-586.
4. Roesler H, Hubert M, de Brito Fontana H, Ruschel C, Haupenthal A. Loading forces in shallow water running in two levels of immersion *J RehabilMed* 2010 Jul;42(7):664-669.
5. Masumoto K, Mercer JA. Biomechanics of human locomotion in water: an electromyographic analysis. *Exerc Sport Sci Rev* 2008 Jul; 36(3):160-169.
6. Barela AM, Duarte M. Biomechanical characteristics of elderly individuals walking on land and in water. *J ElectromyogrKinesiol* 2008 Jun; 18(3):446-454.
7. Takacs J, Leiter JR, Peeler JD. Novel application of lower body positive-pressure in the rehabilitation of an individual with multiple lower extremity fractures. *J Rehabil Med* 2011 Jun; 43(7):653-656.
8. Shantanu P., Nikolai S., William DB. Timothy G., CliffordWC.Jr, Darryl L. Anti-Gravity Treadmills Are Effective in Reducing Knee Forces. Orthopaedic Research Society. *J Orthop Res.*2013; 31:672–679.
9. Takacs J, Leiter JR, Peeler JD. Novel application of lower body positive-pressure in the rehabilitation of an individual with multiple lower extremity fractures. *J Rehabil Med* 2011 Jun; 43(7):653-656.

10. Grabowski AM. Metabolic and biomechanical effects of velocity and weight support using a lower-body positive pressure device during walking. Arch Phys Med Rehabil 2010 Jun; 91(6):951-957.

11. Shono T, Masumoto K, Fujishima K, Hotta N, Ogaki T, Adachi T. Gait patterns and muscle activity in the lower extremities of elderly women during underwater treadmill walking against water flow. J PhysiolAnthropol 2007 Nov; 26(6):579-586.

POSTER 30**AUTORES/AUTHORS:**

Maria del Mar González Teruel, Irene López López, Mónica Martínez García, Nuria García Cantos, Elena Villarreal Bocanegra, Jose Luis Oliver Carbonell, Llanos Arenas Tébar

TÍTULO/TITLE:

DETERMINACIÓN DE LA PREVALENCIA DE ALTERACIONES DEL SUEÑO EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO

OBJETIVO: Como objetivo principal nos planteamos determinar la prevalencia de las alteraciones del sueño en los residentes. Como objetivos específicos relacionar el tiempo de estancia en el centro con las alteraciones del sueño, describir las patologías concomitantes más prevalentes en residentes con dichas alteraciones, relacionar el número de residentes con tratamiento farmacológico específico para el sueño con el número de residentes que refieren problemas en el ciclo sueño-vigilia y por último determinar la percepción de los residentes sobre la calidad de su sueño.

MÉTODO: Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal, siendo la población a estudio hombres y mujeres de 65 o más años institucionalizados en un centro sociosanitario. El tamaño muestral se ha calculado a través del programa Fistera, seleccionando una población total de 127 residentes, con un nivel de confianza del 95% , una precisión del 3% y con una proporción esperada del 25%, se obtiene un tamaño muestral de 110 residentes. En una entrevista inicial, se explicará al residente los objetivos e instrumentalización del estudio. Se comprobarán los criterios de inclusión y se solicitará el consentimiento informado previo a la inclusión en el proyecto, entregándose una copia al firmante y otra se quedará en el cuaderno de recogida de datos del participante. A continuación se recogerá la información socio-demográfica y la información clínico-asistencial tras revisar la historia clínica. La entrevista inicial y la firma del consentimiento informado serán realizadas por los miembros del equipo investigador. El proceso de la entrevista personal será estandarizado y las preguntas contenidas en el cuestionario (escala Pittsburg) serán en su mayoría cerradas y pre-codificadas. Se vigilará la complejidad de las preguntas, la claridad y simplicidad de las palabras y frases utilizadas, así como la neutralidad en su redacción. Se evitará la ambigüedad o la formulación de varias preguntas en una. Se intentará que éstas sean breves y que no contengan demasiados conceptos. Las fuentes de recogida de información serán la historia clínica y la historia de enfermería de cada paciente en la residencia. Por último se hará el registro de los datos obtenidos y el análisis de resultados. Los datos serán introducidos, almacenados y analizados mediante el programa SPSS 15.0. En primer lugar, se realizará un análisis descriptivo de los sujetos de la muestra mediante proporciones, medidas de tendencia central y medidas de dispersión, según la naturaleza de las variables. Se construirán los correspondientes intervalos de confianza al 95%. Se describirá la prevalencia de alteraciones del sueño con su IC 95%. Se comprobará si las variables cuantitativas se distribuyen según una distribución normal para posteriormente aplicar los estimadores estadísticos adecuados. Se realizará un análisis comparativo entre los sujetos con y sin alteraciones del sueño para cada una de las variables utilizando pruebas de comparación de medias (T de Student, U de Mann-Whitney, Anova) y proporciones (Chi Cuadrado, Estadístico exacto de Fischer) en grupos independientes.

DISCUSIÓN: Las necesidades individuales de sueño son muy variadas y se modifican en función de la edad, salud, estado emocional, estilo de vida, etc., siendo el mejor parámetro para medir las horas necesarias de sueño el grado de satisfacción de la persona al despertar.

Se ha demostrado que más de una tercera parte de las personas mayores de 60 años tienen algún tipo de problema al dormir. En especial, los ancianos muestran numerosas alteraciones del ciclo sueño/vigilia, que en ellos se caracteriza por despertares más frecuentes y tiempos de sueño más cortos. Se inician con breves períodos de sueño diurno, produciendo una fragmentación de éste y haciendo que los períodos de vigilia nocturnos aumenten.

En estudios poblacionales la prevalencia de insomnio (alteración más frecuente) muestra un notable incremento a medida que avanza la edad, que alcanza, según los criterios utilizados y las distintas poblaciones de estudio, a una proporción del 14 al 32% entre los mayores de 65 años.

Todo ello justifica la necesidad de un adecuado enfoque diagnóstico y terapéutico del paciente insomne. La planificación del tratamiento debe individualizarse, iniciándose con la recomendación de medidas de higiene del sueño y medidas psicológicas y, en caso necesario, tratamiento farmacológico. Sin embargo, diferentes estudios indican que tan sólo el 10% de los pacientes con insomnio recibe un tratamiento adecuado con una tendencia general a la utilización excesiva de hipnóticos.

IMPLICACIÓN PRÁCTICA: Conocer la prevalencia de las alteraciones del sueño en los residentes nos permitirá mejorar su calidad de vida, disminuyendo patologías asociadas, así como tomar conciencia de la importancia de este problema infravalorado.

Además nos permitirá mejorar la organización del equipo a la hora de realizar intervenciones con los residentes, disminuyendo en la medida de lo posible aquellas actividades que alteren el descanso nocturno. Se podrá estudiar la realización de intervenciones no farmacológicas destinadas a crear en el residente un hábito saludable del ciclo vigilia-sueño.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. López F, Fernández O, Fernández L, Mareque M; Alejandre G, Báez J. "Valoración clínica y calidad de vida relacionada con la salud del paciente con insomnio". *Rev Clín Med Fam.* 2011; 4 (2):92-100.
2. Tello T, Varela L, Ortiz P, Chávez H, Reboredo C. "Calidad del sueño, somnolencia diurna e higiene del sueño en el centro del adulto mayor". *Acta Med Per.* 2009; 26(1):22-26.
3. Ángeles-Castellanos M, Becerril C, Cervantes G; Rojas-Granados A, Salgado-Delgado R, Escobar C. "Envejecimiento de un reloj (cronobiología de la vejez)". *Rev Fac Med UNAM.* 2011; 54(2):33-40.
4. Lois R. "Concienciar a los pacientes ancianos de que dormir implica descansar". *Nursing*2010;28(3):52-23.
5. Boix C, López-Torres H, David Y, Tellez J, Villena A, Párraga I. "Trastornos del sueño y condiciones ambientales en mayores de 65 años". *Elservier Doyma.* 2009;41(10):564-569.
6. Marín H, Fernando A, Vinaccia S, Tabón S, Sandín B. "Trastornos del sueño, salud y calidad de vida: una perspectiva desde la medicina comportamental del sueño". *Sum Psic.* 2008; 15(1):217-240.
7. Alonso JE. Patrón de consumo de psicofármacos en la población geriátrica de Zaragoza y su relación con la psicopatología.[Tesis Doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza, Facultad de Medicina; 2006.
8. Fernández A, Vázquez E. "El sueño en el anciano. Atención de enfermería". *Enf Global.* 2007;10 :17.
10. Abellán G, Abizanda P, Alustuey C, Albó A, Alfaro A, Alonso M, et al. *Tratado de Geriatria para Residentes.* Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). 2007: 265-276.
11. Costa SV, Ceolim MF, Neri AL. Problemas de sueño y soporte social: estudio multicéntrico sobre fragilidad en ancianos brasileños. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet].* jul.-ago. 2011 [acceso: 7.1.1];19(4):[08 pantallas]. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae
12. López-Torres J, Navarro B, Párraga I, Andrés F, Rabanales J, Simarro M. El estado de salud de las personas mayores que sufren insomnio. *Gac Sanit.* 2013; 27(1):47-52.
13. Yun-Fang T, Wong T, Yan-Chiou Ku. Self-care management of sleep disturbances and risk factors for poor sleep among older residents of Taiwanese nursing homes. *J Cli Nurs.* 2011; 17(9):1219-1226.

POSTER 31**AUTORES/AUTHORS:**

Isabel Delmás Gracia, Laura Lafarga Molina, Almudena Pérez Valenzuela, M^a Teresa Martínez Monjón

TÍTULO/TITLE:

¿Aumenta el riesgo de Síndrome Confusional Agudo en los pacientes críticos ingresados en la UCI con la edad?

OBJETIVOS:

El Síndrome Confusional Agudo (SCA) es un problema que ocasiona ansiedad e incertidumbre en pacientes ingresados en la UCI y por lo tanto en sus familiares, que ven su desorientación y confusión y no reciben información que les permita comprender el problema. Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM- IV), el SCA se caracteriza por una alteración del nivel de conciencia y trastornos cognitivos que se instauran en un período breve, y que tienden a fluctuar a lo largo del día.(1, 2)

Es el síndrome geriátrico más frecuente en las personas ancianas e ingresados en la UCI. La prevalencia en ancianos críticos es mayor que en los jóvenes (70% frente al 40%) y puede alcanzar hasta el 87% cuando sólo se incluyen ancianos sometidos a ventilación mecánica. El SCA aparece con más frecuencia a partir del tercer día de estancia en la UCI y suele prolongarse al alta de la UCI y entre el 15- 20% de los sujetos incluso persiste al alta del hospital. (3,4,5)

Es un síndrome en cuya etiología pueden verse inmersos múltiples factores, entre ellos influyen patologías en el sistema nervioso central, metabólico, cardiopulmonar, sistémicos y fármacos, entre los que se encuentran algunos de uso frecuente en la UCI, como son anestésicos, analgésicos y relajantes musculares. (6)

El objetivo de este estudio es analizar la incidencia de síndrome confusional agudo en pacientes críticos a lo largo de su estancia en UCI, y estudiar su asociación con las variables de estudio, para realizar posteriormente un protocolo que permita detectar la vulnerabilidad de los pacientes ingresados a este síndrome.

MÉTODO:

En este documento, se presenta la propuesta/diseño de un estudio observacional descriptivo transversal. Las personas del estudio serán las y los pacientes mayores de 40 años de nuevo ingreso en la UCI del Hospital Nuestra Sra. De Gracia de la ciudad de Zaragoza, de enero a diciembre de 2014, considerando como criterio de inclusión la estancia en UCI \geq 2 días.

La selección de la muestra, tomando como referencia los pacientes ingresados en el año 2012 será de 138 pacientes, considerando una precisión del 5% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza asintótico Normal con corrección para poblaciones finitas al 95% bilateral, asumiendo que la proporción esperada, según bibliografía, es del 80%, teniendo en cuenta un porcentaje esperado de abandono del 10%.

Se excluirán del estudio a aquellos pacientes que presenten cualquier patología de base que pudiera enmascarar el SCA real desencadenado por la estancia en la Unidad.

Para la recogida de datos se elaborará un cuestionario que será cumplimentado por las enfermeras de la UCI para cada paciente.

Variable dependiente: SCA, se medirá mediante la escala validada cualitativa CAM- ICU, con una sensibilidad y especificidad de hasta 95%, que supone una alta fiabilidad entre observadores. En su evaluación incorpora los cuatro parámetros de definición y diagnóstico de delirio: inicio agudo de alteración del estado mental, inatención, pensamiento desordenado y nivel de conciencia alterado. (7,8)

Variables independientes: sexo, mujer/hombre; edad en años; días en UCI y tratamiento farmacológico .

• Análisis estadístico

En la descripción de la población a estudio se presentarán las variables cualitativas con frecuencias y porcentajes, y las variables cuantitativas con medias, y desviación estándar o medianas con su intervalo intercuartílico si no tienen distribución normal.

Para estudiar la asociación de la variable dependiente SCA con la edad, utilizaremos la técnica estadística de comparación de medias con t de Student para verificar la hipótesis planteada de que a mayor edad, aumenta el riesgo de delirium en su estancia.

Para estudiar la asociación entre la variable dependiente, SCA y las variables edad, sexo y tratamiento farmacológico utilizaremos la comparación de medias en muestras independientes, así mismo, para el análisis de las variables días de estancia en UCI y SCA utilizaremos la comparación de medias en muestras relacionadas, con la que poder contrastar que al aumentar los días de ingreso aumenta el riesgo de aparición de síndrome confusional agudo en un paciente.

Para la realización de dichos análisis se utilizará el paquete estadístico SPSS 19.0.

RESULTADOS

Al tratarse de una propuesta / diseño de investigación planteado para realizarse durante el año 2014 este trabajo no posee

resultados.

DISCUSIÓN/FINALIDAD DEL ESTUDIO

El estudio tiene como objetivo estimar la incidencia del SCA y si esta aumenta con la edad, u otras variables del estudio. Los resultados obtenidos se utilizarán en la elaboración de un protocolo dirigido al personal de enfermería para la detección precoz del problema. Los resultados obtenidos se utilizaran para diseñar estrategias de información a los familiares, para reducir la ansiedad e intranquilidad que produce ver a sus familiares ingresados en la unidad con Síndrome Confusional Agudo. Ello contribuirá a la mejora de la calidad asistencial en las UCIs.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Altimir Losada S, Prats Roca M. Síndrome confusional en el anciano. Med Clin (Barc.) [en línea] 2002 [28 de enero del 2013]; 119 (10); 386-9. Disponible en : <http://www.elsevier.es//sites/default/files/elsevier/pdf/2/2v119n10a13037380pdf.110.pdf>
2. Toro AC, Escobar LM, Franco JG, Franco JG, Díaz Gómez J, Muñoz J, et al. Versión en español del método para la evaluación de la confusión en cuidados intensivos, estudio piloto de validación. Medicina Intensiva. 2010;34(1):14-21.
3. López- Soto A., Sacarella E., Pérez Castejón J.M., Nicolás J.M. El anciano en cuidados intensivos. Rev. esp. Geriatr Gerontol [en línea] 2009 [28 enero de 2013]; 44 (S1): 27- 33. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X09001152>
4. Martínez – Velilla N., Alonso Bouzón C., Rispa Zazpe C., Sánchez – Ostiz N. Síndrome confusional agudo en postoperatorio en el paciente anciano. Cir. Esp. [en línea] 2012 [28 de Enero del 2013] ; 90 (2) : 75-84 . Disponible en : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009739X11003824>
5. Ayllón Garrido N, Alvarez González M, González García M. Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. Enferm Intensiva. 2007;18(4):159-67.
6. Azor García-a RJ, Rodríguez Mellinas ME. Delirio en UCI: Síndrome confusional agudo: Cribaje y cuidados enfermeros. Ciber Revista -Esp-. 2011(Tercera Época(22)).
7. Llaja V., Paredes A. Evaluación neuropsicológica de delirio a través del CAM –ICU en pacientes de cuidados intensivos del hospital Edgard Rebagliarti Martins. Athenea [en línea] [28 de Enero del 2013]
8. Van Rompaey B., Schuurmans J.M., Shorridge- Baggett L.M., Truijten S., Elseviers M., Bossaert L. A comparison of the CAM-ICU and the NEECHAM Confusion Scale in intensive care delirium assessment: an observational study in non-intubated patients. Crit Care. [en línea] 2008 [28 Enero 2013]; 12(1): 16. Disponible en: <http://ccforum.com/content/12/1/R16>

POSTER 32**AUTORES/AUTHORS:**

ELENA VILLARREAL BOCANEGRA, NURIA GARCIA CANTOS, MARIA DEL MAR GONZALEZ TERUEL, MONICA MARTINEZ GARCIA, MARISA DE LA RICA ESCUIN, JOSE LUIS OLIVER CARBONELL

TÍTULO/TITLE:

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

OBJETIVO: Como objetivo general, nos planteamos demostrar que una intervención multicomponente de enfermería disminuye la incidencia, duración y severidad del Síndrome Confusional Agudo (SCA) en ancianos hospitalizados. Como objetivos específicos demostrar que una intervención multicomponente de enfermería disminuye el consumo de neurolépticos, estancia media y el uso de contenciones mecánicas en ancianos hospitalizados, y analizar factores asociados de manera independiente al desarrollo del SCA.

MÉTODO: Se trata de un estudio de intervención (ensayo clínico) unicéntrico, aleatorizado, doble ciego, de grupos paralelos (experimental/control), siendo la población a estudio mayores de 65 años ingresados en Unidad de Agudos de Geriatria de Albacete. El tamaño muestral se ha calculado en base a la comparación de dos proporciones. Con nivel de confianza del 95% y potencia del 80%, se obtienen 437 pacientes por grupo. Con la muestra obtenida, se realizará una tabla de aleatorización en proporción 1:1 (grupo intervención/control). Los pacientes del grupo experimental recibirán una intervención enfermera que consta de dos componentes, 1) Valoración de los principales factores de riesgo (FR) productores del SCA, 2) la propia intervención sobre los FR detectados: Dolor, Insomnio, Fármacos, Inmovilidad, Deterioro cognitivo, Alteraciones nutricionales, sensoriales y de eliminación e Hipoxia. Se recogerán diversas variables que orienten sobre los FR: motivo ingreso, comorbilidad (Índice de Charlson), deterioro funcional (Índice de Barthel), deambulacion (FAC), movilidad, deterioro cognitivo (Test de Pfeiffer, Escala GDS), riesgo de caídas (Escala J.H Downton), fármacos, constantes vitales, parámetros analíticos, procedimientos invasivos, riesgo de UPP (Escala Braden), presencia de dolor (Escala EVA), uso de gafas y audífonos, insomnio, nivel de hidratación, desnutrición (Escala CONUT), patrón de eliminación, oxigenoterapia, desarrollo del SCA (Escala CAM), severidad del SCA (Escala DRS) y duración del SCA. Así mismo, también se realizarán una serie de recomendaciones a los familiares con el fin de corregir los FR del SCA y así prevenir su aparición, o disminuir su severidad y duración si se presentara. Las intervenciones serán llevadas a cabo en horario de mañanas por el personal investigador al que se le asigne el rol intervencionista. De manera independiente, las enfermeras evaluadoras pasarán diariamente la escala CAM en horario de tarde a ambos grupos (control y experimental), y en caso de detectar la aparición del síndrome, pasarán la DRS para evaluar la severidad del cuadro. A pesar de la aparición del síndrome, se seguirán realizando las intervenciones con el fin de disminuir la duración del SCA. El análisis se realizará con el paquete estadístico SPSS 15.0 realizando en primer lugar una descripción de las variables y expresando las cualitativas con porcentajes y las cuantitativas con medias, mediana, moda, desviación estándar, medidas de tendencia central y determinación de distribución normal. Se describirá la prevalencia e incidencia del SCA. Se realizará un análisis comparativo entre los sujetos del grupo control y los sujetos con los que se realizarán intervenciones específicas. Para comparar medias, utilizaremos los test T de Student, U de Mann-Whitney y ANOVA. Para comparar proporciones utilizaremos el test de CHI cuadrado y el estadístico exacto de Fischer. Se analizará si la intervención es eficaz analizando el riesgo relativo con su intervalo de confianza y se analizarán los datos por intención de tratar.

DISCUSIÓN: El SCA es una condición clínica común en ancianos hospitalizados, no siempre abordada correctamente, conllevando elevada morbimortalidad y discapacidad/dependencia. El SCA es una alteración aguda de la atención y las funciones cognitivas tales como memoria, orientación, pensamiento, lenguaje o percepción, que suele ocurrir durante un período corto de tiempo, y que cursa con fluctuaciones a lo largo del día. Es una de las complicaciones más frecuentes en ancianos hospitalizados, siendo potencialmente reversible, y en muchas ocasiones susceptible de prevención. Se asocia sin embargo, a un aumento de morbilidad y mortalidad durante el ingreso hospitalario, así como a la pérdida de independencia. Es un síndrome de etiología multifactorial que surge de la interacción entre la susceptibilidad y vulnerabilidad previa del paciente (factores predisponentes internos) y los factores precipitantes externos (desencadenantes). Este estudio trata de aportar datos sobre incidencia, severidad y duración, número de días de estancia hospitalaria, consumo de neurolépticos y uso de contenciones mecánicas y determinar si una intervención multicomponente de enfermería es efectiva para reducir dichos aspectos.

IMPLICACIÓN PRÁCTICA: Con los resultados obtenidos en este estudio determinaremos la incidencia y prevalencia del SCA en la UGA del Hospital Perpetuo Socorro de Albacete. A partir de estos datos desarrollaremos un protocolo de prevención del SCA, que tendrá como objetivo su detección precoz incluyendo en la Valoración Geriátrica Integral (VGI) los FR, para así evitar las

complicaciones del cuadro, disminuyendo por tanto la mortalidad, comorbilidad asociada y el riesgo de institucionalización.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Guillén F. Delirium en pacientes ancianos hospitalizados. *Med Clin (Barc)* 2005; 124 (14): 538-540.
2. Ribera J.M. El síndrome confusional agudo: un síndrome geriátrico en alza. *Rev Clin Esp* 2005; 205: 469-71.
3. Formiga F, San José A, López-Soto A, Ruiz D, Urrutia A, Duaso E. Prevalencia de delirium en pacientes ingresados por procesos médicos. *Med Clin (Barc)* 2007; 129 15: 571-3.
4. Siddiqi N, Stockdale R, Britton AM, Holmes J. Intervenciones para la prevención del delirio en pacientes hospitalizados (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4.
5. Vidan M, Sánchez E, Alonso M, Montero B, Ortiz J, Serrá J. An Intervention Integrated into Daily Clinical Practice Reduces the Incidence of Delirium During Hospitalization in Elderly Patients. *J Am Geriatr Soc.* 2009; 57: 2029-36.
6. Milisen K, Lemiengre J, Braes T, Foreman M. Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people: systematic review. *J Adv Nurs* 2005; 52 1: 79-90.
7. Martínez N, Petidier-Torregrosa R, Casas- Herrero A. Delirium en el paciente anciano: actualización en prevención, diagnóstico y tratamiento. *Med Clin (Barc)* 2012; 138: 78-84.
8. Altimir S, Prats M. Síndrome confusional en el anciano. *Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria de Geriátria y Gerontología.* *Med Clin (Barc)* 2002; 119 10: 3.
9. Inouye SK et al. A Multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *NEJM* 1999; 340: 669-76.
10. Inouye, S.K. et al. The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48:1697-1706.
11. Lundström M, Edlund A, Karlsson S, Brännström B, Bucht G, Gustafson Y. A Multifactorial Intervention Program Reduces the Duration of Delirium, Length of Hospitalization, and Mortality in Delirious Patients. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 622-28.
12. Tabet N, Hudson S, Sweeney V, Sauer J, Bryant C, Macdonald A, et al. An educational intervention can prevent delirium on acute medical wards. *Age and Ageing* 2005; 34:152-56.
13. Marcantonio E, Flacker J, Wright R, Resnick M. Reducing Delirium After Hip Fracture: A Randomized Trial. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 516-22.
14. Naughton B, Saltzman S, Ramadan F, Chadha N, Priore R, Mylotte J. A Multifactorial Intervention to Reduce Prevalence of Delirium and Shorten Hospital Length of Stay. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 18-23.

POSTER 33**AUTORES/AUTHORS:**

María Cristina Pérez Conesa, Saida Ridaó Manonellas, Inés Sánchez Pina, Verónica García Hernando, Marta López Fernández, Antoni Tormo Esparza

TÍTULO/TITLE:

CONOCIMIENTO Y MANEJO DE LA FIEBRE EN PADRES DE NIÑOS ENTRE 2 MESES Y 2 AÑOS: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Introducción y justificación

La fiebre es un signo frecuente en niños y constituye el motivo de consulta más reiterado por parte de la población (1). Del total de las visitas pediátricas la fiebre destaca como factor principal aproximadamente en el 30% de ellas (2). Incluso, en algunos estudios, esta cifra llega al 65-70% del total de las visitas pediátricas (3). Además, en la mayoría de los casos, el tiempo entre el inicio de la fiebre y la consulta sanitaria es muy corto (4).

El desconocimiento, las falsas creencias sobre la fiebre, la disparidad en su abordaje o tratamiento y la diversificación de las fuentes de información, fiables y no tan fiables, contribuyen a que los padres adopten esta posición de amenaza ante la situación. Esta actitud frente a la fiebre conduce a lo que ampliamente es designado como 'Fever Fobia' (fobia a la fiebre). La primera vez en ser descrito fue en el año 1980(1) pero diferentes estudios han comprobado que, con el paso del tiempo, ha continuado siendo una entidad importante (2)(3). Múltiples trabajos han estudiado el conocimiento y manejo de la fiebre (8)(9)(10)(11). La mayoría en poblaciones reducidas, con capacidad de extrapolación limitada y con múltiples limitaciones, la más habitual el idioma.

Por todo lo expuesto anteriormente, este proyecto de investigación plantea realizar un estudio observacional descriptivo y multicéntrico con el que indagar sobre los conocimientos y manejo de la fiebre de la población de Barcelona. Especialmente, haciendo el esfuerzo de disponer de herramientas para que tanto la población autóctona como la inmigrante pueda participar en el estudio.

Objetivos**Generales:**

• Describir los conocimientos sobre la fiebre que tienen los padres de niños de 2 meses a 2 años, de seis equipos de atención primaria de Barcelona Ciudad.

• Conocer las actuaciones que realizan los padres cuando el niño tiene fiebre.

Específicos:

• Conocer si las diferencias demográficas modifican el manejo de la fiebre.

Metodología

Estudio observacional descriptivo y transversal. En el que participan tutores legales de niños de entre 2 meses y 2 años de edad, elegidos mediante un muestreo consecutivo no probabilístico. El estudio se lleva a cabo en las consultas de Enfermería Pediátrica de 6 Centros de Atención Primaria distribuidos por Barcelona Ciudad y se divide en dos fases: una fase piloto de 2 meses de duración y una fase principal de 10 meses, 2 en cada centro.

Los criterios de inclusión son: ser tutor legal de un niño de entre 2 meses y 2 años de edad asignado y asistido en un centro participante durante los meses de la recogida de datos, con voluntad de participar. La finalidad de la asistencia debe ser una revisión del programa de actividades preventivas de la infancia de la Generalitat de Catalunya o una vacunación del calendario vacunal

sistémico.

La valoración de los conocimientos y el manejo de la fiebre se realizan mediante una recogida de datos demográficos y las respuestas a un cuestionario de 17 preguntas sobre la fiebre, testeado durante la fase piloto y disponible en castellano, catalán, inglés, francés, árabe y urdú.

Los resultados se examinarán mediante un análisis descriptivo en el que plasmar frecuencias y porcentajes, así como medias y desviaciones estándar. También, constará de un análisis bivariante con coeficientes de correlación de Pearson, regresión lineal, t de Student y ANOVA.

Resultados

Actualmente, se está realizando la recogida de datos en cuatro de los seis centros. En Octubre tendremos los resultados de 6 meses de estudio, su clausura está planificada para mayo de 2014. Se estima que, una vez finalizada la recogida de datos, la población total participante será superior a los 360 encuestados.

Discusión

Compararemos ampliamente con los resultados de los estudios internacionales y nacionales disponibles, argumentando las conclusiones extrañas.

Algunas de las limitaciones del estudio son: preguntar a los padres sobre una situación hipotética, ya que puede que la respuesta elegida difiera con lo que habrían hecho en el momento de máxima presión. Asimismo, el carácter transversal de la recogida de datos no nos permite un seguimiento de los conocimientos en la siguiente consulta, que posiblemente hayan aumentado.

Implicaciones para la práctica

La literatura demuestra que la fiebre es un signo frecuente en niños y constituye el motivo de consulta más reiterado. En poblaciones con bajos conocimientos del manejo de la fiebre, una intervención centrada en aumentarlos, reduce el miedo y la ansiedad que provoca esta situación. Además, en estas poblaciones, se observa un descenso de las consultas motivadas por la fiebre (12).

Por tanto, conocer los resultados de nuestro estudio será de gran importancia para saber qué actuaciones llevar a cabo para mejorar la calidad de la asistencia y, en consecuencia, del sistema sanitario.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. National Collaborative Centre for Women's and Children's Health, 2007. Fever illness in children. Assessment and initial management in children younger than 5 years [consultado el 29/4/2013. Disponible en www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG47Guidance.pdf

2. Ugarte EM, Orue C, Samudio GC, Weber E. Los padres y la fiebre: ¿Qué creen y hacen? *Pediatr.* 2009; 36(3): 201-5.
3. Figueras Nadal C, García de Miguel MJ, Gómez Campderá A, Pou Fernández J, Álvarez Calatayud G, Sánchez Bayle M. Paediatric Fever Co-operative Group from the Spanish Paediatric Association. Effectiveness and tolerability of ibuprofen-arginine versus paracetamol in children with fever of likely infectious origin. *Acta Paediatr.* 2002; 91: 383-90.
4. Mintegi Raso S, González Balenciaga M, Pérez Fernández A, Pijoán Zubizarreta JI, Capapé Zache S, Benito Fernández J. Menores de edad entre 3-24 meses con fiebre sin foco en la sala de urgencias: características, manejo y resultados. *An Pediatr (Barc).* 2005; 62:522-8.
5. Schmitt BD: fiebre fobia: conceptos erróneos de los padres acerca de la fiebre. *Am J Dis Child.* 1980; 134 : 176-181.
6. Crocetti M, Moghbeli N, Serwint J. Fever phobia revisited: have parental misconceptions about fever changed in 0 years? *Pediatrics.* 2001;107:1241-6.
7. Bauer Izquierdo S, Díez Domínguez H, Ballester R, Ballester A. Persistencia de la fiebre fobia a pesar de la evidencia científica. *Acta Pediatr Esp* 2009; 67:578.
8. Chiappini E, Parretti A, Becherucci P, Pierattelli M, Bonsignori F, Galli L, de Martino M. Parental and medical knowledge and management of fever in Italian pre-school children. *BMC Pediatr.* 2012;12:97.
9. García JM, Callejas JE, Castillo L, Hernández D, Garrido FJ, Jiménez T, [et al.]. Conocimiento y actuación de los padres sobre la fiebre. *Rev Aten Primaria.* 2011;13:367-79.
10. Sakai R, Nijima S, Marui E. Parental knowledge and perceptions of fever in children and fever management practices: differences between parents of children with and without a history of febrile seizures. *Pediatr Emerg Care.* 2009; 25(4):231-37.
11. Walsh A, Edwards H, Fraser J. Attitudes and subjective norms: determinants of parents' intentions to reduce childhood fever with medications. *Health Educ Res.* 2009;24(3):531-45.
12. Young M, Watts R, Wilson S. The effectiveness of educational strategies in improving parental/caregiver management of fever in their child: a systematic review. *JBI Libr Syst Rev.* 2010;8(21).

POSTER 34**AUTORES/AUTHORS:**

Elisenda Rull Bes

TÍTULO/TITLE:

Eficacia de un programa de alta precoz del prematuro con la integración de un soporte web

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto pretende evaluar la instauración de un nuevo programa de alta precoz en el Hospital Universitario Quirón Dexeus. El programa estará compuesto por un soporte web complementado con un seguimiento de atención domiciliar de enfermería llevada a cabo por personal experto en el neonato prematuro.

OBJETIVOS

- Evaluar la eficacia de la integración de un programa de alta precoz del prematuro que incluye un apoyo web en el Hospital Universitario Quirón Dexeus.

MÉTODOS

El trabajo plantea un estudio cuasi experimental con un grupo comparación. Dicho estudio se realizará en el Hospital Universitario Quirón Dexeus ubicado en la provincia de Barcelona que atiende una población de referencia conformada por mutualistas y usuarios de asistencia privada. La población objetivo será todo aquel niño prematuro con estabilidad clínica i peso mínimo de 1600g. La población de estudio será una muestra representativa de la población objetivo que cumpla con los criterios de inclusión detallados en el estudio.

El programa de alta precoz que se pretende evaluar constará en parte de un soporte web, haciendo uso de las nuevas tecnologías. Este apoyo permitirá a los padres efectuar un empoderamiento sobre la gestión y seguimiento de los cuidados de su bebé respaldado siempre con el apoyo continuo del hospital. El programa de seguimiento también incluye atención domiciliar de enfermería con personal experto en el neonato prematuro. Las visitas se realizaran una vez por semana hasta el alta definitiva del niño.

Antes de su implantación el proyecto tendrá que ser aceptado por el comité de ética del mencionado hospital. Los padres o tutores legales tendrán que firmar el consentimiento informado para su inclusión en el estudio.

El proceso de recogida de datos se iniciará con el grupo comparación durante los seis primeros meses por consideraciones éticas. Durante este periodo se hará un muestreo consecutivo hasta completar el tamaño de la muestra de este grupo. Posteriormente se efectuará la puesta en marcha del Programa de Seguimiento de la pre-alta del neonato prematuro. Un vez puesto en marcha el programa de intervención se realizará un muestreo consecutivo hasta completar el tamaño de la muestra de este grupo.

Los instrumentos de recogida del estudio serán: la Escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria de Zigmond y Snaithe validada en español, la hoja de enfermería de seguimiento del neonato prematuro a domicilio, la grafica de seguimiento del niño prematuro para los padres y por último, una encuesta de satisfacción del Programa de Seguimiento de la Pre-Alta del Prematuro.

Con los resultados obtenidos se realizara un análisis descriptivo univariado mediante el programa SPSS.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

El Programa de Seguimiento de la Pre-Alta del Prematuro es una herramienta creada por enfermeros dirigida a personal sanitario, padres y madres. El proyecto surge de una experiencia laboral prolongada en el servicio de neonatología del anteriormente mentado hospital. Conociendo pues nuestros usuarios y sus familias, se ideó este programa con el animo de mejorar la experiencia en nuestra unidad, facilitando a los padres fortalecer el vinculo padres-hijo, favorecer la continuidad de la lactancia materna, obtener una mayor ganancia de peso y rebajar los costes hospitalarios, sin perder calidad en el servicio y aportado una mayor efectividad.

Creo pues de vital importancia fomentar la creación de recursos hechos por enfermeros, ya que la experiencia y conocimientos que

tenemos de nuestros pacientes y nuestra disciplina nos hace los mas idóneos para ser autores de ellos. Y así, mostrar dentro y fuera de nuestra profesión la calidad y competitividad de la que nuestros trabajos disponen.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Altman M, Vanpee M, Bendito A, Norman M. Shorter hospital stay for moderately preterm infants. *Acta Paediatrica* 2006;95:1228-1233
- Álvarez Miró, R. Influencia de la atención domiciliar de enfermería en la evolución del prematuro con alta precoz. [Barcelona]: Universitat de Barcelona; 2011.
- Forcada-Guex M, Pierrehumbert B, Borghini A, Moessinger A, Muller-Nix C. Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics* 2006;118:107-114
- Griffen T, Abraham M. Transition to home from the newborn intensive care unit: Principles of family centred care to the discharge process. *Journal of Perinatal and Neonatal nursing* 2006;20:243-249
- Jain S, Cheng J. Emergency Department Visit and Rehospitalizations in Late Preterm Infants. *Clin Perinat* 2006; 33: 935-946
- Jotzo M, Poets C F. Helping parents cope with the trauma of premature birth: an evaluation of a trauma-preventive psychological intervention. *Pediatrics* 2005;115:915-919.
- Korvenranta E, Linna M, Häkkinen U, Peltola M, Andersson S, Gissler M, Hallman M, Korvenranta H, Leipälä J, Rautava L, Tammela O, Lehtonen L; Perfect Preterm Infant Study Group. Differences in the length of initial hospital stay in very preterm infants. *Acta Paediatr* 2007;96:1416-20. Epub 2007 Sep 10
- Sáenz González P. Nuevo modelo de alta precoz para el niño pretérmino: impacto sobre el bienestar psicológico de los padres, calidad y costes asistenciales. Universidad Miguel Hrenández; 2008.
- Sáenz P, Cerdá M, Díaz JL, Yi P, Gorba M, Boronat N, et al. Psychological stress of parents of preterm infants enrolled in an early discharge programme from the neonatal intensive care unit: a prospective randomised trial. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2009; 94: 98 - 104
- Scherf R, White Reid K. Going home: what NICU nurses need to know about home care. *Neonatal Network* 2006;25:421-424
- Torres Valdivieso M.J., Gómez E, Medina MC, Pallás CR. Programas de seguimiento para neonatos de alto riesgo. Servicio de Neonatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid 2008
- Tucker J, McGuire W, Epidemiology of preterm birth . *BMJ* 2004;329:675-678
- Whitfield MF and Grunau RE. Teenagers born at extremely low birth weight. *Paediatr Child Health* 2006;11;275-277
- Wong DL, Perry SE, Hockenberry MJ, Lowdermilk DL, Wilson D. *Maternal child nursing care*. Saint Louis: Mosby 2006

POSTER 38**AUTORES/AUTHORS:**

Paloma Ángela Calleja Toledano, Marta Fernández Batalla, Jose María Santamaría García, Lourdes Jiménez Rodríguez, Jorge Luis Gómez González, Maria Eugenia Galiana Sánchez

TÍTULO/TITLE:

El Instituto Nacional de Estadística como representación de la Predisposición a presentar problemas de cuidados poblacio

OBJETIVO:

Conocer la potencial viabilidad del Instituto Nacional de Estadística (INE) como representación poblacional de la Predisposición a presentar problemas de cuidados.

MÉTODOS:

El proyecto que se explica a continuación se encuentra integrado en una línea de investigación de la Cátedra Inés Novellón sobre Lenguaje y Modelización Computacional del Cuidado de la Universidad de Alcalá de Henares[1] en la que se está trabajando el desarrollo de una herramienta para el cálculo de las necesidades de cuidado comunitarias a partir de los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE)[2] utilizando para ello el modelo de la Predisposición a presentar problemas de cuidados. Este modelo es elaborado a partir de la Teoría del Autocuidado de D. Orem [3-5] y está basado en dos tesis doctorales pertenecientes al Departamento de Computación de la Universidad de Alcalá de Henares.[6y7]. En él se establece que en la aparición de un problema de cuidados intervienen tres tipos de factores: [6y7]

- Los factores básicos condicionantes (FBC)
- Los factores de riesgo (FR)
- Los factores etiológicos (FE)

La combinación de los FBC permite estimar la Vulnerabilidad de la persona a presentar un problema de cuidados y la combinación de los FR el Riesgo proveniente del Entorno. En función de la intensidad de ambos es calculada la Predisposición a presentar problemas de cuidados. [6y7]

Se plantea un estudio Delphi dividido en tres fases en el cual los participantes se relacionarán a través de cuestionarios enviados con la herramienta Google Drives © con una escala likert de cinco opciones. Se han planificado dos semanas para la respuesta al cuestionario y otras dos semanas entre cada vuelta para el análisis de los resultados. Se llevarán a cabo tantas vueltas como sean necesarias para alcanzar el consenso: W de Kendall $\geq 0,7$. [9]

Las distintas fases del estudio son:

- Delphi 1: en el periodo comprendido desde el 30 de Septiembre de 2013 al 4 de Abril de 2014 se analizarán los componentes de la Predisposición a presentar problemas de cuidados. A través de dos fases consecutivas los expertos estudiarán, por un lado, los componentes de la Vulnerabilidad (FBC) y posteriormente los componentes del Riesgo proveniente del Entorno (FR).
- Delphi 2: los expertos analizarán los datos contenidos en las encuestas del INE durante el periodo comprendido desde el 21 de Abril al 11 de Julio de 2014.
- Delphi 3: se analizará la potencial representatividad de cada encuesta del INE con los elementos de la Predisposición a presentar problemas de cuidados, entendiéndose la representatividad como la capacidad de cada encuesta de ser utilizada en la elaboración de indicadores poblacionales para cada componente. Esta fase durará desde el 14 de Julio al 3 de Octubre de 2014.

Finalmente existirá un periodo de análisis y extracción de resultados y conclusiones programado del 6 de Octubre al 19 de Diciembre de 2014.

Con el fin de reducir el volumen de datos manejados por los expertos el equipo investigador llevará a cabo una preselección de las encuestas del INE mediante grupos de discusión habiéndose planificado una sesión semanal por cada bloque temático del INE. Dichas sesiones coincidirán en el tiempo con los periodos en los que los expertos estén cumplimentando los cuestionarios de cada vuelta Delphi junto con las semanas del 7 al 18 de Abril de 2014 para los bloques temáticos restantes: Industria, Energía y Construcción y Servicios.

Se contará con la participación de 30 expertos de la Comunidad de Madrid los cuales deberán encontrarse en alguna de las siguientes situaciones: pertenecer a la Cátedra Inés Novellón y formar parte de una línea de investigación de ésta, pertenecer a algún grupo de investigación relacionado con el campo del cuidado y su lenguaje, disponer del título de Doctor o participar como docente en el ámbito universitario en las materias de fundamentos de enfermería y enfermería comunitaria.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

Se considera que la metodología propuesta permitirá elaborar una herramienta con la que calcular la predisposición a padecer problemas de cuidados a partir de indicadores estadísticos estatales. Con ella, se podrá disponer de una base de datos epidemiológica de los potenciales problemas de cuidados presentes en cada población con la que comparar y analizar la situación de las comunidades de distintas regiones y países utilizando una terminología y lenguaje común.

El cálculo de la predisposición de cada población dará la oportunidad de analizar si la gestión y planificación en materia sanitaria llevada a cabo en cada país está capacitada para atender los problemas de cuidados reales de los ciudadanos y así mismo, plantear nuevas estrategias que permitan adaptar los servicios a las verdaderas necesidades de los ciudadanos. Así mismo, permitirá analizar la influencia de las distintas medidas políticas llevadas a cabo por los gobiernos ya no sólo en materia de sanidad sino en todas las variables que pueden afectar al cuidado de las personas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Cátedra Inés Novellón sobre Lenguaje y Modelización Computacional del Cuidado. [Internet]. Madrid: SCC; 2011 [actualizada 18 Ene 2013; citado 29 Jun 2013]. Sociedad Científica del Cuidado.[aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <https://sites.google.com/site/sociedadcientificadelcuidado/la-catedra>
2. Instituto Nacional de Estadística. INEbase. [Internet]. Madrid: INE; 2013 [actualizado 28 Jun 2013; citado 29 Jun 2013] Disponible en: <http://www.ine.es/inebmenu/indice.htm>
3. Collière F. Promover la vida. Madrid: Interamericana; 2002.
4. Orem D.E. Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S.A; 1993.
5. García C. y Sellán M.C. Fundamentos Teóricos y Metodológicos de Enfermería. Madrid: Lebosend; 1995.
6. Berbiglia V.A, Banfield B Dorothea E. Orem: Teoría del déficit de autocuidado. En M. R, Alligood, A. Marriner. Modelos y Teorías en enfermería. 7ª ed. Barcelona: Elsevier ; 2011. pp.265-285
7. Jiménez Rodríguez L. Sistema basado en Conocimiento para la ayuda en el diagnóstico del Cansancio en el desempeño del Rol del Cuidador. [Tesis doctoral]. Madrid: Escuela Técnica Superior de Ingeniería Informática, Departamento de ciencias de la computación, Universidad de Alcalá de Henares; 2006
8. Santamaría García J.M. Investigación deductiva, representación lógica e implementación computacional sobre las limitaciones de acción del Autocuidado según el modelo de Dorothea Orem. [Tesis Doctoral]. Madrid: Escuela Técnica Superior de Ingeniería Informática, Departamento de ciencias de la computación, Universidad de Alcalá de Henares; 2008.
9. Martínez MA, Faulin FJ, Sánchez A. Bioestadística amigable. 2ª ed. Madrid : Díaz de Santos; 2006.

POSTER 39**AUTORES/AUTHORS:**

Paloma Ángela Calleja Toledano, Marta Fernández Batalla, Jorge Luis Gómez González, Jose María Santamaría García, Lourdes Jiménez Rodríguez, Maria Eugenia Galiana Sánchez

TÍTULO/TITLE:

Análisis de la Evolución histórica del concepto de Entorno en la disciplina enfermera y su relación con el Cuidado.

OBJETIVO:

Conocer la evolución del concepto de Entorno y su relación con el Cuidado a través de los distintos paradigmas enfermeros.

MÉTODOS:

Se llevó a cabo un estudio lógico-deductivo sobre el elemento metaparadigmático del Cuidado: Entorno y su evolución histórica en la disciplina enfermera. Las conclusiones fueron validadas posteriormente por un grupo de discusión conformado por siete expertos miembros de la Cátedra Inés Novellón sobre Lenguaje y Modelización Computacional del Cuidado de la Universidad de Alcalá de Henares (Madrid) [1]. El tiempo de estudio estuvo comprendido durante los meses de Marzo, Abril y Mayo de 2013.

RESULTADOS:

Fawcett [2], estableció que el concepto de Entorno, junto con los de Cuidado, Persona y Salud están presentes en todos los escritos de las enfermeras teorizadoras a menudo de forma explícita y otras veces de manera implícita.

Según Kerouac [3] estos conceptos conforman lo que se conoce como el Metaparadigma Enfermero y siguiendo a Kuhn [4] éstos deben ser conocidos y compartidos por todos los miembros de una comunidad científica que coinciden en un momento socio-histórico determinado.

Kerouac [3] establece tres paradigmas y cuatro orientaciones generales que se han ido sucediendo a lo largo de la historia en la disciplina enfermera y que han ido dotando de significado y de relaciones a los cuatro componentes del Metaparadigma:

Categorización, Integración y Transformación. Las definiciones de Entorno y sus características elaboradas en cada uno de ellos son: [3y5]

- Categorización:

- o Orientación centrada en la salud pública: El Entorno está compuesto por elementos externos a la persona, que pueden ser controlados a fin de que ésta pueda movilizar sus energías para la curación o la conservación de la salud.

- o Orientación centrada en la enfermedad: El Entorno se encuentra separado de la persona. Es definido en sus aspectos físico, social y cultural y es percibido como factor que debe ser manipulado y controlado.

- Paradigma de la Integración

- o Orientación hacia la persona: El Entorno está constituido por los contextos histórico, social, político etc. Es rico en estímulos positivos y reacciones de adaptación e interacciones circulares.

- Paradigma de la Transformación:

- o Orientación hacia la apertura del mundo: El Entorno está compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte íntegramente. Es caracterizado por su propio ritmo y por tener una orientación imprevisible. Siendo distinto con la persona convive con ella.

DISCUSIÓN:

Para facilitar el análisis de la evolución del concepto de Entorno a lo largo de los paradigmas descritos por Kerouac se han establecido cuatro líneas de análisis [3y5]:

En cuanto a la situación de la Persona con respecto al Entorno, éste pasa de ser un elemento externo, para pasar a ser comprendido como un contexto. En el paradigma de la transformación se aglutinan estas dos definiciones considerando el Entorno como el Universo de la persona.

En relación a los componentes del Entorno, éstos pasaron de estar divididos en entorno social, físico y cultural en el paradigma de la Categorización a concebirse como un contexto histórico, social y político. Finalmente, al entender el entorno como un universo, en él se engloba cualquier elemento que pueda suponer una interacción con el ser humano.

Con respecto a la relación con la Persona, el Entorno ha pasado de ser considerado como un elemento que se relaciona con ella de manera lineal y causal, a ser una fuente de estímulos, tanto positivos como negativos, a los que la persona debe adaptarse mediante relaciones circulares de adaptación. Finalmente, el paradigma de la transformación establece que ambos, Persona y Entorno, se encuentran en cambio mutuo y simultáneo siendo estas interacciones las que determinan la evolución de ambos.

Por último, con respecto a la relación con la Salud, en un primer lugar se consideró al Entorno como un elemento hostil fuente de factores que deben ser manipulados y controlados para prevenir la enfermedad. Posteriormente, se consideró que el grado de salud dependía del grado en que la persona conseguía adaptarse a su entorno. En el paradigma de la transformación se considera que el Entorno junto con la Persona conforman una unidad indisoluble, pudiendo actuar éste como causa de pérdida de la salud y como fuente de recursos para su mantenimiento o recuperación de manera simultánea.

Por tanto, en el caso de la disciplina enfermera, la evolución del concepto de Entorno no ha surgido a partir de la ruptura y exclusión con las definiciones anteriores como afirmaba Kuhn [4], sino más bien a través de un proceso de aglutinación en el que se han ido ampliando los componentes y las relaciones del Entorno con la persona. Este hecho confirma la hipótesis de Moledo citado por el Dr Santamaría [6] quien afirma que la evolución de la Ciencia, en muchos casos se produce por un proceso en el que se completan y perfeccionan las definiciones anteriores, ya que: "En ciencia las cosas son así: siempre falta algo".

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Cátedra Inés Novellón sobre Lenguaje y Modelización Computacional del Cuidado. [Internet]. Madrid: SCC; 2011 [actualizada 18 Ene 2013; citado 29 Jun 2013]. Sociedad Científica del Cuidado.[aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <https://sites.google.com/site/sociedadcientificadelcuidado/la-catedra>
2. Fawcett J. Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. 2ª ed. Philadelphia: FA Davis Company; 2004.
3. Kérouac S, Pepin J, Ducharme S, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1995.
4. Kuhn TS. La Estructura de las revoluciones científicas. 3ª ed. México: fondo de cultura económica; 2006.
5. Santos S, López M, Varez S, Abril D. Visión del profesional de enfermería sobre el entorno como parte integrante del Metaparadigma. Enfermería Global [Internet]. 2010 [citado 29 Jun 2013]: 18. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/administracion1.pdf>
6. Santamaría JM, Jiménez ML, González LA, Arribas Cachá. Notas sobre el Cuidado por qué es y cómo es. Madrid: Fuden; 2010.

POSTER 40**AUTORES/AUTHORS:**

ESTRELLA MARTÍNEZ SEGURA, MAR LLEIXÀ FORTUÑO

TÍTULO/TITLE:

¿Es la expertez del profesional de Enfermería clave en la Recepción, Acogida y Clasificación del paciente en Urgencias?

Introducción: El primer contacto de los pacientes con el personal sanitario en los servicios de Urgencias hospitalarios se produce con el personal de Enfermería. Lo que antes conocíamos como triage actualmente tendemos a definirlo como RAC: Recepción, Acogida y Clasificación. El personal de Enfermería que realiza esta valoración debe tener las competencias(2) necesarias para realizar una priorización y ordenación eficaz de los pacientes en función de los problemas de éstos, teniendo en cuenta las manifestaciones clínicas, las respuestas humanas y las necesidades que se derivan de éstas, expresadas por el mismo paciente y su familia y adecuando la asistencia a la estructura del Servicio de Urgencias donde se trabaje(1). Objetivo: Este proyecto pretende definir el nivel competencial que deben tener los profesionales enfermeros que realicen la RAC en los servicios de Urgencias para garantizar la seguridad clínica de los pacientes. Metodología: Es un estudio descriptivo transversal que se realizará a los profesionales enfermeros que trabajan a los Servicios de Urgencias del grupo del Instituto Catalán de la Salud (ICS) de la provincia de Tarragona. Utilizaremos un análisis cualitativo (grupo de discusión/expertos) para realizar un ejercicio de simulación en un escenario de RAC. Realizaremos un análisis cuantitativo de los datos socio-demográficos, utilizando la v19.0 del programa SPSS, utilizando la mediana y la desviación estándar o el rango para las variables cuantitativas y la frecuencia o porcentaje para las variables cualitativas, evaluaremos las competencias profesionales con un cuestionario COM_VA(2) y una prueba evaluativa de competencias objetiva y estructurada (ECO) , así analizaremos la relación entre los diferentes datos, utilizando las pruebas () (v.cualitativas) y T-Student o Mann-Whitney (v.cuali-cuantitativa), con un nivel de confianza del 95%, considerando la diferencia entre variables cuando el grado de significación (P) sea $\leq 0,05$, para poder definir el nivel competencial mínimo que debe tener el enfermero/a que realiza estas intervenciones en los Servicios de Urgencias.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1).Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Recepción, acogida y clasificación asistencial de los pacientes en urgencias. Recomendaciones científicas 09/01/01 del 15 de junio de 1999 revisada y adaptada a 15 de noviembre de 2004. Disponible en <http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/recomendaciones/RECOMENDACION1.pdf>
- (2).Expertise in Nursing Practice. Caring, Clinical Judgement and Ethics. Patricia Benner, Christine A. Tanner, Catherine A. Chesla. ISBN 0-8261-8700-5. Copyright 1996 by Springer Publishing Company, INc. Fifth Printing.
- (3) Juvé ME; Huguet M; Monterde D; Sanmartín MJ; Martí N; Cuevas B.Marco teórico y conceptual para la definición y evaluación de competencias de los profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario. Nursing (ed.española) 2007: 25(4):56-61.

POSTER 41**AUTORES/AUTHORS:**

Manuel Herrero Montes

TÍTULO/TITLE:

PREVALENCIA DE ÚLCERAS DE PIERNA EN PACIENTES EN DIÁLISIS EN CANTABRIA

OBJETIVOS**Principal**

Describir la prevalencia de úlceras de pierna en los pacientes en diálisis en Cantabria (España).

Secundarios

Describir la etiología de las úlceras de pierna, según la clasificación propuesta por la CONUEI(1), de los pacientes en diálisis en Cantabria.

Describir la prevalencia de amputaciones consecuencia de la enfermedad arterial periférica en pacientes en diálisis en Cantabria.

MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal donde se incluirán a todos los pacientes que estén recibiendo algún tipo de diálisis en Cantabria (España). Actualmente la población a estudio son 250 pacientes.

Variables

Datos sociodemográficos, sexo, fecha de nacimiento, antecedentes personales, modalidad de diálisis y centro de tratamiento.

Datos referentes a la enfermedad (fecha de diagnóstico, etiología, presencia de diabetes, etc.)

Exploración física:

Se realizará el índice tobillo- brazo a cada paciente.

La neuropatía será valorada mediante el test del monofilamento de Semmes- Weinstein(2).

Se determinará el estadio de EAP utilizando la clasificación propuesta por Leriche- Fontaine(3).

En pacientes diabéticos se determinará el riesgo de úlceras según el IWGDF(1).

Para el diagnóstico clínico de la IVC se seguirán los grados del epígrafe «C» de la clasificación CEAP(1).

Parámetros sanguíneos:

Kt/V (parámetro para el cálculo de la dosis de diálisis), hemoglobina, hemoglobina glicosilada y ferritina sérica

Variables para cada úlcera:

Tipo de úlcera, tiempo de evolución, localización, recurrencia, dolor, etc. Las características de la herida se recogerán según los parámetros propuestos en el instrumento RESVECH 2.0(4,5).

Recogida y análisis de los datos

Se realizará un estudio piloto con 5 casos. Dos enfermeras expertas en heridas y dos expertas en nefrología recogerán los datos de los 5 casos del estudio piloto y pondrán en común los resultados y las dificultades que se les planteen.

Una vez realizados los cambios derivados del pilotaje inicial, dos enfermeras (investigadores de campo) recogerán los datos en los dos centros a estudio. En cada centro se encargará una enfermera diferente que trabaje en ese servicio, esto permite evitar el sesgo de selección que pudiera darse por la negativa de los pacientes a participar en el estudio. La relación ya existente entre paciente-investigador aumentará el grado de participación.

Para minimizar la variabilidad intra- interobservador y previo a la recogida de datos, se realizará una sesión de formación a los investigadores de campo para explicarles la definición de cada una de las variables a analizar así como las técnicas empleadas para ello.

Los datos se recogerán principalmente de la historia clínica informatizada del paciente y de la exploración. Solo en aquellos

individuos en que mediante estos dos procedimientos no se consiga alguna de las variables a estudio se recurrirá a la entrevista personal para intentar reducir en lo posible un sesgo de información por falta de memoria de los participantes.

Una vez recolectada la información ésta será revisada por el investigador principal para detectar omisiones o anomalías. Se realizarán dos tipos de verificaciones: la verificación por rangos y la contingencial o lógica.

Se realizará en un primer momento, una revisión de la base de datos, con obtención de listados de frecuencias para todas las variables, detección y subsanación de posibles errores en los datos y comprobación de datos faltantes o perdidos, valorándose sus causas.

Las variables cuantitativas se expresarán con medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (rangos, desviación estándar, varianza, percentiles). Las variables categóricas se expresarán con frecuencias absolutas y relativas.

Consideraciones éticas y autorizaciones institucionales

La investigación será llevada a cabo valorando cada uno de los principios de la bioética. Antes de la puesta en marcha del estudio se solicitará la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de Cantabria y de la dirección de los centros.

RESULTADOS

Este trabajo es un proyecto que aún no se ha llevado a cabo por lo que no se dispone de resultados.

DISCUSIÓN

El estudio planteado será uno de los primeros trabajos en nuestro país que aportara datos sobre las patologías de miembros inferiores que padecen los enfermos en tratamiento con diálisis. Permitirá conocer el estado actual del tema y podría servir de base para futuros trabajos que establecieran relaciones de causalidad entre algunas variables clínicas y parámetros de tratamiento de estos pacientes y la aparición de lesiones en miembros inferiores.

Teniendo en cuenta la alta prevalencia de estas patologías encontrada en estudios previos(6-9), probablemente nos encontremos ante un problema de gran magnitud en estos pacientes que supone una pérdida de calidad de vida en las personas que las padecen(10) y un gasto económico importante para el sistema sanitario(1,11).

Con los datos que se obtengan se pondrán en marcha programas dirigidos a la prevención y al diagnóstico precoz, disminuyendo con ello el número de afectados así como la severidad de las lesiones en los que estas sean inevitables.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Verdú J, Marine-lo J, Armans E, Carreño P, March J, Martín V, et al. Documento de Consenso CONUEI. Barcelona: EdikaMed, SL; 2009.
2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. 2008 ed. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC; 2008.
3. Roque M, Garcia-Madrid C, Reis ED. [Advances in the medical and minimally invasive treatment of chronic ischemia of lower limbs]. Medicina clinica. 2003 Jan 18;120(1):24-30. PubMed PMID: 12525302. Avances en el tratamiento medico y minimamente invasivo de la isquemia cronica de miembros inferiores.
4. Restrepo-Medrano JC. Instrumentos de monitorización clínica y medida de la cicatrización en úlceras por presión (UPP) y úlceras de la extremidad inferior (UEI). Desarrollo y validación de un índice de medida [Tesis doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante; 2010.

5. Restrepo-Medrano JC, Verdú Soriano J. Desarrollo de un índice de medida de la evolución hacia la cicatrización de las heridas crónicas. *Gerokomos*. 2011;22:176-83.
6. Lancho Casares JM. Paciente en programa de diálisis y arteriopatía periférica. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*. 2008;11(2):6.
7. Ndip A, Lavery LA, Lafontaine J, Rutter MK, Vardhan A, Vileikyte L, et al. High levels of foot ulceration and amputation risk in a multiracial cohort of diabetic patients on dialysis therapy. *Diabetes care*. 2010 Apr;33(4):878-80. PubMed PMID: 20067975. Pubmed Central PMCID: PMC2845045. Epub 2010/01/14. eng.
8. Ndip A, Rutter MK, Vileikyte L, Vardhan A, Asari A, Jameel M, et al. Dialysis treatment is an independent risk factor for foot ulceration in patients with diabetes and stage 4 or 5 chronic kidney disease. *Diabetes care*. 2010 Aug;33(8):1811-6. PubMed PMID: 20484126. Pubmed Central PMCID: PMC2909067. Epub 2010/05/21. eng.
9. Sánchez Perales MC GM, Borrego Uriel FJ, Viedma G, Gil Pérez del Barrio JM, Borrego Liébana J, Pérez P. Incidencia y factores de riesgo de amputación no traumática de miembros inferiores en los pacientes en hemodiálisis. *Nefrología*. 2005;25(4):399-402.
10. González-Consuegra RV, Verdú J. Proceso de adaptación al castellano del Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire (CCVUQ) para medir la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con úlceras venosas. *Gerokomos*. 2010;21:80-7.
11. Bosanquet N. Costs of venous ulcers: from maintenace therapy to investment programmes. *Phlebology*. 1992;1:44-6.

POSTER 42**AUTORES/AUTHORS:**

MIREIA ADELL, TERESA SALVADÓ

TÍTULO/TITLE:

CALIDAD DE VIDA Y TÉCNICAS DE DIÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO.

1. Introducción/ Objetivos:

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) representa un importante problema de salud pública, tanto por su elevada morbimortalidad, prevalencia e incidencia, como por el coste socio-económico que supone su control y tratamiento [1].

Las personas con Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) presentan una Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) inferior a la de la población en general [2]. Las diferentes técnicas de diálisis pueden influir en la CVRS [3-5]. La falta de estudios cualitativos hacia la percepción de la CVRS de estas personas teniendo en cuenta la perspectiva de género y la falta de herramientas para su abordaje teniendo en cuenta la totalidad de la persona y de su entorno nos llevan a plantear hacernos este estudio.

Objetivos generales:

Valorar y comparar la Calidad de Vida de las personas con ERCT en tratamiento con Hemodiálisis (HD) o Hemodiafiltración On Line (HDF-OL) de las "Terres de l'Ebre".

Identificar la percepción de la CVRS, evaluar las variables sociodemográficas y los parámetros analíticos de nuestros usuarios / as y estudiar su relación con la CVRS teniendo en cuenta la perspectiva de género.

Objetivos específicos:

Explorar sentimientos y creencias de las personas con ERCT que reciben tratamiento con HD o HDF-OL.

Conocer como afecta en el desarrollo del rol familiar la ERCT en Tratamiento Renal Sustitutivo (TRS) con HD o HDF-OL.

2. Metodología:

Estudio de metodología mixta. Estudio observacional, analítico y transversal dentro del marco interpretativo de la fenomenología.

Hipótesis: -Las personas que reciben tratamiento con HDF-OL post dilucional tienen mejores resultados analíticos y perciben una CVRS superior a las personas que reciben tratamiento con HD.

- Las experiencias vividas de la propia persona, el entorno, el género y el tipo de técnica de diálisis influyen en la CVRS percibida por las personas con ERCT.

La población objetivo serán las personas con ERCT de la Unidad de Asistencia Nefrológica del Hospital de la Sta. Creu de Jesús (Tortosa), que estén en tratamiento con HD o HDF-OL durante el periodo de estudio.

Realizaremos un muestreo no probabilístico estratégico, utilizando para ello unos criterios subjetivos para la elección de la muestra a estudio.

El tamaño de la muestra será de 50 personas en la parte del estudio cuantitativo y de 10 personas en el estudio cualitativo.

Criterios de Inclusión: Aceptar participar en el estudio, edad > 18 años, pertenecer a un programa de crónicos desde hace al menos 3 meses, dializarse con la misma técnica durante los últimos 3 meses, disponer de un buen acceso vascular (flujo de sangre (Qb):> 350mLx '), no haber sido ingresado por algún proceso agudo durante los últimos 3 meses, no presentar patología psiquiátrica y tener un buen estado cognitivo para poder responder el cuestionario.

Criterios de Exclusión: Personas con patología asociada avanzada o terminal y personas con deterioro cognitivo, según los criterios del Test de Lobo (puntuación <23 puntos).

Instrumentos:

- Test cognoscitivo de Lobo para valorar el estado cognitivo.
- Cuestionario KDQOL-SF para valorar la calidad de vida de las personas con enfermedad renal.
- Cuestionario de datos sociodemográficos
- Hoja de recogida de datos analíticos que se extraerán de la historia clínica de cada persona .

3. Análisis de los datos:

En la parte de metodología cuantitativa, los datos se recogerán en una hoja de cálculo tipo Excel y los datos estadísticos se trabajarán con el paquete estadístico informático SPSS v20.0 para Windows. Las variables cualitativas se describirán mediante el número y el porcentaje. Las variables cuantitativas mediante la media y la desviación típica.

Las relaciones entre las diferentes variables se realizarán mediante la prueba t-Student o U de Mann-Whitney, segundo si se cumplen las condiciones de aplicación, y de Spearman.

Los resultados se considerarán significativos si el grado de significación es igual o inferior al 5% ($p \leq 0,05$).

En la metodología cualitativa se utilizarán como herramientas para obtener información la entrevista en profundidad semiestructurada, la observación participante y el diario de campo.

Junto con el análisis y categorización de las entrevistas realizaremos el análisis de nuestro diario de campo, el cual nos ayudará a complementar la información registrada en las entrevistas, a fin de poder entender mejor la percepción de la CVRS que tienen las diferentes personas que hemos incluido en el estudio.

Para poder controlar los sesgos que puedan surgir de nuestra investigación, realizaremos el proceso de triangulación metodológica intermétodo secuencial propuesta por Norman Denzin: primero utilizaremos los métodos cuantitativos y después los métodos cualitativos [6] .

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Calderón-González C, García-Fernández N. Enfermedad renal crónica: clasificación, etiopatogenia y factores pronósticos. *Medicine*. 2011; 10(79): 5364-9.
2. Valderrábano F. Tratado de Hemodiálisis. Barcelona: Médica JIMS; 2004.
3. Vaslaski L, Major L, Berta K, Karatson A, Miss M, Pethoe F, et al. On line haemodiafiltration versus haemodialysis; stable haematocrit with less erythropoietin and improvement of other relevant blood parameters. *Blood Purif* 2006; 24(2): 163-73. PMID: 16352871 [PubMed - indexed for MEDLINE].
4. Altieri P, Sorba G, Bolasco G, Asproni E, Ledebro I, Boström M, et al. Predilution hemofiltration-The second Sardinian Study: comparisons between hemofiltration and haemodialysis during identical Kt/V and sessions times in a long-term crossover study. *Nephrol Dial Transplant* 2001;16(6):1207-13. PMID: 11390722 [PubMed - indexed for MEDLINE].
5. Bonforte G, Grillo P, Zerbi S, Surian M. Improvement of anemia in hemodialysis patients treated by hemodiafiltration with high volumen on-line-prepared substitution fluid. *Blood Purif*. 2002; 20 (4): 357-63.
6. Denzin N. Moments, Mixed Methods, and Paradigm Dialogs. *Qualitative Inquire*. 2010, 16(6): 419-27. DOI:

10.1177/1077800410364608. Disponible en: <http://qix.sagepub.com/content/16/6/41>.

POSTER 43**AUTORES/AUTHORS:**

Amaya Morón Ugalde, Eva M^a Satue Gracia, Carme Ferre Grau, Eduard Borreguero Guerrero

TÍTULO/TITLE:

REVISION DE LA SOBRECARGA DE FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES CON

OBJETIVO:

El objetivo último de esta revisión es diseñar un programa de terapia psicoeducativa para cuidadores de pacientes con patología dual con el fin de dar respuesta a sus necesidades psicoafectivas y sociales. Los familiares cuidadores de pacientes con patología dual son necesarios para el tratamiento y recuperación de éstos ya que proporcionan soporte psicoafectivo y emocional.

MÉTODOS:

Mediante una exhaustiva búsqueda bibliográfica tratamos de evidenciar las necesidades de cuidadores de pacientes con patología dual y el vacío social e institucional que existe (para satisfacerlas).

Para la búsqueda nos situamos en el siguiente escenario:

Problema o situación: los familiares de pacientes con patología dual en el ámbito de la Atención primaria padecen altos niveles de ansiedad y estrés.

Intervención: aplicación de programas de educación para la salud para familiares cuidadores de pacientes con patología dual (terapia grupal).

Intervención habitual (control): heterogénea, contención en consulta.

Resultados esperados: reducción de la ansiedad y mejora de la calidad de vida de los familiares cuidadores de pacientes con patología dual.

La pregunta estructurada sería: ¿Las terapias grupales pueden reducir la ansiedad y estrés y mejorar la calidad de vida de familiares cuidadores de pacientes con patología dual?

Base de datos: MEDLINE

Palabras clave: Diagnosi Dual, psychiatric disorder AND family, caregiving, care.

RESULTADOS:

Lectura crítica siguiendo guía CASPe

Principales artículos:

1) Dixon L, McNary S, Lehman A. Substance abuse and family relationships of persons with severe mental illness. *Am J Psychiatry* 1995; 153(3):456-8.

La principal conclusión es que las relaciones familiares conflictivas o insatisfactorias pueden asociarse al consumo de sustancias; por lo tanto el hecho de implicar a las familias podría ayudar al tratamiento.

2) R.E. Clark. Family support and substance use outcomes for persons with mental illness and substance use disorders. *Schizophrenic Bulletin*. *Apa Journals*. ISSN 0586-7614. Volume 27, Number 1/2001. Pages 93-101.

Los resultados sugieren que el refuerzo familiar directo puede ayudar a reducir el consumo de sustancias en pacientes con patología dual

3) M. Perelló, N. Alcañiz, N. Llorens, M. Dorado, A. Malea, I. Lopez-Escamilla. Impacto psicológico de la dependencia a la cocaína en la familia: Prevalencia de trastorno de estrés postraumático en familiares. *Trastornos Adictivos*. Volumen 11 nº 3 Julio-Septiembre 2009.

Se evidencia la necesidad de evaluar el estado emocional de la familia y diseñar intervenciones y tratamientos específicos para ellos

DISCUSION:

La Patología Dual se define como una enfermedad donde existen de manera simultánea dos trastornos: uno adictivo y otro mental. Un 53% de las consultas de psiquiatría son por este motivo; entre los síntomas más frecuentes destacan: aumento de impulsos, agresividad y violencia, falta de respeto de las normas, falta de rutinas en la convivencia, ideas paranoides, marginalidad.... Estas situaciones hacen insostenible la convivencia familiar. Actualmente son muchos los familiares que presentan algún trastorno psicológico relacionado con el hecho de tener a su cargo una persona con patología dual. Por otra parte, estos cuidadores son necesarios para el tratamiento y recuperación de dichos pacientes ya que proporcionan soporte psicoafectivo y emocional tal y como evidencian los diferentes artículos revisados.

El siguiente paso, que ya hemos iniciado, consiste en el diseño del programa psicoeducativo de terapia grupal y su implementación

en Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Dixon L, McNary S, Lehman A. Substance abuse and family relationships of persons with severe mental illness. *Am J Psychiatry* 1995; 153(3):456-8.

Irazábal Martín E. La EpS desde el abordaje más de la psicología social y del análisis para la intervención comunitaria. *El grupo Operativo. Puntos fuertes y sus dificultades. Atención Primaria* 2004; 34 (extra1):81-2.

T. Mueser, Shirley M. Glynn, Corrine Cather, Roberto Zarate, Lindy Fox, James Feldman, Rosemarie Wolfe, Robin E. Clark. Family Intervention for Co-occurring Substance Use and Severe Psychiatric Disorder: Participant Characteristics and Correlates of Initial Engagement and More Extended Exposure in a Randomized Controlled Trial. *Addictive Behaviors*. Volume 34, ISSUE 10, October 2009. Pages 867-877.

Martín Madrazo M, Medina Fernández M., Irazábal Martín E. Una experiencia grupal: Cuidar al cuidador. *Metas Enfermería* 1999; Vol II nº 13:15-18.

Michelle Cleary, Glenn E. Hunt, Sandra Matheson, Garry Walter. The association between substance use and the needs of patients with psychiatric disorder, levels of anxiety, and caregiving burden. *Archives of Psychiatric Nursing* Volume 22, Issue 6, December 2008 Pages 375-385.

Perelló M., Alcañiz N., Llorens N., Dorado M., Malea A., Lopez-Escamilla I. Impacto psicológico de la dependencia a la cocaína en la familia: Prevalencia de trastorno de estrés posttraumático en familiares. *Trastornos Adictivos*. Volumen 11 nº 3 Julio-Septiembre 2009

R.E. Clark. Family support and substance use outcomes for persons with mental illness and substance use disorders. *Schizophrenic Bulletin*. *Apa Journals*. ISSN 0586-7614. Volume 27, Number 1/2001. Pages 93-101.

POSTER 44**AUTORES/AUTHORS:**NATIVIDAD CAÑELLAS, M^ºLUISA PANISELLO**TÍTULO/TITLE:**

EVALUACION DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE TERAPIA INHALADA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

1.- Introducción / Objetivos

La EPOC se define como una neumopatía caracterizada por la presencia de una obstrucción crónica y poco reversible al flujo aéreo, se caracteriza por la presencia de agudizaciones y por la frecuente presencia de comorbilidades que pueden contribuir a la gravedad de algunos pacientes [1]. La prevalencia actual de la EPOC en Cataluña se estima en un 9,1% en la población general entre 40 y 80 años, ésta aumenta con la edad, hay una relación hombre / mujer de 4/ 1 y una gran variabilidad geográfica [2]. Las medidas de tratamiento más importantes incluyen la cesación de tabaquismo, la terapia farmacológica, principalmente con el uso de inhaladores, la vacunación y la rehabilitación. Como en todas las enfermedades crónicas, la falta de adherencia a la terapia inhalada a los pacientes con EPOC es común y contribuye a efectos adversos para la salud, la calidad de vida reducida y el aumento del gasto sanitario [3]. Tan sólo entre el 23% y 45% de las personas realizan correctamente la técnica [4-8].

Es importante llevar a cabo un programa de educación para el manejo de estos sistemas durante la hospitalización, este es uno de los pilares del tratamiento de la EPOC para favorecer la adherencia al tratamiento y que proponen las guías para el manejo de los pacientes respiratorios [9].

Objetivo general:

Evaluar los resultados de un programa de educación en terapia inhalada en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Objetivos específicos:

Conocer la proporción de las personas que realizan correctamente la técnica inhalada. Conocer la proporción de las personas que no realizan correctamente la técnica inhalada.

Conocer la proporción del cumplimiento terapéutico en relación a tomarse el tratamiento inhalado de las personas que no realizan correctamente la técnica inhalada.

Conocer los factores asociados a la realización de la técnica inhalada incorrecta.

2.-Metodología

Proyecto de estudio cuasi- experimental pre- post con el mismo grupo de pacientes realizado en dos fases (antes y después de una intervención educativa).

Hipótesis: La aplicación de un programa de educación de enfermería a pacientes ingresados en el área médica del hospital de Tortosa Verge de la Cinta (HTVC) aumentará en un 30% la correcta utilización de la técnica de los inhaladores.

La población en estudio son los pacientes ingresados en el área médica del HTVC durante los meses de octubre a abril de 2013-2014 entre 40- 80años con EPOC y tratamiento de terapia inhalada.

El tamaño de la muestra la hemos medido con la calculadora de Tamaño Muestral GRANMO, según su cálculo se necesitan 31 sujetos, asumiendo que la proporción inicial de eventos es del 0 y la final del 0.3 aceptando un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta inferior al 0.2 en un contraste bilateral para medidas apareadas (repetidas en un grupo).

Criterios de inclusión: pacientes que ingresan con diagnóstico de EPOC en el área médica del HTVC y tengan prescrito tratamiento inhalado con pauta fija diaria, estén haciendo la técnica de manera deficiente y acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión: pacientes con deterioro cognitivo, que no quieran participar en el estudio y realicen la técnica de manera correcta.

Variables dependientes: Técnica inhalada correcta y cumplimiento terapéutico del tratamiento inhalado.

Variables independientes: Variables sociodemográficas: edad, sexo, nivel educativo, situación laboral, situación económica y datos de convivencia. Variables clínicas: tiempo de inicio de la enfermedad, tiempo que lleva con terapia inhalada, si ha recibido instrucción previa de la técnica por parte de personal sanitario y quien le proporcionó.

Instrumentos:

- Para el cumplimiento terapéutico del tratamiento inhalado utilizará el test de Morisky - Green- Levine

- Para la valoración del conocimiento de la técnica inhalada ha considerado correcta la metodología recomendada por la SEPAR (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica)
- Cuestionario sociodemográfico para recoger las características de la población a estudio
- Una hoja de datos clínicos que recogeremos de la Historia Clínica con las características de la patología
- Díptico informativo

3.- Análisis de los datos

Los datos se recogerán en una hoja de cálculo tipo Excel y los datos estadísticos se trabajarán con el paquete estadístico informático SPSS v20.0 para Windows .

Análisis descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio: los datos cualitativos será mediante porcentaje , los datos cuantitativos será mediante la media y la desviación típica. Todos los datos se disgregarán por sexo .

Para el contraste de hipótesis en el caso de las variables cualitativas se utilizará el test de Chi - Cuadrado (o test de Fisher) para valorar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos momentos (antes y después) según frecuencias observadas .

En el caso del contraste de las variables numéricas se utilizará el test T Student (o U MannWhitney si la distribución de alguna de las variables no sigue una distribución de normalidad) .

Los resultados se considerarán significativos si el grado de significación es igual o inferior al 5 % ($p \leq 0,05$) .

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) - Guía Española de la EPOC(GesEPOC) Arch Bronconeumol.2012; 48(Supl.1)
- 2.Ancoshea J, Badiola C, Duran-Tauleria E, Garcia Rio F, Miravittles M, Muñoz L, Sobradillo V, Soriano JB. Estudio EPI-SCAN: resumen del protocolo de un estudio para estimar la prevalencia de EPOC en personas de 40 a 80 años en España. Arch Bronconeumol. 2009;45:41-47.
- 3.DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. Med Care. 2004;42:200–9.
- 4.Sotomayor L ,Hernán, Vera A Alvaro, Naveas G Rina, Sotomayor F Cristián. Evaluación de las técnicas y errores en el uso de los inhaladores de dosis medida en el paciente adulto. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2001 Abr [citado 2012 Dic 07] ;129(4): 413-420
- 5.Durán P, Aguilar M; Polonio J, Alfaya J, Rodríguez A. Áreas de dependencia en el diagnóstico "manejo inefectivo del régimen terapéutico: uso de inhaladores". Evidentia. 2010 oct-dic; 7(32).Disponible en:<<http://www.index-f.com/evidentia/n32/ev7258.php>> Consultado el 7 de diciembre 2012.
- 6.Melani AS, Canessa P, Coloretti I, DeAngelis G, DeTullio R, Del Donno M, Giacobbe R, Scarlato I, Serafini A, Barbato N, Vaghi A, Sestini P. Educational Study Group of the Italian Association of Hospital Pulmonologists (AIPO). Inhaler mishandling is very common in patients with chronic airflow obstruction and long-term home nebuliser use. Respir Med. 2012 May;106(5):668-76. Epub 2012 Jan 25.
- 7.Golpe R., Mateos A., Soto I.Técnica inadecuada en el empleo de inhaladores en pacientes atendidos en una consulta de neumología. An. Med. Interna (Madrid) [revista en la Internet]. 2001 Feb [citado 2012 Dic 07] ; 18(2): 25-29.Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992001000200004&lng=es.
- 8.Carrión V, Maya M,Fontana I, Díaz J, Marin J.Técnica de inhalación en los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. ArchBronconeumol.2000;36(5):236-240

9. Anguera C., Caula J., Castillo J.A., Gaitano A., Llauger M.A., Pastor E., Rodríguez A. Malaltia pulmonar obstructiva crònica. [En línia]
Barcelona: Institut Català de la Salut, 2009. Guies de pràctica clínica i material docent, núm. 16
[URL disponiblea: <http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/mpoc/mpoc.htm>]

POSTER 46**AUTORES/AUTHORS:**

Ramon Aiguadé Aiguadé, Lurdes Moure Romero, Francesc Rubí Carnacea, Manel Domingo Corchos, Mònica Rodríguez Bagó, Gabriel Liesa Vivancos, Isaac Serrano Vivancos, María Jesús Samper Barrabés, Carles Casanova Gonzalvo

TÍTULO/TITLE:

Reeducación del equilibrio del paciente anciano mediante propiofoot

Introducción

El presente trabajo se ha desarrollado en distintas residencias geriátricas de Cataluña con la colaboración de distintos fisioterapeutas que durante un tiempo de 12 semanas han realizado una pauta de ejercicios propioceptivos mediante Propiofoot. una de las ventajas de utilizar esta herramienta terapéutica es por su fácil transporte y por la gran seguridad que transmite al paciente en comparación con otros métodos de trabajo del equilibrio.

Objetivos

- 1) Comprobar la efectividad para la mejora del equilibrio del trabajo propioceptivo en el paciente geriátrico
- 2) Proponer una pauta de trabajo válida en geriatría para prevenir el riesgo de caídas y sus consecuencias
- 3) Mejorar la calidad de vida de los pacientes geriátricos con Desequilibrio Posterior
- 4) Dar validez científica a una metodología de uso muy frecuente para el fisioterapeuta

Métodos

Criterios de inclusión entre otros tener un Tinetti $< 0 = a 19$ así como no padecer enfermedades vestibulares. La $N=14$ y la $p<0,05$. Se usaron como medidas el Test get Up and GO (TUG) y el Tinetti. El trabajo se realizaba 3 veces por semana durante 16 semanas en sesiones de 18'. Se realizó un análisis aleatorio externo y los resultados se trataron con Excel y SPSS 15.0 y Prueba de Friedman y Wilcoxon.

Resultados

Se ha obtenido significación ($p<0,05$) en la práctica totalidad de los ítems valorados tanto en lo relativo al TUG como en el Tinetti.

- 1) El trabajo propioceptivo mejora el TUG y el Tinetti estático
- 2) La mejora es menos significativa por debajo de las 8 semanas de trabajo
- 3) La mejora del equilibrio dinámico precisa al menos 8 semanas de trabajo
- 4) La mejora es más significativa en pacientes con un Tinetti bajo

Discusión

De entre las escalas se escogió el Tinetti y el TUG por ser en las más utilizadas en el ámbito de la geriatría y poder así si fuera necesario realizar estudios retrospectivos futuros. En algunos casos el Berg y el Tinetti tienen una alta correlación motivo por el cual haber realizado las dos sería repetitivo. Además el Tinetti tiene la ventaja de medirnos el equilibrio estático y dinámico por separado.

En relación al trabajo propioceptivo los Propiofoot© son de reciente creación y no existe bibliografía relativa a su aplicación en geriatría. Sabemos que el trabajo del equilibrio en pacientes ancianos institucionalizados se muestra efectivo reduciendo el índice de caídas a prácticamente la mitad⁵⁷. Los efectos del trabajo del equilibrio con un mínimo de 8 semanas se muestran efectivos para el trabajo del equilibrio en geriatría⁵⁸. De aquí nuestro interés en realizar las mediciones a las 6, 8 y 12 semanas para corroborar si efectivamente estos resultados se reproducían. Efectivamente en el caso del Tinetti dinámico así ha sido puesto que entre la medición basal y la semana 6, no ha habido significación en los resultados obtenidos ($p=0,059$). En cambio a partir de la semana 8 se ha obtenido significación ($p<0,05$) en el resto de mediciones y comparaciones. Los resultados son muy marcados cuanto mayor es el tiempo de trabajo.

En nuestro caso, los resultados han sido de franca mejoría tanto en el Test de Tinetti y especialmente en la parte estática del test. Menos evidentes los resultados en las 6 primeras semanas de intervención en el Tinetti dinámico aunque posteriormente sí se

encuentra una mejoría significativa al cabo de las 12 semanas de pauta de tratamiento ($p < 0,01$).

El TUG también ha mostrado una mejoría significativa ($p < 0,05$) disminuyendo el tiempo total del test aunque también en este caso la mayor diferencia en la mejora del test se aprecia a partir de la semana 8, coincidiendo con los resultados obtenidos en el Tinetti.

En cuanto a su aplicabilidad clínica podríamos concluir que el trabajo propioceptivo mejora el TUG y el Tinetti principalmente el estático. No obstante, La mejora es menos significativa por debajo de las 8 semanas de trabajo y para la mejora del equilibrio dinámico precisa al menos 8 semanas de trabajo. Asimismo, el trabajo con Propiofoot permite una mejora más significativa en pacientes con un Tinetti bajo

Palabras clave:

Proprioception, Geriatric assessment, Physical Therapy Modalities

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1) Berthaux P. Geriatrics, geriatric medicine, gerontology. Rev Prat 1986 Feb 21:36(11):575(7)
- 2) Thevenon, Pollez; Rehabilitación en Geriátría. Barcelona: Ed. Masson. 1.994. Páginas 1-3
- 3) Sèculi Sanchez E, Brugulat Guiteras P, March Llanes J, Medina Bustos A, Martines Beneyto V, Tresserras Gaju R. Las caídas en los mayores de 65 años: conocer para actuar. Aten Primaria 2004;34(4):178-83
- 4) 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, número 4, 2007. 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.).
- 5) Tavernier-Vidal B. Balance or where are you? Soins Gerontol. 2001 Dec;(32):38-41
- 6) Pérennou D, Decavel P, Manckoundia P, Penven Y, Mourey F and cols. Evaluation of balance in neurologic and geriatric disorders. Ann Readapt Med Phys. 2005 Jul 48 (6): 317-35. Review
- 7) Steffen TM, Hacker TA, Mollinger L. Age-and gender test performance in community-dwelling elderly people: Six-minute Walk Test, Berg Balance Scale, Timed Up&Go Test, and gait speeds. Physical Therapy. 2002 Aug 82(8): 826-7
- 8) Botolfsen P, Helbostad JL, Moe-Nilssen R, Wall JC. Reliability and concurrent validity of the Expanded Timed Up-and-go-test in older people with impaired mobility. Physiother Res Int 2.008 Jun; 13(2): 94-12
- 9) Mansfield A, Peters AI, Liu BA, Maki BE. A perturbation based-balance training program for older adults: study protocol for a randomised controlled trial. BMC Geriatr. 2007 May 31; 7:12
- 10) Kegelmeyer DA, Kloos AD, Thomas KM, Kostyk SK. Reliability and validity of the Tinetti Mobility Test for individuals with Parkinson disease. Phys Ther. 2007 Oct;87(10): 1369-78
- 11) Rosendhal E, Gustafson Y, Nordin E, Lundin-Olsson L, Nyberg L. A randomized controlled trial of fall prevention by a high-intensity functional exercise program for older people living in residential care facilities. Aging Clin Exp Res. 2008 Feb; 20(1):67-75
- 12) Eser F, Yazzuver G, Karaus D, Karaoglan B. The effect of balance training on motor recovery and ambulation after stroke: a randomized controlled trial. Eur J. Phys Rehabil Med. 2008 Mar; 44(1):19-25

POSTER 47**AUTORES/AUTHORS:**

PILAR CÓRCOLES JIMÉNEZ, M^a VICTORIA RUIZ GARCÍA, M^a DOLORES SAIZ VINUESA, TERESA MUÑOZ SERRANO, ELENA MUÑOZ MANSILLA, PEDRO FERNÁNDEZ PALLARÉS, FRANCISCA CALERO YAÑEZ, LUCIA HERREROS SAEZ, ROSARIO JIMÉNEZ GÓMEZ

TÍTULO/TITLE:

Pérdida de autonomía para actividades básicas de la vida diaria en mayores de 65 años en relación con hospitalización.

El envejecimiento de la población es un fenómeno creciente en países occidentales, que representa un éxito por la disminución de la mortalidad, pero a la vez plantea importantes retos sanitarios por el aumento de patologías crónicas. En las últimas décadas, el análisis del envejecimiento no se limita a situaciones de enfermedad, sino que se ha ampliado al nivel de deterioro como clave para conocer la situación de las personas mayores. Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) pueden definirse como aquellas actividades encaminadas al autocuidado y movilidad, que dotan de autonomía e independencia para vivir sin precisar ayuda continua de otros (1) La independencia para las ABVD es mayor entre los hombres y se correlaciona positivamente con el bienestar y negativamente con la edad (2, 3)

La pérdida funcional en los ancianos hospitalizados es un fenómeno ampliamente reconocido en la literatura científica Durante el ingreso hospitalario se produce una disminución de autonomía para realizar las ABVD entre un 35 y un 50% del total de pacientes ancianos ingresados, como constatan diferentes estudios a nivel nacional e internacional (4,5) Esta pérdida puede ser prevenida evitando ciertas prácticas o procedimientos.

Objetivo. Determinar incidencia del deterioro en autonomía para ABVD en relación con ingreso hospitalario en pacientes \geq de 65 años.

Método. Ámbito: Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA): Hospital General y Hospital Perpetuo Socorro (HPS) Estudio de cohortes Participantes: \geq 65 años ingresados en CHUA Criterios de inclusión: Ingreso \geq 48 horas en Unidades de Área Médica, consentimiento informado. Tamaño muestral: asumiendo un 66% de \geq 65 años independientes para ABVD antes del ingreso, y que el porcentaje se reduzca a la mitad tras el mismo, para una significación de 95% y poder de 80%, se necesitan 82 pacientes. Muestreo consecutivo (enero-marzo 2013) Variables: Sociodemográficas, motivo, origen y duración del ingreso, Unidad de hospitalización, estado cognitivo e independencia para ABVD. Variable principal de resultado: Deterioro en autonomía, definido como pérdida de autonomía para ABVD respecto a situación previa al ingreso Instrumentos: Índice Barthel: mide independencia para ABVD con 10 ítems (autonomía para comer, lavarse, vestirse, arreglarse, continencia, uso del retrete, traslados, deambular y escaleras); puntuación máxima (100) indica independencia, mínima (0) dependencia total. Medición: referido a una semana antes del ingreso, al ingreso y 7-10 días tras alta. Estado cognitivo: SPMSQ de Pfeiffer, con 10 preguntas sobre orientación témporoespacial, cálculo, memoria a corto y largo plazo; cada fallo puntúa 1, oscilando entre 0 (estado mental intacto) y 10 errores (grave deterioro) Recogida de datos: historia clínica y entrevista con pacientes y familiares durante el ingreso; seguimiento telefónico tras alta Aspectos éticos: Aprobación Comité de Ética

Análisis estadístico (SPSS) Descriptivo: frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central y dispersión, según tipo de variables. Bivariante: Chi-cuadrado, comparación de medias con t de Student o ANOVA, correlaciones (Pearson), según tipo de variables a comparar; otros test no paramétricos previa comprobación de normalidad de distribución (Kolmogorov-Smirnov). Se ha calculado IC al 95%. Significación estadística $p < 0,05$

Resultados. 104 pacientes, 54 mujeres. Edad media 79.97 (d.t.=7.89), IC 95% [78.32, 81.59] Motivo más frecuente de ingreso: patología respiratoria (37.5%) Ingresó desde Urgencias un 89.4% Pérdidas seguimiento: éxitus 5.8% (6), no localizados 6. Duración media ingreso 9.46 días (d.t.=6.02) Pacientes independientes o con dependencia leve para ABVD: antes de ingreso 65.4%, 39.4% al ingreso, tras el alta 54.3% Un 41.3% tenía estado mental intacto en las primeras 24 h del ingreso. Previamente al ingreso, la independencia es menor a mayor edad y entre las mujeres, de manera estadísticamente significativa

Deterioro de autonomía a las 24 h del ingreso 57.7% de los pacientes; una semana tras el alta, 32.6%. Por Unidades: al ingreso, el mayor porcentaje de deterioro en autonomía se produce en Geriátrica (70.8%); tras el alta, en Medicina Interna del HPS (42.9%), con diferencias no significativas. No hubo relación entre la edad, el sexo y el deterioro de autonomía durante el ingreso hospitalario. De los pacientes que previo al ingreso presentaban independencia o dependencia leve, un 19% quedan en dependencia moderada, grave o total 7-10 días tras el alta

Discusión. Implicaciones para la práctica clínica. A pesar de la edad media avanzada, el porcentaje de pacientes que antes del

ingreso eran independientes para ABVD es similar al obtenido en otros contextos (6); la autonomía previa es menor en las mujeres y en los mayores (2,3) La autonomía disminuye con el ingreso y continúa deteriorada tras el alta, con independencia del sexo y la edad. Casi una quinta parte de personas mayores que antes del ingreso hospitalario eran prácticamente independientes queda con dependencia importante, lo que implica gran necesidad de cuidados en domicilio, cambios en organización familiar y necesidad de soporte profesional adecuado, que debe articularse mediante el informe de continuidad de cuidados de Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1)Romero DM. Actividades de la vida diaria. *Anales de Psicología*. 2007; 23: 264-71.
- (2)Meléndez JC, Tomás JM, Navarro E. Actividades de la vida diaria y bienestar y su relación con la edad y el género en la vejez. *Anales de Psicología*. 2011; 27(1): 164-9.
- (3)Gisper Magarolas R, Clot Razquin G, Rivero Fernández A, Freitas Ramírez A, Ruiz Ramos M, Ruiz Luque C et al. El perfil de la dependencia en España: un análisis de la encuesta de discapacidades de 1999. *Rev Esp Salud Pública*. 2008; 82 (6):653-65.
- (4)Vidán Astiz MT, Sánchez García E, Alonso Armesto M, Montero Errasquin B, Martínez de la Casa A, Ortiz FJ et al. Deterioro funcional durante la hospitalización en ancianos. Beneficios del ingreso en el servicio de geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008;43(3):133-8.
- (5)Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, Counsell SR, Stewart AI, Kresevic D, et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *JAGS*. 2003;51:451-8.
- (6)Corrales Fernández E, Tardón García A, Cueto Espinar A. Estado funcional y calidad de vida en mayores de setenta años. *Psicothema*. 2000. 12(2):171-5.

POSTER 48**AUTORES/AUTHORS:**

Carmen Puigvert Vilalta

TÍTULO/TITLE:

PERCEPCIÓN DE LA CAPACIDAD DE LOS PACIENTES EN DIÁLISIS PERITOENAL PARA AFRONTAR SITUACIONES ESTRESANTES Autora: Carme

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas el papel del profesional y del sistema sanitario es plantear un modelo asistencial en que los aspectos interpersonales y técnicos estén orientados a impulsar el empoderamiento de los pacientes. El Sentido de coherencia (Antonovsky 1979) pretende medir una orientación global de personalidad que facilita la solución a problemas de forma adaptativa cuando la gente se encuentra en situaciones estresantes. Este es un enfoque centrado en el desarrollo positivo de salud.

Objetivo: Describir la capacidad y el grado de SOC 13 que tienen los pacientes de diálisis peritoneal.

METODOLOGIA

Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. De ámbito hospitalario, comprende el Hospital Universitario Dr. Josep Trueta y el Hospital de Figueras. La población de estudio son todos los pacientes de la región sanitaria de Girona, que han escogido la diálisis peritoneal, durante el periodo de enero a diciembre de 2012.

Criterios de inclusión: población adulta que realizan la diálisis peritoneal.

Criterios de exclusión: pacientes inmigrantes con dificultad en el idioma y sin soporte para la interpretación correcta del cuestionario. Las encuestas son auto administradas, se estudian las variables sociodemográficas y el SOC13.

Variables sociodemográficas: sexo, edad, situación laboral y situación de convivencia.

El cuestionario SOC consta de 13 ítems, responde en una escala tipo Liker con siete puntuaciones. Se incluye tres escalas correspondientes a tres dimensiones del constructo: Manejabilidad (P3, 5, 10 y 13), Significación (P1, 4, 7 y 12) y Comprensibilidad (P2, 6, 8, 9 y 11)

Manejabilidad: la puntuación oscila de 1 a 28 siendo 1 la manejabilidad baja i 28 alta. Significación: la puntuación oscila de 1 a 28 siendo 1 la significación baja i 28 alta. Comprensibilidad: la puntuación oscila de 1 a 35 siendo 1 la comprensibilidad baja y 28 alta.

SOC 13 total: La puntuación oscila de 7 a 91

RESULTADO

Muestra de 60 personas, con un 66,7% hombres (n=40) y un 33,3% mujeres (n=20). La media de edad de los pacientes es 58,1 años, una edad mínima 16 años y una máxima 89 años. La situación laboral se agrupan en no trabajan 68,4% y trabajan 31,6%. Situación de convivencia 75% viven en familia, 13,3% en compañía y 11,7 viven solos.

Recursos que tiene la persona para gestionar su problema de salud: el constructo Manejabilidad mediana 20,32 (DT 5,9) mínimo 8 máximo 28. Significación mediana 21,10 (DT 4,61) mínimo 7 máximo 28. Comprensibilidad mediana 23,27 (DT 5,76) mínimo 7 máximo 32. SOC 13 Total 64,68 (DT 13,06) mínimo 26 máximo 85.

Relación entre variables estudiadas y el SOC 13

Observamos que la puntuación en el SOC 13 es independiente del género (p=0,8), nivel de estudios (p=0,6), situación laboral (p=0,9) y situación de convivencia (p=0,3).

Relación entre la edad y el SOC 13

Obtenemos una correlación positiva estadísticamente significativa (p=0,01) entre la edad y el SOC 13.

CONCLUSIONES:

Características sociodemográficas

La población estudiada es joven comparada con otros estudios (1,2,4), En relación al sexo hay el doble de hombres que de mujeres,

estos resultados están en sintonía con los estudios (1,3). Casi la mitad de la población estudiada tienen estudios secundarios, estos resultados difieren de los estudios (1,4) que tienen las tres cuartas partes estudios primarios. Respecto a la situación laboral más de la mitad no trabajan mientras que en otros estudios (1,4) superan estas cifras, llegando a las tres cuartas partes, esto se explica por el hecho que la población de nuestro estudio es más joven.

Casi la totalidad de los pacientes viven en compañía o en familia, estos datos se acercan a los encontrados a los estudios (1,4).

SOC 13

Los pacientes estudiados tienen un SOC 13 total bueno, el constructo mejor valorado es la manejabilidad, la persona tiene el sentimiento de poder afrontar el reto, seguido de significación, el valor que la persona concede a lo que le está pasando y después la manejabilidad, la persona tiene la sensación de que es posible entender lo que le sucede.

Los pacientes con más edad optimizan mejor los recursos internos y se sobreponen a las situaciones adversas antes que los pacientes más jóvenes.

Los pacientes que viven solos puntúan más bajo que los pacientes que viven acompañados (60,5 versus 65,2) pero sin ser significativo.

Aplicabilidad

Seguir dando la formación especializada por profesionales especializados y con experiencia, trabajando con protocolos conjuntos entre profesionales, vencer las resistencias al cambio, aceptando la decisión del paciente, fomentando el trabajo interdisciplinar en equipo con la garantía indispensable de una asistencia de calidad, manteniendo una buena comunicación y analizando la mejora de la calidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía:

- 1.- Miguel M., Valdés C, Rábano M, Artos Y, Cabello P, De Castro N, et. al. Variables asociadas a la satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis. Rev. Sociedad Española Enfermería Nefrológica. 2009; 12(1):19-25.
- 2.- Hernández M^a E, Ochando A, Martínez L, Orbes P, López K. Factores determinantes de la satisfacción del paciente en tratamiento renal substitutivo. Rev. Sociedad Española Enfermería Nefrológica. 2007; 10(1):6-13.
- 3.-Hernández M^a E. Ochando A, Royuela C, Lorenzo S, Paniagua F. Seguridad clínica percibida por los pacientes en diálisis peritoneal. Rev. Sociedad Española Enfermería Nefrológica. 2008; 11(3):190-195.
- 4.- Pulido F, Arribas P, Fernández A. Satisfacción de los pacientes en la consulta de enfermería de enfermedad renal crónica avanzada. Rev. Sociedad Española Enfermería Nefrológica. 2008; 11(3):167-172.

POSTER 49**AUTORES/AUTHORS:**

LUCÍA GARATE ECHENIQUE, M^a ARANZAZU TOMÁS LÓPEZ, VICTORIA ARMENTEROS YEGUAS, ERIKA MIRANDA SERRANO, INMACULADA MORAZA DULANTO

TÍTULO/TITLE:

Implementación de Guías de Práctica Clínica de acceso vascular para pacientes con tratamiento endovenoso prolongado

1. Objetivos

- a) Diseñar una estrategia de implementación de guías de práctica clínica (GPC) de cuidado del acceso vascular para los pacientes que requieren terapias endovenosas prolongadas (superiores a 7 días).
- b) Evaluar la efectividad de esta estrategia de implementación de guías de práctica clínica de acceso vascular en la estancia hospitalaria, número de dispositivos venosos necesarios para terminar el tratamiento, la incidencia de complicaciones derivadas del acceso vascular y la satisfacción de estos pacientes.

2. Métodos

En primer lugar las enfermeras asistenciales identificaron que el cuidado vascular no era óptimo de acuerdo a la evidencia fundamentalmente por 3 motivos:

- a) se infundían sustancias irritantes/ vesicantes por vía periférica.
- b) no se valoraba cuál era el mejor catéter de acuerdo a la duración, tratamiento y preferencia del paciente,
- c) los catéteres centrales no siempre se canalizaban con técnica guiada por ultrasonidos.

En segundo lugar y siguiendo los pasos del Manual Metodológico de Implementación de Guías de Práctica en el Sistema Nacional de Salud¹ se realizó una búsqueda de guías de práctica clínica sobre cuidado vascular en diferentes webs de referencia de difusión de GPC nacionales, europeas e internacionales: GuiaSalud (España), NICE (Reino Unido), SIGN (Escocia), AHRQ (Estados Unidos) y RNAO (Canadá). Se revisaron las GPC sobre cuidado vascular conjuntamente entre clínicos e investigadores y se optó por implementar las dos guías de acceso vascular de la RNAO², 3 junto con la recomendación de la AHRQ de que toda canalización vascular central debía ser guiada por ultrasonidos⁴. Posteriormente, teniendo en cuenta las barreras y elementos facilitadores para integrar evidencia sobre el cuidado vascular en la práctica, se diseñó un equipo de terapia intravenosa (ETI) que integrara las recomendaciones de las GPC para pacientes con terapias endovenosas prolongadas (>7 días). Se escogió inicialmente este grupo de pacientes porque frecuentemente llevaban catéteres inadecuados a la duración y características del tratamiento y habitualmente presentaban complicaciones del acceso venoso. Este equipo de terapia intravenosa se organizó contando con dos enfermeras a media jornada entrenadas en inserción ecoguiada y expertas en acceso vascular que liderando el equipo se coordinan con los servicios de bacteriología, hematología, farmacia y radiología. Las enfermeras del ETI realizan, guiadas por un algoritmo de decisión, una valoración precoz y proactiva del dispositivo más adecuado según las características del tratamiento, la dificultad de acceso venoso y las preferencias del paciente. Además canalizan vías centrales con inserción ecoguiada, atienden las complicaciones y forman a pacientes y profesionales en el cuidado vascular basado en la evidencia. La efectividad de la implementación de las GPC sobre cuidado vascular se evaluó a través de un ensayo clínico aleatorio. El grupo control fue atendido del modo habitual y el grupo intervención por el equipo de terapia intravenosa. Los pacientes incluidos tenían una duración estimada de tratamiento endovenoso de al menos 7 días. El impacto del seguimiento de las GPC se evaluó comparando los días de estancia hospitalaria de cada grupo de pacientes, el número de dispositivos venosos necesarios para completar el tratamiento endovenoso prescrito, la incidencia de complicaciones derivadas del acceso vascular y la satisfacción de los pacientes. El periodo de seguimiento por paciente fue de 3 meses. Este ensayo clínico obtuvo la financiación de Kronikguné.

3. Resultados

Los pacientes atendidos con la estrategia de implementación necesitaron una media de ingreso de 15,4 días (DE: 8,9) frente a los 19,4 días (DE: 12,9) que estuvieron hospitalizados los control (Diferencia de medias 4,0; p=0,012). Además, los pacientes del grupo intervención necesitaron 101,0 catéteres por cada 1000 días de tratamiento (IC: 93.9-108.1), mientras que los del control requirieron

195,1/ 1000 días de tratamiento (IC: 185.7-204.5) ($p < 0.001$). Respecto a la incidencia de complicaciones, el grupo de pacientes atendido por el ETI tuvo una tasa de 19,8 complicaciones/1000 días de tratamiento, frente a las 65,0/1000 días de tratamiento que tuvo el grupo control ($p < 0,001$). Asimismo la satisfacción de los pacientes con el cuidado vascular fue significativamente mayor si fueron atendidos por el equipo de terapia intravenosa (9,6 vs 7,2; $p < 0,001$)

4. Discusión

Este proyecto ha generado mejoras en la práctica clínica y mayor seguridad al paciente. Y a pesar de que estas mejoras surgieron de manera local y en el marco de un proyecto de investigación, para un determinado tipo de pacientes, los resultados de este proyecto favorecieron la integración en la práctica rutinaria de la evidencia en el cuidado del acceso vascular. La investigación en implementación puede ayudarnos a entender cuáles son las estrategias de cambio más eficaces en las organizaciones sanitarias.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Grupo de trabajo sobre implementación de GPC. Implementación Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/02-02
2. Virani T, McConnell H, Santos J, Schouten JM, Lappan-Gracon S, Scott C, Kennedy N, Gárgolas E, Powell K. Nursing Best Practice Guidelines Program: Care Assessment and Device Selection for Vascular Access. Registered Nurses' Association of Ontario; May 2004.
3. Virani T, Schouten JM, McConnell H, Lappan-Gracon S, Santos J, Russell B, Scott C, Burris J, Powell K. Nursing Best Practice Guidelines Program: Care and Maintenance to Reduce Vascular Access Complications. Registered Nurses' Association of Ontario; April 2005.
4. Shekelle PG, Wachter RM, Pronovost P. Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. Comparative Effectiveness Review No. 211. (Prepared by the Southern California-RAND Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-10062-I.) AHRQ Publication No. 13-E001-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. March 2013. <http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetyuptp.html>.

POSTER 51**AUTORES/AUTHORS:**

RAÚL SOTO CÁMARA, MARÍA INMACULADA SANTAMARÍA CUESTA, RICARDO MIGUEL BARRREIRO

TÍTULO/TITLE:

HIPOTERMIA TERAPÉUTICA MODERADA TRAS PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA: Revisión Bibliográfica

INTRODUCCIÓN:

En la actualidad, la parada cardio-respiratoria (PCR), a pesar de su baja incidencia, continúa siendo uno de los problemas socio-sanitarios de primer orden en los países desarrollados, no solo por su elevada tasa de mortalidad, que la sitúa como una de las principales causas de muerte prematura, sino por las importantes secuelas neurológicas que produce en las víctimas que sobreviven, derivadas de la hipoxia y anoxia a la que están sometidas las neuronas así como del proceso mismo de reperfusión. (1-2-3)

Su prevención, al afectar a individuos sanos, es poco efectiva y su tratamiento, al ser un proceso repentino e inesperado, requiere de una actuación inmediata.

En los últimos años, ha sido creciente el número de ensayos clínicos desarrollados que pretenden identificar fármacos y/o medidas físicas que disminuyan dichos daños neurológicos. La hipotermia terapéutica (HT) moderada es una de ellas y consiste en la reducción controlada de la temperatura corporal por debajo de los 35 °C, pero sin llegar a los 32 °C, en aquellos pacientes que permanecen inconscientes después de la recuperación de la circulación espontánea (RCE) tras una PCR durante un periodo de tiempo que oscila entre las 24-48 horas. (4-5-6)

El objetivo del presente estudio es identificar la mejor evidencia científica disponible sobre la efectividad de la HT moderada inducida en el medio extrahospitalario tras la RCE después de una reanimación cardiopulmonar (RCP) comparada con su no aplicación (normotermia) o su aplicación a nivel hospitalario.

METODOLOGÍA:

Siguiendo un esquema de investigación previamente establecido, se llevó a cabo una revisión bibliográfica de la literatura disponible, consultando las principales bases de datos en su versión electrónica (BVS, CINAHL, CUIDEN, IBECS, LILACS, MEDLINE, ScIELO, COCHRANE, DARE, JBI), durante los meses de marzo, abril y mayo de 2.013, utilizando como palabras claves los tesauros (DeCs y MeSH) adecuados al objeto del estudio, combinados mediante operadores booleanos. Se seleccionaron todos los estudios cuyo diseño metodológico fuera ensayo clínico controlado aleatorizado y no aleatorizado, revisión sistemática y/o metaanálisis, publicados en castellano y/o inglés desde el año 2.002, que comparasen la aplicación en el medio extrahospitalario de HT moderada a pacientes adultos dentro de las 6 horas siguientes a la PCR en relación con su no aplicación o su aplicación en el medio hospitalario. (7)

RESULTADOS:

Se obtuvieron un total de 277 trabajos, de los cuales, tras una primera lectura y evaluación crítica del título y resumen, se descartaron 238: 197 por no estar relacionados con el tema objeto de la revisión o no ajustarse a los criterios de inclusión previamente establecidos y 41 por estar repetidos. De los 39 trabajos restantes, sólo 7 obtuvieron una puntuación adecuada que garantizase el cumplimiento de los criterios de validez metodológica establecidos en el Programa de habilidades en lectura crítica, en su versión española (CASPe), distribuidos de la siguiente manera: 3 ensayos clínicos controlados aleatorizados, 3 revisiones bibliográficas y 1 revisión Cochrane. (8)

DISCUSIÓN:

La HT moderada aplicada en el medio extrahospitalario en la atención a las víctimas de una PCR es una medida cuya efectividad ya no es cuestionada, sobre todo en aquellos casos en los que el ritmo inicial es desfibrilable (FV-TVSP), si bien en los últimos años se están desarrollando nuevos ensayos clínicos que afirman la necesidad de aplicar esta técnica en todos los casos en los que esté indicado un tratamiento activo, independientemente del ritmo cardíaco inicial, incluyéndose los no desfibrilables. (5-9)

La no existencia de un consenso científico ni de resultados similares en los estudios de investigación consultados en lo que se refiere a distintos aspectos de la aplicación de la HT (ritmo cardíaco inicial, momento óptimo, temperatura objetivo, velocidad de enfriamiento y recalentamiento, método y tecnología a utilizar,...) puede representar una barrera importante que dificulte su implantación. (10)

Por ello, se cree necesaria la realización de ensayos clínicos controlados y aleatorizados adicionales que intenten determinar el momento adecuado en el que el inicio de la HT tiene mayor utilidad en las víctimas con RCE tras una PCR, en lo que se refiere a buen resultado neurológico y supervivencia sin secuelas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Niederlaeder E. Causes of death in the EU: Statistics in focus - Population and social conditions. Luxemburgo: Eurostat, 2.006.
2. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. Executive summary: heart disease and stroke statistics – 2.013 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2.013; 127(1): páginas 143-152.
3. Berdowski J, Berg RA, Tijssen JG, Koster RW. Global incidences of out-of-hospital cardiac arrest and survival rates: Systematic review of 67 prospective studies. *Resuscitation* 2.010; 81: páginas 1479-1487.
4. Holzer M, Bernard S, Haichimi-Idrissi S, Roine R, Sterz F, Müllner M. Hypothermia for neuroprotection after cardiac arrest: systematic review and individual patient data meta-analysis. *Critical care medicine*. 2.005; 33: páginas 414-418.
5. Oddo M, Schaller MD, Feihl I, Ribordy V, Liaudet L. From evidence to clinical practice: effective implementation of therapeutic hypothermia to improve patient outcome after cardiac arrest. *Critical care medicine*. 2.006; 34(7): páginas 1.865-1.873.
6. Neumar RW, Barnhart JM, Berg RA, Chan PS, Geocadin RG, Luepker RV, et al. PMID: Implementation strategies for improving survival after out-of-hospital cardiac arrest in the United States: consensus recommendations from the 2009 American Heart Association cardiac arrest survival summit. *Circulation*. 2011. 21; 123(24): páginas 2.898-2.910.
7. Sackett DL, Richardson VV, Rosenberg W, Haynes RB. *Medicina basada en la evidencia: como practicar y enseñar MBE*, York: Churchill Livingstone 1997.
8. Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe). Programa de Habilidades de Lectura Crítica en España. Disponible en: <http://www.redcaspe.org/homecasECAp.asp> (consultado 9 de Abril de 2.013)

9. Walters JH, Morley PT, Nolan JP. The role of hypothermia in post-cardiac arrest patients with return of spontaneous circulation: a systematic review. *Resuscitation*. 2.011; 82: páginas 508-516.

10. Physicians. Suffoletto BP, Salcido DD, Menegazzi JJ. La hipotermia prehospitalaria en pacientes con parada cardíaca extrahospitalaria: una encuesta de la National Association of Emergency Medical Services. *Prehospital emergency care*. 2.008; 1(2): páginas 173-178.

POSTER 53**AUTORES/AUTHORS:**

Sara Agudo, Ana Sofia Ribeiro, Antonio Ramos, Beatriz Blanco, Angela Barrias Costa, Veronica Perez, Dolores Pizarro, David Castanheira, Fernando Paredes

TÍTULO/TITLE:

PERCEPCIÓN DE LA SOCIEDAD SOBRE LOS CUIDADOS PALIATIVOS. VISIÓN DE LA MUERTE EN LA SOCIEDAD.

OBJETIVO: Dado el estado de auge de los cuidados paliativos en la actualidad, el objetivo principal del estudio es conocer la percepción que tiene la sociedad sobre los cuidados paliativos y la muerte. Cada vez son más los sanitarios que aplican esta filosofía de cuidado desde las distintas especialidades de la medicina. Para llegar a conocer la opinión de la sociedad sobre este tema se plantean objetivos específicos: averiguar a qué se asocia los cuidados paliativos y/o muerte; determinar si se conocen las diferentes modalidades asistenciales; averiguar dónde preferiríamos morir (hospital/residencia o domicilio); describir qué es lo que más nos preocupa cuando pensamos en nuestra muerte; evaluar qué conoce la población acerca de la filosofía de los cuidados paliativos haciendo referencia a mitos sobre la sedación.

MÉTODOS: Estudio descriptivo-correlacional con componente cualitativo, dirigido a la población en general a través de una encuesta anónima online (durante 3 meses). Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de edad y no ser profesional sanitario. El análisis estadístico se realizó con el SPSS (versión 19.0). Las variables cuantitativas se presentan mediante la media y las cualitativas por frecuencias. Se aplicó el test Chi-cuadrado para comparación de variables.

RESULTADOS: En el estudio se incluyeron 225 sujetos, siendo 127 mujeres y 98 hombres, con edades entre los 18-75 años. Relativo al término cuidados paliativos, la mayoría de los encuestados lo asocian a dolor y miedo. El 53% de la muestra conocen los servicios asistenciales (unidades de hospitalización y asistencia al domicilio) sin haber tenido contacto directo previo. El lugar escogido para el fallecimiento de un ser querido coincide con el elegido por los encuestados, cuando la elección para un familiar es el domicilio, el 84% desean lo similar para sí mismo. Tan solo a un 15.7% preferirán fallecer en un hospital o residencia. Las preocupaciones más evidentes ante la muerte fueron: provocar sufrimiento a los familiares(80%), tener dolor y depender de los demás(64%), miedo a estar solo(48%) y no poder realizar actividades de ocio y trabajar(30%). La preocupación por estar solo, afecta más a las mujeres y la de no poder realizar actividades de ocio y trabajar perturba al grupo de los más jóvenes (18-49 años). El 57% de los encuestados no se han planteado que tratamientos o intervenciones les gustaría recibir en caso de enfermedad avanzada incurable, pero el 75% conocen el derecho de hacer constar sus voluntades. En caso de que los sujetos de la muestra no pudieran expresar sus decisiones y voluntades relacionadas con los tratamientos e intervenciones médicas, gran parte de los participantes (62%) preferirían que se tomaran esas decisiones según sus voluntades previas, 20% dejarían este tipo de elección a familiares y solo el 8% dejaría esta decisión al médico. En cuanto a los mitos "todos los moribundos reciben sedación al final de la vida" y "la sedación es irreversible", casi mitad de la muestra los desmienten y en torno de 10% piensan que son ciertos. Respecto a que "la sedación es igual a la eutanasia", 1 de cada 10 sujetos piensan que es cierto. Y por último, en cuanto a que "la sedación paliativa disminuye la carga de trabajo de los profesionales sanitarios", 7% de los encuestados lo considera cierto.

DISCUSIÓN:

Con los datos a la vista y a pesar del auge y de la difusión que en estos últimos tiempos están teniendo los cuidados paliativos, gran número de la muestra no conoce la existencia de los recursos disponibles para atender a las personas, que por uno u otro motivo, necesitan cuidados al final de la vida. Consideramos que dada la enorme población susceptible de necesitar este tipo de cuidados, es necesario insistir en hacer llegar más información sobre Cuidados Paliativos a la sociedad en general. Esto haría que por un lado, la población tuviera una mayor accesibilidad a este tipo de recurso y por otro disminuyeran las creencias sobre mitos erróneos y que en ocasiones hacen que pacientes necesitados de atención en cuidados paliativos la rechacen. De cara a los profesionales sanitarios, creemos que debe existir una implicación con nuestros pacientes y sus familias para acercarnos a sus miedos, inquietudes, preferencias o dudas. Debemos ser referentes para ellos y estar preparados para acompañarles de manera activa, informativa y de apoyo durante la última etapa de la vida.

No se ha encontrado bibliografía que trate el tema a estudio enfocado desde la sociedad. La bibliografía consultada se centra en personas enfermas o familiares de pacientes. En estudios similares se advertía una elevada concordancia entre pacientes oncológicos y sus familias en cuanto al lugar del fallecimiento (7), en nuestro caso se demuestra que existe dicha concordancia pero no tan elevada. Diferentes estudios trataban el tema de las voluntades anticipadas, al igual que en esos estudios se confirman que son conocidas (8) y se consideran necesarias para los pacientes ya que confiaban plenamente en su familia y equipo médico (9). En

nuestro estudio, los resultados reflejan que la mayoría de los encuestados (personas no enfermas) confían más en las voluntades previas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFIA

1. Alonso Babarro A., Rexach Cano L., Gisbert Aguilar A. Criterios de selección de pacientes con enfermedades no oncológicas en programas y/o servicios de cuidados paliativos. *Med. Pal.* 2010; 17 (35): 161-7
2. Cherlin E, Morris V, Morris J, Johnson-Hurzeler R, Sullivan GM, Bradley EH. J Ommom myths about caring for patients whit terminal illness: opportunities to improve care in the hospital setting. *Hosp Med.* 2007 Nov;2(6):357-65.
3. Sanderson C, Tieman J. *AustFam Physician.* CareSearch – online palliative care information for Gps. *AustFam Physician.* 2010 May;39(5):341-3.
4. Allmark P., Tod A. End of life care pathways: ethical and legal principles. *Nursing Standard.* 2009; 24 (14): 35-9
5. Escudero-Carretero M. J., García-Toyos N., Ruiz-Román P., Cía-Ramos R., Fernández-López A., Sanz-Amores R. Vivencia de personas cuidadoras informales y sus expectativas sobre el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos. *HospMed Pal* 2010; 17 (4): 201-9
6. Ruiz de Martín Esteban Corral P., Martín-Sierra Navarro I., García Paraíso E., Celemín Mengual S., Martín Nieto A. Estudio piloto comparativo de las expectativas del enfermo y la familia relacionadas con cuidados paliativos. *Med Pal* 2010; 17(1) 17-23
7. De Arriba Méndez J.J., Nerín Sánchez C., Blanquer García M.J., Ortiz Martínez M.C., Ródenos García L., Vila Meizoso B. Conocimiento entre los pacientes con cancer avanzado y sus familias en cuanto al lugar del fallecimiento. *Med Pal.* 2008; 15 (1): 18-22
8. Díaz Benito J.A., Pérez Litago I., Sola Larraza A., Hernandez Espinosa M. Actitudes de los pacientes de atención primaria ante los momentos finales de la vida. *Med Pal* 2009; 16(1): 37-41
9. Sánchez Posada D. Conocimientos y actitudes frente a los documentos de voluntades anticipadas en pacientes atendidos por PADES (Plan de Atención Domiciliaria de Equipos de Soporte) *Med Pal.* 2009; 16 (6): 321-7.

POSTER 57**AUTORES/AUTHORS:**

Carolina Rascón-Hernán, Anna Bonmatí-Tomàs, Maria del Carmen Malagón-Aguilera, Cristina Bosch-Farré, Montserrat Correa-Aragay, Núria Ricard-Arche, Dalmau Vila-Vidal, Concepció Fuentes-Pumarola

TÍTULO/TITLE:

Necesidades de las familias en el cuidado del Niño a Post-UCIN

Objetivo.

1. Identificar las necesidades en relación al cuidado en el hogar, de las familias con niños, dados de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).
2. Conocer y relacionar los factores que influyen en la adaptación del rol materno y el niño.

Método. Estudio cualitativo fenomenológico en el ámbito domiciliario. Se seleccionó una muestra de conveniencia de 3 madres con un hijo ingresado en la UCIN del Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona entre el cuarto trimestre del 2011 y primer trimestre del 2012. La técnica de recogida de datos fue la entrevista en profundidad, realizada entre los meses de Marzo –Mayo de 2012. La codificación, el análisis y categorización de la información se realizó con el programa Atlas Ti v. 7.

A su vez, se realizó un estudio cuantitativo en una población de 52 padres (padres y madres) de niños dados de alta de la UCIN que acudieron a consultas externas del Hospital Universitario Dr. Josep Trueta durante los meses de Marzo-Mayo de 2012, mediante el cumplimiento de un cuestionario de elaboración parcialmente propia incluyendo los cuestionarios Stay-Trait Anxiety Intentyory (STAI) para valorar la ansiedad y el APGAR familiar para evaluar la Función familiar. El análisis de estos se realizó mediante el programa estadístico SPSS v.19.0 utilizando las pruebas estadísticas Correlación de Pearson, Tablas de Contingencia y Anova de un factor (F de Snedecor). Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica del H.U. Dr. J. Trueta de Girona.

Resultados. Con relación al estudio cualitativo, las categorías principales manifestadas por las madres son: adaptación al convertirse en madre, creencias de la madre, relaciones entre los individuos implicados, actividades de la vida diaria y necesidades manifestadas.

Las madres expresan una ambivalencia de sentimientos que se desencadenan a partir del nacimiento, pasando por el ingreso hospitalario y la llegada al hogar con su hijo. Las necesidades manifestadas son: de ayuda en relación a los cuidados del niño, hacia ellas mismas y para la dinámica familiar. Al mismo tiempo sienten necesidad de más apoyo y seguimiento por parte de enfermeras expertas.

Respecto al estudio cuantitativo, con una tasa de respuesta del 77%, de ellos un 20% eran hombres y un 80% eran mujeres. Se identificaron una relación fuerte entre las variables de adaptación del rol: autoestima – competencia (Pearson 0,728) y confianza –satisfacción (Pearson 0,665), con significación estadística ($p < 0,000$). Existe relación estadísticamente significativa entre el apoyo social recibido por los padres y su nacionalidad (F de Snedecor: 5.501) y al mismo tiempo existe relación entre APGAR familiar con la nacionalidad de los participantes (F de Snedecor: 16.071). Así como también existe relación entre el apoyo social referido por los encuestados con el APGAR (Pearson 0.606) y el apoyo social que reciben los padres con STAI que determina su ansiedad (Pearson: 0.540).

Discusión. Las dificultades percibidas por las madres en la crianza de sus hijos así como la expresión de sus sentimientos y sus necesidades se reflejan en los resultados del estudio y se encuentran apoyadas por autores como Lima, Castiblanco o Agaard. En este sentido, destacan autores como Barlow y colaboradores que aportan evidencia sobre factores como la depresión, la ansiedad, el estrés, la disminución de la autoestima y la aparición de dificultades en la competencia social y con la pareja, algunos de ellos se reflejan en este estudio. Según Berbiglia y col. se puede observar una relación entre el apoyo social y la ansiedad. Así mismo se evidencia relación entre el estrés y el apoyo social entendiendo que el estrés es el predecesor de la ansiedad.

Se puede afirmar que existe una necesidad de mayor apoyo y seguimiento para este colectivo, de padres con hijos que han estado ingresados en una UCIN, por parte de enfermeras expertas en cuanto a las curas y el manejo de problemas de salud en la atención diaria del niño. Considerando la estrecha relación existente entre los factores que influyen en la adaptación del rol materno y la situación de salud y/o enfermedad del niño.

La principal limitación de este estudio se relaciona con la dimensión de la muestra.

Aún con ello, esta investigación sugiere la necesidad de la elaboración de un programa enfocado y adaptado a las características

maternas que incluya, intervenciones enfermeras con el objetivo de mejorar los factores que influyen en el conjunto familiar y conciliar la adaptación al rol materno. Dicha adaptación se realizará mediante la práctica guiada para favorecer el empoderamiento de los padres en relación al cuidado de su hijo. Y en ésta línea, promover la salud tanto a nivel psico-social como físico de dichas familias.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía.

1. Meighan M.Romana T. Mercer: Adaptación del rol materno-convertirse en madre. En: Raile Alligood M, Marriner Tomey Ann. Modelos y teorías en enfermería. 7ªed. Barcelona: Elsevier, 2011. p 581-598.
2. Berbiglia VA, Banfield B. Dorothea E. Orem: Teoría del déficit de autocuidado. En: Raile Alligood M, Marriner Tomey Ann. Modelos y teorías en enfermería. 7ªed. Barcelona: Elsevier, 2011. p 265-285.
3. Barlow J, Coren E, Stewart-Brown S. Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue. 4. Art. No.: CD002020. DOI: 10.1002/14651858.CD002020.pub2.
4. Cleveland LM. Parenting in the neonatal intensive care unit. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing. 2008;37 (6): 666-691.
5. Jofré Aravena VE, Henríquez Fierro E. Nivel de estrés de las madres con recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Ciencia y enfermería. 2002; 8 (1):31-36.
6. Smilkstein G. The Family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1978; 6: 1.231-1.239.)
7. Aagaard H, Hall E. Mothers' experiences of having a preterm infant in the neonatal care unit: a meta-synthesis. Journal of pediatrics nursing. 2008; 23(3): 26-36.
8. Lima de Souza N, Pinheiro-Fernandes AC, Clara-Costa I, Cruz-Enders B, Bittencourt Leite de Carvalho J and Costa da Silva, ML. Domestic maternal experience with preterm newborn children. 2010; 12 (3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/s0124-00642010000300002>.
9. Congreso Mundial de Promoción de la Salud. Nairobi; 28-30 de Noviembre 2009: Llamada a la acción de Nairobi para cerrar la brecha de implementación en Promoción de la Salud; 2009.
10. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Adaptación española de Seisdedos N. 7ª ed. Madrid: TEA Ediciones SA; 2008. 28 p.
11. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo J de D, Lardelli Claret P. Validez del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria. 1996; 18 (6): 289-96.
12. Montalbán Sánchez J. Relación entre ansiedad y dinámica familiar. Aten Primaria. 1998; 21(1): 29-34.
13. Castiblanco López N, Muñoz de Rodríguez L. Visión de las madres en el cuidado del hijo prematuro en el hogar. Av.Enferm.XXIX. 2011 (1): 120-129

POSTER 58**AUTORES/AUTHORS:**

Ana María Pedraza Anguera, Cristina De Castro pedraza, Mercedes Gómez del Pulgar G^a Madrid, M^a Pau González Bodeguero, Sandra Paixá matas

TÍTULO/TITLE:

EL BULLYING CONTINUA...

INTRODUCCIÓN

El acoso escolar sigue existiendo, dentro y fuera de las aulas, aunque no aparezca en los medios con frecuencia, esto fue detectado por la enfermeras del "Programa Salut i Escola" y se inició este estudio

OBJETIVOS

- Conocer el nº alumnos testigos o víctimas de acoso escolar
- Averiguar los espacios más frecuentes donde ocurre
- Determinar a quién recurren las víctimas
- Conocer la opinión de los alumnos sobre posibles soluciones
- Comparar la frecuencia con la que se sufre bullying

MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal, mediante encuestas validadas a 312 alumnos de 2º y 4º de ESO de 6 institutos: 3 públicos y 3 concertados, en el curso 2011-2012

Las enfermeras del programa "Salut i Escola" de los institutos seleccionados, realizaron las entrevistas con los directores de los centros, explicándoles el estudio y pidiendo el consentimiento para realizar las encuestas. Con la ayuda de los tutores se realizaron las mismas

VARIABLES

- Alumnos testigos de Bullying
- Actuación de los testigos
- Alumnos víctimas de Bullying
- Motivos por los que creen que son acosados
- Lugares donde se produce
- A quien recurren las víctimas
- Alumnos agresores y su forma de intimidar
- Propuestas de alumnos para solucionar el problema
- Frecuencia del acoso sufrido en institutos públicos y en concertados

RESULTADOS

De las 312 encuestas repartidas, recogimos 277, 143 corresponden a alumnos de 2º y 134 a alumnos de 4º de ESO

El 90,3%, alguna vez habían sido testigos de acoso escolar. Un 47% de éstos intentaron pararlo. El 63,50% habían sido víctimas de bullying. De éstos, el 1,8% alega ser víctima casi todos los días

En cuanto a los posibles motivos, alegan que "por molestarme" (25,30%), "por gastarme una broma" (21,30%), "porque soy diferente" (6,5%), "porque soy más débil" (6,1%), el 17% no sabe y el 4,70% de las víctimas reconocen que provocan a sus agresores

Las intimidaciones más sufridas son: insultos (38,50%), "hablan mal de mí" (36%), "me dejan en ridículo" (24,90%), rechazo social (11%), amenazas (9,90%) y el 5,20% maltrato físico

Atendiendo al lugar donde se produce

- Según testigos: clase cuando el profesor no está (71,10%), patio (67,90%), pasillos (50,90%), salida de clase (50,20%), clase con el profesor (31%), vuelta a casa (28,90%), camino al instituto (23,80%) y lavabos (23,10%)
- Según víctimas: clase cuando el profesor no está (39,40%), patio (31%), pasillos (17,70%), salida de clase (16,20%), clase con el profesor (15%), de vuelta a casa (11,20%), camino al instituto (7,90%) y lavabos (5,4%)

El 27,80% NO dice lo que le pasa, por no creerlo importante y el 1,10% NO lo dice, por miedo. A quien más le confían el problema es a sus compañeros (23,50%), familia (18,40%) y profesores (8,70%)

El 60% reconocen haber insultado a un compañero, un 45% haber excluido a un compañero de algún juego, un 30% haber hablado mal de un compañero, un 25% haber pegado y un 10% robar y/o romper algún objeto de un compañero

En cuanto a las posibles soluciones, el 30% cree que los profesores deberían hacer algo, el 25,30% que las víctimas lo deberían contar, el 19,30% dice no se puede arreglar, el 16,20% que deberían confesar los agresores y el 12,30% que la familia debería hacer algo

Propuestas

- Hablar con la víctima y el agresor
- Informar a la policía, autoridades y al centro para poner una solución
- Abrir expediente a los agresores y expulsarlos del centro
- Internar a los agresores en un reformatorio
- Charlas con los alumnos y familias
- Dejarlo pasar porque la víctima, a veces, también es el agresor y muchas veces es culpa suya
- Hacer lo mismo a los agresores con gente más fuerte

Atendiendo a las diferencias entre instituto público y concertado: en los concertados se producían más situaciones de bullying, existiendo un 58% de alumnos testigos y un 53% de víctimas, frente a un 42% de testigos y un 47% de víctimas en los públicos. Son más los agresores en los concertados que en los públicos, excepto el robo y/o romper objetos de los compañeros, que se dan más en públicos

DISCUSIÓN

Sería interesante saber la razón por la que más de la mitad de los agresores no intentaron frenar las agresiones

Da que pensar el alto porcentaje de agresiones físicas que aparece en los resultados y el elevado porcentaje de víctimas que no cuentan el problema, por no darle importancia o por miedo a implicarse

Cuando lo hacen, confían más en otros compañeros que en su familia o profesores

Una tercera parte de alumnos afirman que la solución al problema está en manos de los profesores y la mayoría de las veces son los últimos en enterarse

Sorprende el porcentaje que opina que "no se puede arreglar" y la poca implicación que otorgan a la familia

CONCLUSIONES

- El acoso escolar no es un hecho aislado
- Las zonas de los institutos menos controladas por parte del profesorado son donde más se da
- La mayoría de las intimidaciones están relacionadas con las características físicas e intelectuales de los alumnos
- Es necesario profundizar en las causas por las que los testigos no intentan frenar las agresiones y en las razones por las que hay víctimas que no se lo cuentan a nadie
- La mejor actuación es la prevención, por lo que son necesarias estrategias preventivas

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Libros

Burguet, M. (1999). El educador como gestor de conflictos.

Trianes, M^a Victoria; Fernández-Figares, Carmen. Aprender a ser personas y a convivir. Ed. Desclée de Brouwer SA. Bilbao. (2001).

Masnou, Fina. Educació per a la convivència. Ed.Eumo. Vic. (1991).

Olweus, D: Bullying at school: What we know and what we can do. Ed. Blackwell (1993)

Páginas web

www.guiainfantil.com/educacion/escuela/acosoescolar/prevencion.htm

www.acosoescolar.info

<http://en.wikipedia.org/wiki/Bullying>

<http://www.acosomoral.org/indexbully.htm>

<http://www.xtec.cat/~jcollel/>

POSTER 59**AUTORES/AUTHORS:**

Maria Paz Gonzalez Bodeguero, Ana Maria Pedraza Anguera, Mercedes Gomez del Pulgar Garcia-Madrid, Cristina de Castro Pedraza, David Navarro González

TÍTULO/TITLE:

Seguimiento de un programa de autoestima en la escuela

Introducción- Justificación.

Esta actividad ha estado llevada a cabo en el contexto del Programa "Salut i Escola", una actividad asumida por el nivel asistencial de Atención Primaria de Catalunya.

El principal objetivo del Programa es mejorar la coordinación entre el Instituto de Educación Secundaria y los Servicios de Salud, de tal manera que acercan éstos a los centros docentes, para facilitar la promoción de hábitos saludables y hacer una detección precoz de posibles problemas.

El Programa está dirigido a los jóvenes, quienes son el eje de la intervención, ya sea de forma individual a través de la consulta abierta, o de forma grupal en las horas de tutoría. Pero también está abierto a los educadores y los equipos de atención psicopedagógica, trabajadores sociales etc. Así mismo está en contacto con los padres y las AMPAS.

Este Programa se lleva a cabo desde el año 2003 y la franja de edad en el que se vuelca es entre los 12 y 16 años, aunque posteriormente se ha focalizado entre los 14 y los 16 años.

El trabajo que presentamos se enmarca en la solicitud de los tutores de 3º de la ESO, de un centro escolar, que manifestaron su preocupación por la posible baja autoestima en algunos grupos de escolares de ese curso lectivo.

Se diseñó y llevó a cabo una intervención que consistía en una sesión grupal donde todos los alumnos de la clase debían hacer dos ejercicios previamente diseñados para tal fin y basados en otros de mejora de autoestima ya consolidados.

Para su diseño se consultaron, entre otros, El Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Labrador, Francisco J: Cruzado, Juan A. y Muñoz, Manuel, Ediciones Pirámide Madrid 2005.

Se contó con la colaboración de la psicopedagoga del Centro.

Se utilizó un ejercicio Editado por la Generalitat para los alumnos de la ESO.

Metodología

Objetivos:

Realizar una intervención de mejora de autoestima en la ESO en un IES (Instituto Enseñanza Media).

Evaluar la intervención en los aspectos de utilidad, método, profesionalidad del enfermero/a y duración de la intervención

Duración del estudio.

Estas sesiones se han estado llevando a cabo a lo largo de los cursos escolares desde 2007 a 2010. Han estado dirigidos a todos los alumnos de 3º de la ESO del mismo centro escolar y la valoración que presentamos justifica que se haya mantenido durante ese periodo de tiempo.

Metodología de la Intervención

La intervención consiste en dos partes y en encuesta de valoración de la intervención

Consta de un ejercicio individual de reflexión(enumerar las cualidades propias sobre un dibujo previo de un árbol y su utilidad esperada o previsible para el futuro)

Posteriormente, en un folio deben de escribir dos cualidades de cada uno de los compañeros del grupo de alumnos de su clase. Para acabar, se les pasa una encuesta de valoración de la actividad, anónima, y que utilizaba la escala: mucho, bastante, regular, poco y nada

Se ha llevado a cabo en hora de tutoría, con el tutor presente. En el Centro Escolar

Tipo de Estudio Retrospectivo

Sujetos: Alumnos de 3º de ESO del Centro en los cursos escolares de 2007 a 2010

Resultados

N=390

1. Utilidad: Muy útil: 149, (62,01%), bastante: 53 (22,01%), regular: 31(12,9%), poco útil: 5(2%) nada útil: 2 (0,1%)
2. Método empleado Muy adecuado: 178(71,16%), bastante 35(15,58%), regular 22 (9,16%), poco adecuado: 5, (2%) nada adecuado: 0
3. Profesionalidad Muy profesional: 155(64,58%), bastante 54(22,5%), regular 25(10,41%), poco profesional: 6 (2,5%) nada profesional: 0
- 4 Duración Muy adecuada: 112(46,66%) bastante 98(40,83%), regular 14 (5,8%), poco adecuada 12 (5%), nada adecuada: 4 (1,66%)

Conclusiones y discusión.

Lo mejor valorado por la muestra ha sido el método participativo, seguido de la adecuación del profesional y de la utilidad, siendo la duración lo que peor ha sido valorado.

A nuestro entender, el hecho de que cada folio de "cualidades" deba pasar por todos los alumnos implica una tarea organizativa enorme y es complejo llevar a cabo la actividad, ya que el mismo papel ha de pasar por todos los pupitres y surgían dudas en cuanto a la velocidad de poner dos cualidades no repetidas y algunos alumnos dicen conocer muy poco a algunos compañeros, pero cada alumno acaba por tener una relación de cualidades sobre sí mismo que acaba por mejorar su autoimagen, que era el objetivo de la intervención.

En algunas ocasiones esa relación contiene verdaderas sorpresas para el interesado, que puede modificar su autopercepción de forma positiva de forma espectacular, y con ello, su manera de relacionarse consigo mismo y con los demás.

Implicaciones para la práctica clínica.

Toda inversión en mejorar la autoimagen se ha de considerar como bien empleada a la edad de la muestra que abarcamos en este trabajo.

Sobre los quince años es cuando se agravan las limitaciones sociales de relacionarse, y en muchas ocasiones es por la presión mediática respecto a la apariencia o los clichés de roles que impregnan la sociedad todavía, a pesar de la aparente igualdad entre sexos, procedencias o capacidades. Los potenciales de cada adolescente se han de poder hacer visibles, pues les ayuda a comportamientos más acordes con un desarrollo armónico de los mismos y a apostar por ellos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Labrador, Francisco J: Cruzado, Juan A. y Muñoz, Manuel, "El Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta". Ediciones Pirámide Madrid 2007.

Martorell, José Luis. Psicoterapias, Escuelas y conceptos básicos Ediciones PIRÁMIDE, Madrid 1996

Olivares Rodriguez, José y Méndez Carrillo, Francisco X. 5ª Edición. Biblioteca Nueva S. L. Madrid 2008

Vallejo Pareja, Miguel A. Manual de terapia de conducta. Ed. DYKINSON S.L., Madrid 1998

POSTER 62**AUTORES/AUTHORS:**

Meritxell Cunillera Batlle, M^a Encarna Doménech Bonilla , Mónica Guillen Mesalles, Ester Mateus Solé, Mireia Biosca Pamies

TÍTULO/TITLE:

QUE SABIAN Y QUE APRENDIERON LOS NIÑOS ASMATICOS DE 8 A 14 AÑOS SOBRE SU ENFERMEDAD

INTRODUCCIÓN

El asma es una enfermedad crónica de gran prevalencia en la población infantil y de complejo tratamiento. La educación sanitaria se considera una importante herramienta terapéutica, que, sin embargo, ha sido poco evaluada en nuestro ámbito.

OBJETIVOS

- Valorar si los niños asmáticos de 8 a 14 años aumentan los conocimientos sobre su patología posteriormente a la intervención mediante un taller de educación sanitaria grupal.
- Detectar puntos débiles en el conocimiento de la propia enfermedad y, después de la realización del taller, comprobar si han mejorado los conocimientos previos.
- Determinar la eficacia de la realización de talleres de educación sanitaria para aumentar los conocimientos en los niños.

METODOS

Estudio descriptivo transversal mediante encuesta de 29 preguntas (verdadero o falso) sobre diversos aspectos de la enfermedad (englobadas en 6 temas) que los niños contestaron antes y después de la realización del taller, en una muestra de niños de 8 a 14 años con diagnóstico de asma (CIM10: J45.9) de nuestra consulta de pediatría de una zona rural (n=15).

La duración del taller de educación sanitaria fue de 4 horas coincidiendo con las vacaciones escolares del año 2012.

Contenido del taller:

- cómo se diagnostica el asma;
- tipos de pruebas diagnósticas y de control;
- factores de riesgo;
- fases de la enfermedad;
- tratamiento farmacológico;
- medidas higiénicas (hogar, mascotas, salidas al campo...);
- ejercicio físico y fisioterapia respiratoria;
- juegos y manualidades (fabricar un bronquio normal, uno inflamado y otro obstruido, realizar un molinillo de papel para practicar el soplido (muy eficaz en las crisis), carreras soplando una pajita, hinchar globos...);
- ejercicios de respiración y relajación...

También se realizó a cada niño una espirometría, una pulsioximetría, un peak-flow, se revisó cómo realizaban la técnica en el uso de sus inhaladores y sus cámaras y cómo realizaban su mantenimiento y limpieza.

Una vez finalizado el taller contestaron a la misma encuesta para valorar si habían mejorado sus conocimientos respecto a la encuesta que realizaron antes.

Se entregó a los niños un dossier personal con la educación sanitaria trabajada durante el taller y dónde anotaron el resultado de sus pruebas, junto con un diploma acreditativo de asistencia.

RESULTADOS

Antes:

- 1-Definición y fisiopatología: un 61,33% de los niños responden correctamente y un 38,67% lo hacen de manera incorrecta.
- 2-Factores de riesgo del asma: correcto 80%, incorrecto 20%.
- 3-Diagnóstico de asma: correcto 50%, incorrecto 50%
- 4-Tratamiento: correcto 65,93%, incorrecto 34,07%
- 5-Sobre ejercicio y fisioterapia respiratoria: correcto 57,78%, incorrecto 42,22%
- 6-Asma i alergias: correcto 60,83%, incorrecto 39,17%

Después:

- 1-Definición i fisiopatología: un 94,67% de los niños responden correctamente y un 5,33% lo hacen de manera incorrecta.
- 2-Factores de riesgo del asma: correcto 80%, incorrecto 20%.
- 3-Diagnóstico de asma: correcto 60%, incorrecto 40%
- 4-Tratamiento: correcto 88,14%, incorrecto 11,85 %
- 5-Sobre ejercicio y fisioterapia respiratoria: correcto 95,56 %, incorrecto 4,44%
- 6-Asma i alergias: correcto 77,50%, incorrecto 22,50 %

DISCUSION

Cabe destacar que antes del taller solamente 2 niños sabían que el asma es una enfermedad inflamatoria crónica y el 73,3% respondieron “verdadero” a la afirmación “cuando tengo una crisis respiro cogiendo aire por la boca”. Después del taller, el total de niños asimilaron que el asma es una enfermedad crónica y sólo el 13,33% seguirían respirando por la boca en una crisis.

La realización de educación grupal en los niños asmáticos conlleva una mejoría significativa en la adquisición de los conocimientos sobre su enfermedad y el manejo de las crisis y su tratamiento. Pensamos también, que con los grupos hemos logrado acercarlos a otras personas con su misma problemática.

Los resultados obtenidos nos confirman la necesidad de organizar y realizar talleres de educación sanitaria grupal en los niños asmáticos. Además sería preciso reforzar periódicamente los conocimientos en los participantes para asegurar una asimilación correcta de los contenidos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Korta Murua, J., Valverde Molina, J., Praena Crespo, M., Figuerola Mulet, J., Rodríguez Fernández-Oliva, C. R., Rueda Esteban, S., ... & Román Piñana, J. M. (2007, May). La educación terapéutica en el asma. In *Anales de Pediatría*(Vol. 66, No. 5, pp. 496-517). Elsevier Doyma.
- 2- Moneo Hernández, I., Oliván Otal, M. P., Forés Catalá, M. D., & Lambán Casamayor, E. (2009). Herramientas en la educación del niño asmático. *Pediatría Atención Primaria*, 11, 415-422.

3- Fernández-Oliva, C. R. R. AMBITOS DE LA EDUCACIÓN EN EL ASMA INFANTIL: EDUCACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA. Asma y Educación. Monografía 2008, 30. Disponible en respirar.org

POSTER 63**AUTORES/AUTHORS:**

Cristina Lozano, Olga Lopez-Dicastillo, Cristina Lozano, Elena Bermejo, Inmaculada Serrano, Maider Belintxon, Marta Vidaurreta

TÍTULO/TITLE:

Dimensiones de la evaluación del desarrollo social positivo en la infancia

Introducción: Este estudio forma parte de la primera fase del Proyecto Sinergia (www.proyectosinergia.es), cuyo objetivo consistió en la elaboración de un instrumento dirigido a padres de niños menores de 5 años para la identificación de las necesidades y factores que influyen en la salud de la población infantil de Navarra. Una de las grandes lagunas detectadas en la evaluación de las necesidades de salud infantil radica en el área del desarrollo social del niño a pesar del gran impacto que éste aspecto tiene en su bienestar (Mackown & Gumbiner, 2009). Un niño que en los primeros años de vida presente dificultades en las relaciones con los demás, es muy probable que en el futuro desarrolle problemas académicos, abandono escolar e incluso patologías psiquiátricas (Lopez & DuBois, 2005, Maleeki & Elliott, 2002).

Objetivo: Este estudio tiene como objetivo identificar las dimensiones que debe incluir la evaluación del desarrollo social positivo de niños de 0 a 5 años.

Métodos: Se llevó a cabo una revisión temática de la literatura que se combinó con un estudio exploratorio cualitativo para identificar las dimensiones que se deben introducir en el cuestionario en la evaluación del desarrollo social positivo de los niños. Este último incluyó 24 grupos focales: 11 con padres de niños de 0 a 5 años (75 residentes en Pamplona), 9 (32 profesores de educación infantil y educadores) con profesionales del ámbito educativo y 4 (8 pediatras y 9 enfermeras) con profesionales de centros de salud de Pamplona. Para la selección tanto de padres como de profesionales se siguió una estrategia de muestreo intencional.

Concretamente, se procuró la participación de padres de diversa procedencia cultural, socio-económica y profesionales que atendiesen a la diversidad de poblaciones involucradas en el estudio. Los datos obtenidos en los grupos focales se analizaron siguiendo el método de análisis de contenido temático de Burnard (1991) y sirviéndose del software Nvivo 8.

Resultados: La revisión temática de la literatura mostró la importancia del concepto de inteligencia emocional para la evaluación del comportamiento social y emocional de los niños. La inteligencia emocional se define como la habilidad esencial de las personas para atender y percibir los sentimientos de forma apropiada y precisa, la capacidad para asimilarlos y comprenderlos adecuadamente y la destreza para regular y modificar el estado de ánimo propio o el de los demás (Goleman, 1996). La inteligencia emocional se puede dividir en los siguientes componentes: habilidad social, empatía, conocimiento o conciencia de las emociones, control o manejo de las emociones y aprovechamiento de las mismas (autoconciencia) (Goleman, 1996). Además la revisión temática de la literatura señaló que tal y como ocurre con el desarrollo físico; el desarrollo social y emocional de los niños también sucede en diferentes edades y etapas. Por ello en el cuestionario diseñado se precisa la necesidad de evaluar el desarrollo social positivo desde los primeros años de vida. El cuestionario elaborado está dirigido a niños de edad preescolar y los ítems propuestos no difieren según la edad del niño, por lo que los padres deben responder acorde a la edad de su hijo.

Los resultados de los grupos focales realizados a padres y profesionales señalaron la necesidad de incluir indicadores de comportamiento social a la hora de evaluar el desarrollo sano del niño, ya que aseguraban que las revisiones de salud están centradas en el desarrollo físico, y las habilidades sociales únicamente se abordan cuando existe un problema. Tanto la literatura como los resultados obtenidos en los grupos focales indicaron la importancia de que el desarrollo social se produzca durante los primeros años de vida y que el desarrollo social positivo del niño se puede fomentar a través del juego y del contacto tanto con los miembros de la familia como con otros niños. La revisión de la literatura y los grupos focales han determinado los aspectos que se evaluarán en el cuestionario diseñado para medir el desarrollo social positivo. Ya que el cuestionario está dirigido a padres, lo que se medirá son las percepciones que ellos tienen acerca de cómo es el desarrollo social y emocional de sus hijos, cómo es el suyo propio y cómo lo fomentan. Finalmente la escala del cuestionario se denomina aspectos sociales y de relación, con el fin de utilizar términos que sean comprendidos por todos los padres que responden al cuestionario, e incluye las dimensiones de: habilidades sociales, empatía, resolución de conflictos, expresión y control de las emociones.

Discusión: Los hallazgos de este estudio sugieren que la evaluación del desarrollo social de los niños de 0 a 5 años debe ser incluida en el programa del niño sano. Dicha evaluación debe contemplar la valoración de conductas cotidianas y positivas en las que se manifiesten las diferentes habilidades sociales, evitando focalizarse únicamente en la identificación de conductas disruptivas. El uso de instrumentos que midan aspectos del desarrollo emocional positivo puede ayudar a realizar una valoración rápida y eficaz del desarrollo social de los niños.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Brunard, P. (1991). A method of analyzing interview transcripts in qualitative research. *Nurse education Today*, 11(6), 461-466
- Goleman, D. (1996). *Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ*. Bantam Books
- Lopez, C. & DuBois, D. (2005). Peer victimization and rejection: Investigation of an integrative model of effects on emotional behavioral, and academic adjustment in early adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 25-36
- Maleeki, C. & Elliott, S. (2002). Children's behaviours as predictors of academic involvement: A longitudinal analysis. *School Psychology Quarterly*, 17, 1-23
- McKown, C. & Gumbiner, L. (2009). Social- Emotional Learning Skill, Self- Regulation, and Social Competence in Typically Developing and Clinic- Referred Children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(6), 858-871

POSTER 64**AUTORES/AUTHORS:**

M^a Angeles Gonzalez Fernandez, Rosa M^a Alvarez Diez, Maria Gonzalez Gallego, M^a Jose Ramos Carbajo, Guadalupe posadilla Alonso, Rosa Fernandez Garcia, Henar Bobillo de Lamo, Olga Alvarez Robles, M^a Rosario Lopez Perez

TÍTULO/TITLE:

LA VOZ DE LAS MADRES LACTANTES SOBRE NUESTROS CUIDADOS

OBJETIVOS**General**

Analizar la voz de las madres lactantes sobre los cuidados recibidos durante el periodo de inicio de lactancia en el hospital y posteriormente en atención primaria.

Específicos

- Conocer la información que tienen sobre los alimentos recibidos por su hijo durante la estancia hospitalaria tras el nacimiento.
- Conocer la información recibida al alta hospitalaria sobre los recursos de apoyo a la lactancia en la comunidad.
- Conocer su percepción sobre la comodidad a la hora de dar el pecho ante otras personas de su entorno.
- Conocer su satisfacción general con los cuidados recibidos en lactancia materna en los primeros días tras el nacimiento.
- Conocer su grado de satisfacción con el recurso Sala de Lactancia 24 h.

MÉTODO

Ámbito: Atención Primaria y Atención hospitalaria.

Diseño: Estudio observacional descriptivo.

Sujetos de estudio: Madres receptoras de nuestros cuidados que alimentan a su hijo con leche materna durante los primeros meses de vida.

Muestra: Obtenida por oportunidad y compuesta por las madres con las que mantuvimos telefónicamente un contacto precoz tras el alta hospitalaria (32) y madres que utilizaron la Sala de Lactancia del Centro de Salud durante el periodo 9/11/2012 al 23/05/2012 (70).

Se obtuvieron 102 casos testimonio.

Variables/dimensiones estudiadas: información recibida sobre la práctica de cuidado (a), información sobre recursos de apoyo a la lactancia (b), afrontamiento a lactar en público (c), aceptación de espacios propios para la lactancia (d), satisfacción con la atención recibida (e).

Recogida de datos. Instrumentos empleados:

Entrevista telefónica posnatal con ocho preguntas cerradas y una abierta.

Libro de opinión anónima de la Sala de Lactancia que recoge tres preguntas cerradas y una abierta.

Se analizaron las respuestas y se establecieron correspondencias con las dimensiones a explorar.

Análisis de los datos. Análisis con estadística descriptiva: frecuencias absolutas y relativas. Se utilizó SPSS y Microsoft Excel 2007.

RESULTADOS

(a) De las madres entrevistadas el 100% (32) saben si su hijo recibió o no recibió tomas de leche de fórmula en el hospital tras el nacimiento.

(a) De las madres que conocen que Sí recibió leche de fórmula, el 35,7% (10) desconocen el motivo por el que ha sido.

(a) De las entrevistadas el 15.6% (5) desconoce si su hijo recibió o no recibió tomas de agua azucarada o suero glucosado en el hospital durante los primeros días de vida.

(b) El 28 % (9) de las madres refirieron no haber recibido información sobre los grupos de apoyo a la lactancia materna.

- (b) El 100% recibió información sobre el Programa del Niño sano.
- (c) El 12,5% (4) de las madres se ha sentido incómoda al lactar ante cercanos o amigos. El resto (28) refiere sentirse cómodas.
- (d) De las madres usuarias de la Sala de Lactancia, el 100% (70) la consideran necesaria. El 74.3% (52) no cambiarían nada en ella.
- (d) Del 25.7% (18) que cambiaría algo, el 50% (9) colocarían un reloj.
- (e) El 40.6% (13) se manifiesta abiertamente sobre los cuidados recibidos en lactancia materna en los primeros días tras el nacimiento como muy adecuados.

DISCUSIÓN

Es la primera experiencia en nuestra Área de Salud para escuchar la voz de las madres.

A la vista de los resultados concluimos que:

La oferta de tomas de otros alimentos a los recién nacidos que toman leche materna no es conocida y consensuada con la madre en todos los casos.

Todavía no se ha generalizado la información a la madre en el momento del alta hospitalaria sobre los recursos comunitarios de apoyo a la lactancia.

La mayoría de las madres manifiestan no sentirse incómodas al lactar ante personas de su entorno próximo.

La aceptación de la Sala de Lactancia es alta.

El porcentaje de madres que consideran globalmente los cuidados recibidos como muy adecuados es mejorable.

IMPLICACION PARA LA PRÁCTICA:

Se han detectado áreas del cuidado susceptibles de mejora: la información a la madre y el acuerdo con ella para la alimentación del bebé con toma adicional si se precisa. Esta práctica juega un papel esencial en la instauración de la lactancia materna.

En la práctica en atención primaria, la solicitud de reloj para la sala de la lactancia es un indicador de necesidad de mejora en la educación en la práctica del amamantamiento.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.Lactancia materna Guía de buenas prácticas en enfermería. Asociación profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO). 2007
- 2.La Salud desde el principio. Guía de salud materno infantil. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Mayo 2009
- 3.Lactancia Materna: Guía para profesionales. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría .Monografía nº 5. Ediciones ERGON, 2004
- 4.García JA. Eficacia diferencial de los programas de apoyo a madres con intención de lactar sobre la exclusividad y duración de la lactancia materna. Disponible en <https://www.educacion.gob.es/teseo/>
5. Mendes MG, Martins MM. La experiencia de las madres en la participación del cuidado de sus hijos hospitalizados. *Enferm Clin.* 2011; 21(6):338-343

POSTER 66**AUTORES/AUTHORS:**

ISABEL TORAL LOPEZ, MARIA PILAR GONZALEZ CARRION, ANTONIO RIVAS CAMPOS, JUSTA LAFUENTE LORCA, JOSEFA CASTILLO VERA, CARMEN DE CASAS, MANUELA PEÑA CABALLERO

TÍTULO/TITLE:

Efectividad de una intervención de alta precoz de recién nacidos prematuros con seguimiento en domicilio

OBJETIVO

Comprobar si el apoyo profesional proporcionado por una enfermera experta en cuidados neonatales a familias de niños prematuros incluidos en un programa de alta precoz tiene resultados sobre la preparación de los padres para los cuidados del recién nacido (RN), sobre la adaptación psicosocial al cambio de vida y sobre el vínculo padre/madre-hijo

METODO

Estudio con diseño cuasi experimental, con dos grupos experimentales: dos un grupo de intervención y un grupo control.

Sujetos de estudio: Niños y niñas nacidos pretérmino o a término con bajo peso para su edad gestacional ingresados en la Unidad de Cuidados Neonatales del Hospital Materno Infantil del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

Selección de la muestra: se incluyen en el estudio los niños ingresados en la Unidad neonatal clínicamente estables cuyo domicilio familiar esté situado en un radio de 15 km. de distancia del hospital.

Grupo intervención: A los niños cuyas familias acepten la intervención se les adelanta dos-tres semanas el alta hospitalaria y se les realiza un seguimiento en domicilio por una enfermera experta en cuidados neonatales.

Grupo control: serán sujetos del grupo control aquellos niños y niñas prematuros o de bajo peso al nacer que no se puedan incluir en seguimiento domiciliario por el criterio de distancia al centro hospitalario o por falta de aceptación de la familia, los cuales recibirán la atención habitual hasta el momento del alta.

En ambos grupos la enfermera responsable realiza una valoración en el momento de ingreso en el estudio y en el momento del alta. Se utilizan etiquetas de la clasificación de resultados de enfermería de la Nursing Outcomes Classification (NOC) como variables dependientes del estudio. Cada criterio de resultado desarrolla indicadores que gradúan el nivel de cumplimiento en una escala tipo Likert de 1 a 5

Se han seleccionado 23 indicadores de resultado de las Clases

- Adaptación psicosocial: cambio de vida
- Conocimiento sobre la salud: asistencia a recién nacidos y recursos sanitarios

Variables dependientes

Peso del recién nacido, estancia en el programa, Adaptación psicosocial, Soporte social, Superación de problemas, Lazos afectivos padre-hijo, Conocimiento: asistencia de recién nacidos, Conocimiento: lactancia materna, Conocimiento: recursos sanitarios

Variables independientes

Sexo-edad-peso RN, Diagnósticos médicos, Edad de los padres, Nº hijos, Trabajo de los padres, Nº de personas que ayudan a los cuidados, Semana de gestación del parto

RESULTADOS

De abril 2012 a Mayo 2013 se han incluido 65 niños en el estudio: 39 en el grupo alta precoz (60%) y 26 en el grupo control (40%)

Ambos grupos son homogéneos en relación a las variables independientes, no se han encontrado diferencias

Se contrasta los resultados de las etiquetas NOC en dos momentos, al ingreso en el estudio y al alta. En los RN del grupo hospital: no existen diferencias, excepto en el indicador "descripción de cómo bañar al lactante"(p<0.005)

En el grupo de RN de alta precoz, se contrasta los resultados de las etiquetas NOC al ingreso en el estudio y en el momento de alta en el domicilio: se encuentran diferencias en la puntuación de las escala Likert en 19 de las 23 etiquetas (p<0.005).

Esto significa que el grupo de padres que reciben el seguimiento en domicilio puntúan más alto en la consecución de los indicadores de resultados de las etiquetas NOC variables de estudio, en relación al grupo control.

DISCUSION

El alta precoz de RN prematuros seguidos en domicilio por una enfermera experta en cuidados neonatales es un servicio sanitario que tiene resultados sobre la preparación de los padres en los cuidados del RN, sobre el conocimiento de recursos sanitarios y adaptación al cambio de vida

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Per Ivar Kaaresen MD et al. A Randomized, Controlled Trial of the Effectiveness of an Early-Intervention Program in Reducing Parenting Stress After Preterm Birth PEDIATRICS Vol. 118 No. 1 July 2006, pp. e9-e19 (doi:10.1542/peds.2005-1491)
2. Guerra Guerra J, Ruiz de Cárdenas CH. Interpretação do cuidado da enfermagem neonatal patindo das experiencias e vivencias dos pais. Av. Enferrm. 2008; XXVI (1): 80-90
3. Sáenz P, Cerdá M, Díaz JL, Yi P, Gorba M, Boronat N, Barreto P, Vento M. Psychological stress of parents of preterm infants enrolled in an early discharge programme from the neonatal intensive care unit: a prospective randomised trial. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2009; 94(2):98-104.
4. Fernández-Bernal Montejo E, Pérez Urrejola D. Programa de alta precoz para recién nacidos y prematuros. Servicio de Neonatología Hospital de La Paz. Libro de Ponencias y Comunicaciones del VI Congreso Nacional de Enfermería de la Infancia. Granada 2004.
5. García del Río M, Sánchez Tamayo T. Alta precoz de los recién nacidos de bajo peso. Hospitalización domiciliaria. Servicio de neonatología hospital Carlos Haya. Bol.SPAO 2008; 2(1): 65-75
6. Lagoa M. La hospitalización a domicilio reduce los costes en pediatría. Unidad de Hospitalización a domicilio Hospital Xeral-Cíes de Vigo. II Jornadas de Hospitalización Domiciliaria Pediátrica. Málaga, Junio 2009
7. Lynn D. Sturm, RN, BSN To describe the implementation and evaluation of a home gavage program for preterm infants. The Journal of neonatal Nursing. 2005; 24 (4): 21-25
8. Palomino Urda N. Seguimiento del recién nacido prematuro en atención primaria. Bol. SPAO 2009; 3(3): 155-157
9. Programa II Jornadas de Hospitalización Domiciliaria Pediátrica. Unidad de Hospitalización a Domicilio Pediátrica de Málaga. Servicio de Pediatría del Hospital Materno Infantil Carlos Haya. Málaga, Junio 2009
10. García del Río M, Sánchez Tamayo T. Alta precoz de los recién nacidos de bajo peso. Hospitalización Domiciliaria. Bol. SPAO 2008; 2 (1)
11. Scherf RF, Reid KW. Going home: what NICU nurses need to know about home care. Neonatal Netw. 2006 Nov-Dec; 25(6):421-5
12. Proyecto de Resultados de Iowa. Clasificación de Resultados de enfermería. Nursing Outcomes Classification (NOC). Elsevier Mosby, 2007
13. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificaciones 2009-2011. elsevier, 2010.

POSTER 68**AUTORES/AUTHORS:**

Virginia Esperanza Fernandez Ruiz, Jose Miguel Martinez Berenguer, David Escribano Martínez , Marcelo Conesa Lorca, Yasmina Martínez Berenguer, Yerma Rivero Mirete, Rebeca Perán Artero, Sandra Sanchez Viudas

TÍTULO/TITLE:

CUIDADOS MATERNO-INFANTILES: BENEFICIOS DEL CUIDADO CANGURO Y EL COLECHO ¿REALMENTE BENEFICIOSO PARA RECIEN NACIDO?

OBJETIVO: Objetivo principal: Cuantificar la evidencia científica sobre los beneficios Método madre canguro (MMC), o también llamado cuidado canguro (CC) y el colecho en el recién nacido.

METODOLOGÍA: Revisión de la literatura reciente disponible 2008-2013 sobre la mejora del potencial cerebral en recién nacidos y disminución del estrés a través de los cuidados maternos en las primeras fases del desarrollo. La búsqueda se ha realizado en las principales bases de datos nacionales e internacionales: Cochrane, CUIDEN, Elsevier, LILACS, Medline, ProQuest, Pubmed, Scielo, Web of Science, Pubmed restringiendo la búsqueda a artículos en inglés y castellano con texto completo disponible. Se utilizaron diferentes itinerarios estándar.

RESULTADOS: Resultaron incluidos un total de 32 estudios que comprenden artículos y revisiones de la literatura científica. Obteniendo como resultados de forma más que significativa que en la mayoría de los estudios seleccionados el método contacto piel con piel o cuidado canguro es beneficioso para el recién nacido, produce repercusión en el recién nacido de manera notablemente positiva con el simple hecho de estar en contacto con la madre piel a piel, después del postparto, y principalmente en el primer año de vida del niño. Las principales características a resaltar son: mejora de la frecuencia respiratoria y estabilidad de la frecuencia cardíaca, la mayoría de los bebés lloran menos y duermen mejor cuando reciben el cuidado canguro, disminución del estrés del bebé, lo que supone una mayor relajación, y beneficia el crecimiento del bebé y el desarrollo cognitivo y psicomotor del mismo, los bebés se amamantan más fácilmente, etc.

DISCURSIÓN: En la actualidad el método canguro o contacto piel con piel, no se está aplicado en todas las Instituciones Hospitalarias, ya que influyen muchos factores tales como el nivel socioeconómico, cultural y social de la madre y el recién nacido. Es por ello, y necesario que debido a los grandes beneficios que es producido para el recién nacido y la madre el cuidado canguro y el colecho, se regularizara de forma protocolaria como el segundo paso al postparto en los primeros 28 días después del nacimiento del recién nacido, ya que así según la revisión realizada se evitarían complicaciones potenciales para el recién nacido, tales como el descenso de la temperatura corporal, prevención de muerte súbita del bebé, y así poder potenciar todos los beneficios que surgen de tal acción como : regulación de la temperatura, apego materno infantil, prevención del estrés, mejora del desarrollo cognitivo del recién nacido, mejora de la actividad, comprensión y estimulación. Todos estos factores o parámetros han sido evaluados en comparación con recién nacido de aplicación con el método cuidado canguro y un recién nacido sin seguimiento de ninguna intervención.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Díaz, C. R. (2012). Efecto del contacto piel con piel con padres de recién nacidos por cesárea sobre la lactancia materna (Doctoral dissertation, Universidad de Málaga).
- Esparza Olcina, M. J., & Aizpurua Galdeano, M. P. (2010). Amamantar al bebé y compartir la cama con él a los tres meses de vida se relaciona con una mayor prevalencia de lactancia materna al año. *Evidencias en pediatría*, 6(1), 9.
- González, M. D. L. M. I. (2010). Discursos sobre la maternidad científica. Una perspectiva crítica. *Investigaciones Feministas*, 1, 193-212.
- Guijarro, E. M. (2013). Lactancia materna y revolución, o la teta como insumisión biocultural: calostro, cuerpo y cuidado. *Dilemata*, (11), 169-206.
- Rengel Díaz, C. (2012). Efecto del contacto piel con piel con padres de recién nacidos por cesárea sobre la lactancia materna.

Sánchez-Erce, M., Traver Cabrera, P., & Galbe Sánchez-Ventura, J. (2012). Encuesta sobre las actitudes de los profesionales ante la lactancia materna. *Pediatría Atención Primaria*, 14(54), 107-113.

POSTER 69**AUTORES/AUTHORS:**

JAUME MORERA BALAGUER, MARI CARMEN MARTÍNEZ GONZÁLEZ, MARI CARMEN LILLO NAVARRO, SILVANA LOANA DE OLIVEIRA SOUSA, JOAQUINA MONTILLA HERRADOR, PILAR ESCOLAR REINA

TÍTULO/TITLE:

Percepción de la calidad de interacción entre fisioterapeutas y padres de niños tratados en Atención Temprana.

OBJETIVO

Explorar las experiencias de los padres de niños que reciben tratamiento de fisioterapia en los centros de Atención Temprana e identificar aspectos de la atención que pueden influir en sus percepciones sobre la calidad de la interacción con el fisioterapeuta.

MÉTODO

Estudio cualitativo basado en el estudio de casos y en el uso de la técnica de grupos focales como fuente de información.

Se llevó a cabo en servicios de Atención Temprana ubicados en Murcia y Alicante. Participaron padres de niños con discapacidad física en tratamiento en Atención Temprana, con edades entre 6 meses y 6 años, y que se encontraban realizando tratamiento de fisioterapia desde hacía más de 6 meses.

El fisioterapeuta colaborador entregó a los participantes una carta personalizada 15 días antes de las reuniones. Posteriormente un asistente de investigación realizó recuerdos telefónicos, una semana antes y el día anterior a la realización de la reunión.

Para conducir la discusión se elaboró un guión inicial¹ con varias preguntas abiertas. La información se recogió mediante una grabadora de audio y una grabadora de vídeo. Todas las entrevistas fueron transcritas literalmente. El análisis de estas transcripciones se realizó en 3 fases:

- 1) Generación de un listado de frases significativas que fueron etiquetadas en categorías.
- 2) Agrupación de las categorías en temas y subtemas.
- 3) Verificación de la consistencia del esquema de temas y subtemas².

RESULTADOS

Participaron 28 sujetos distribuidos en 7 grupos focales. Todos los grupos estaban compuestos por 4 miembros, número que constituye el tamaño mínimo sugerido en la literatura³.

Las experiencias relatadas por estos fueron agrupadas en dos temas: Información y educación y Maneras interpersonales. Dentro de cada uno de estos dos temas surgieron varios subtemas.

Tema 1. Información y educación.

Este aspecto de la interacción fue valorado sobre todo a través de las experiencias de los participantes en los dos subtemas que detallamos a continuación: Información sobre el plan de tratamiento, y Enseñanza y seguimiento de habilidades.

Información sobre el plan de tratamiento

La percepción de los participantes sobre la calidad de la interacción con el fisioterapeuta estuvo directamente relacionada con el hecho de haber recibido una información completa y actualizada sobre el plan de tratamiento del niño, así como con la manera en que el fisioterapeuta les transmitió esta información.

Enseñanza y seguimiento de habilidades.

La mayoría de los participantes manifestaron que su percepción de la calidad de la interacción fue dependiente de las experiencias con el método de enseñanza del fisioterapeuta.

Tema 2. Maneras interpersonales.

Los padres consideraron que fue importante para la percepción de la calidad de la interacción la manera en que los fisioterapeutas se relacionaron con ellos y con los niños. La percepción de esta manera de relacionarse del fisioterapeuta se basó en la actitud que los padres observaron en éste en relación, sobre todo, a tres subtemas: Apoyo a los padres, Maneras respetuosas con los padres, y Trato al niño, de los que hablamos a continuación.

Apoyo a los padres

Los padres percibieron este apoyo al observar la actitud del fisioterapeuta cuando respondía a sus preguntas o sus dudas sobre el estado de salud de los niños, cuando manifestaba preocupación por el niño, o cuando manifestaba aprecio por su habilidad para manejarse en el cuidado de su hijo.

Maneras respetuosas con los padres

Todos los participantes consideraron que los fisioterapeutas se habían comportado con respeto y buenas maneras durante la mayoría de los diálogos con ellos.

Trato al niño

Los padres manifestaron su aprecio por el trato personal y humano de los fisioterapeutas con sus hijos. Todos los padres mencionaron que los fisioterapeutas trataban con mucho cuidado a sus niños mientras hacían la terapia, especialmente a los bebés. Además, manifestaron que apreciaban que los fisioterapeutas realizaran un tratamiento adaptado a las diferentes fases de la vida y al comportamiento de sus hijos.

DISCUSIÓN

Los resultados de nuestro estudio demuestran que los padres de los niños en tratamiento de fisioterapia en Atención Temprana basan sus evaluaciones de la calidad de la interacción con el profesional que atiende a sus hijos en las maneras interpersonales y la educación e información que se les provee.

Estos dos elementos han sido referidos en la literatura como elementos que afectan directamente a la percepción de los usuarios sobre la calidad del servicio⁴⁻⁷. Algunos autores refieren que son aspectos fundamentales y determinantes para la satisfacción de los padres en los servicios de pediatría⁸.

El mayor esfuerzo en los servicios sanitarios se ha puesto históricamente en asegurar el cumplimiento de la competencia técnica. Sin embargo, numerosos estudios demuestran que los factores más influyentes sobre la percepción de la calidad son los relativos a procesos y, especialmente, las relaciones interpersonales^{9-11,13-15}. Por ello creemos que tanto profesionales como administradores deben aumentar sus esfuerzos por mejorar los aspectos interpersonales, para lo cual puede servirles de ayuda los resultados de nuestra investigación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. VALLÉS MARTÍNEZ MS. Capítulo 6: Técnicas de conversación, narración (I): las entrevistas en profundidad. En: Técnicas cualitativa de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Editorial Síntesis; 2003:279-335
2. CRESWELL JW. Research design: qualitative, quantitative, and mixed method approaches. 3rd edition. Los Ángeles: Sage publications; 2009.
3. HILL CE, KNOX S, THOMPSON BJ, WILLIAMS EN, HESS SA, LADANY N. Consensual qualitative research: An update. Journal of counselling psychology 2005; 52:196-205.
4. KING G.; CATHERS T.; KING S.; ROSENBAUM P. Major elements of parents' satisfaction and dissatisfaction with pediatric rehabilitation services. Children's health care 2001; 30(2): 111-134.
5. DAVIES AR, WARE JE. Involving consumers in quality of care assessment. Health affaires.1988:33-48.
6. GUZMAN J, ESMAIL R, KARJALAINEN K, MALMIVAARA A, IRVING E, BOMBARDIER C. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low-back pain: systematic review. British Medical Journal 2001; 23:1511-1516.
7. EIGLIER P, LANGEARD E. Servucción, el marketing de servicios. México: McGraw-Hill, 1989.
8. BUGIÉ C. Child development and early intervention centres. Rev. Neurol 2002; 34 (Supl 1): 143-148.
9. POWER N.; FRANCK L. Parent perception in the care of hospitalized children: a systematic review. J Adv Nurs. 2008 Jun; 62(6):622-41.
10. SOLOMON, L.M. Parents' perception of the interpersonal aspects of care in a pediatric tertiary care neurosciences unit. Thesis for the degree of Master of science in nursing. Faculty of graduate studies. University of british Columbia; 1993.
11. NUUTILA L, SALANTERA S. Children with a long-term illness: parents' experiences of care. Journal of pediatric nursing 2006; 21(2):153-60.
12. BRADY MK, CRONIN J.J. Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: a hierarchical approach. Journal of

Marketing 2001; 65(3):34-49.

13. HUSH JM, CAMERON K, MACKEY M. Patient satisfaction with musculoskeletal physical therapy care: a systematic review. *Physiother Theory Pract.* 2009; 25(8):533-43.

14. DIBBELT S, SCHAIDHAMMER M, FLEISCHER C, GREITEMANN B. Patient-doctor interaction in rehabilitation: is there a relationship between perceived interaction quality and long term treatment results? *Rehabilitation (Stuttg).* 2010; 49(5):315-25.

15. POTTER M, GORDON S, HAMER P. The physiotherapy experience in private practice: The patients' perspective. *Australian Journal of Physiotherapy* 2003; 45: 195-202.

POSTER 70**AUTORES/AUTHORS:**

Candelas Laguna Peláez, Hugo A. De los Dolores Ramos, Natalia de Pablo Sanchez, Iciar Sanchez Castro, Isabel Quiroga Salvador, M^a Begoña Rodríguez Borges, Agustin Mayo Iscar

TÍTULO/TITLE:

LA FAMILIA COMO AGENTE DE SALUD: PLAN PREVENTIVO DE ACCIDENTES DOMÉSTICOS LOCAL Y SOSTENIBLE

JUSTIFICACIÓN

Los accidentes domésticos se han convertido en uno de los puntos débiles de la sociedad moderna. Las campañas de información son escasas y toda prevención es poca.

El informe centinela 2009(1,2) refleja los elevados costes humanos y económicos que suponen los accidentes domésticos y de ocio, lo que justifica la puesta en marcha de un programa preventivo de accidentes domésticos local y sostenible con Investigación de Acción Participativa (IAP)(3,4,5,6)

OBJETIVO

Conocer la percepción del riesgo, nivel de información, hábitos y la opinión de los ciudadanos sobre los accidentes domésticos para poner en marcha un programa preventivo comunitario implicando a las familias como agentes de salud.

MÉTODO

Se utiliza el método de IAP en tres fases:

Primera fase : Autodiagnostico, Constitución del Grupo IAP

Segunda fase: Trabajo de campo y Primeras propuestas

Cuestionario abierto y semidirigido (Ministerio del Interior de la la Junta de Extremadura). Bloques: Percepción del riesgo, Hábitos relacionados con la seguridad, Errores de seguridad, Información de los riesgos, Responsabilidad de poderes públicos y empresariales. Análisis del contenido. Talleres formativos/preventivos.

Tercera fase: Conclusiones y Propuestas de acción:

Programa de acción integral (PAI), Experimentación/Difusión, Recogida de información permanente, Planes de Formación, Toma de decisiones, Propuestas, Evaluaciones y Modificaciones.

Se realiza en los municipios de Palacios de Goda/Tornadizos pertenecientes a la Zona Básica de Salud de Arévalo (Ávila)

Accidente doméstico es aquel que se padece en el ámbito doméstico o durante el desarrollo de las actividades de ocio. Se excluyen accidente de tráfico, laborales, por peleas, los derivados de enfermedades, de atracos, robos y suicidios

Variables: Sexo, edad, tipo de accidente, lugar, percepción de riesgo, hábitos preventivos y seguridad del factor inductor

El análisis estadístico: SAS v9

RESULTADOS

Población: 412 habitantes

Población de estudio: N^o total de hogares 143, ausentes 31. N= 112.

Participan 83 (74,1%), no quieren 29 (25,9%). Representados por mujeres: 63 (74,12%). Personas menores de 55 años 24 (28,92%), de 55 a 70 años 32 (38,55%) y mayores de 70 años 27 (32,53%).

1^a fase: Recogida de información del informe DADO 2009 de Castilla y León, el 57,1% de los accidentes se producen en el hogar.

Se informa y forman a los agentes públicos y voluntarios con propuesta de objetivos.

2^a fase: Cuestionarios. Accidentes en el último año: cortes 0,277/persona; quemaduras 0,301/persona y caídas 0,265/persona.

Lugares más frecuentes en accidentes en orden decreciente: cocina, baño, escaleras y vía pública.

Productos que provocan el accidente de mayor a menor porcentaje: gas, objetos cortantes, suelo mojado, electricidad, y productos

químicos.

Errores en la seguridad y responsabilidad para no producir un accidente: diseño de vehículos, transporte público, diseño de los comercios, instalaciones deportivas, personal y obras públicas.

Accidentes por descuidos o disminución de las medidas preventivas: manipulación de aparatos eléctricos, escaleras, suelos antideslizantes, gas, productos químicos, utilización de calzado inadecuado, suelo mojado, lugares de tránsito sin despejar, no seguir las instrucciones del aparataje, no tener asideros en los baños.

Los accidentes por descuidos el 72,29%, imprudencias el 66,26%, producto propiamente dicho el 12,05%.

Se diseña el programa preventivo local y sostenible. Talleres teóricos prácticos. Escuela de expertos y elaboramos manuales y guías.

3ª fase :Evaluación en mayo/13, responden 79 hogares(70,53%).

Nº total de caídas: 0, 210/persona. Nº de quemaduras: 0,309/persona. Nº de cortes 0,296/persona.

De las medidas preventivas propuestas para la cocina, el 85,1% de los hogares se hacen eco y las del baño en el 63,6% de los hogares, donde el nº de caídas es de 0,049/persona, menos que al inicio ($p < 0,05$). En las habitaciones son del 45,7%, no accidentes. En el garaje del 88,9%, no accidentes. En las escaleras el 21,9% y las caídas han sido de 0,062/persona.

Se valoran puntos negros del hogar y vía pública.

En las instalaciones eléctricas se reducen las conexiones múltiples. Se inutilizan las alfombras en las habitaciones en un 62%, despejan espacios de paso. Revisan extintores el 75%. Sustituyen escalones internos en el hogar por rampas el 20%. El 65% de los hogares incluyen un botiquín. La señalización de obras públicas se establece con mayor rigor. Las instalaciones deportivas se revisan periódicamente.

Pendientes de habilitar un camión cisterna comunitario para la extinción de incendio y de aprobarse la compra de DEA para uso público.

DISCUSIÓN

La zona de estudio cuenta con una población mayor, susceptible de mayor nº de caídas(7,8,9).

Son conscientes de los riesgos y sus debilidades. Conoce más científicamente el entorno y su realidad social.

Las propuestas para reducir accidentes se han puesto en marcha en el 60%, disminuye el porcentaje de accidentes y aumentan las medidas preventivas(10).

Mantener revisiones del plan y programas formativos según necesidades será permanente.

Su participación en el programa promueve el autocuidado.

La IAP es una línea de trabajo con de aplicación en diversos ámbitos sanitarios(4,5,11).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.- María Loreto Mateos Barquerea, Eva María Vián González , Milagros Gil Costab , José Eugenio Lozano Alonso , Elena Santamaría Rodrigoc y Belén Herrero Cembellínd. Incidencia, características epidemiológicas y tipos de accidentes domésticos y de ocio. Red centinela sanitaria de Castilla y León (2009)
- 2.- Instituto Nacional de Estadística (INE). Disponible en: www.ine.es.
- 3.- Bezos Daleske, Carlos (2003): "La formación basada en Investigación Acción Participativa como herramienta de cambio organizativo". En: Herramientas, Revista de Formación y Empleo, no 71. Bilbao. Fundación CIREM.
- 4.- Denzin, N.K. (1970): "The research act", Chicago, Aldine. Fals Borda y Anisur Rahman (1992). En "La investigación-acción participativa" Varios Autores. Ed. Popular. O.E.I Quinto Centenario.
- 5.-Garrido García, Fco. Javier (2007): "Perspectiva y prácticas de Educación - Investigación Participativa". Revista Política y

Sociedad, Facultad de CC. Políticas y Sociología. Universidad Complutense de Madrid.

6.- Ibáñez, Jesús (1993): "El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación". Varios autores. Alianza Universidad Textos. Madrid (5a ed.).

7.- Séculi E, Brugulat P, March J, Medina Bustos A, Martínez Beneyto V, Tresserras Gaju R. Las caídas en los mayores de 65 años: conocer para actuar. Aten Primaria. 2004;34: 186--91.

8.-Ramírez A, Toribio A, Riba M. Prevenir accidentes en el hogar. Rol Enfermería. 1998;21:49--51.

9.-Prat-González I, Fernández-Escofet E, Martínez-Bustos S. Detección del riesgo de caídas en ancianos en Atención Primaria mediante un protocolo de cribado. Enfermería Clínica. 2007;17:128--33.

10.- Programa de Prevención de Lesiones: red de detección de accidentes domésticos y de ocio. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Disponible en: www.msc.es.

11.- Valles, Miguel S. : "El concepto de triangulación como propuesta de articulación de las técnicas cualitativas y cuantitativas en la práctica investigadora". Curso investigación participativa y gestión local U.C.M. 1996

POSTER 72**AUTORES/AUTHORS:**

Ester Gilart , Irene Mancilla , Anna Bocchino , M^a Jesus Medialdea

TÍTULO/TITLE:

Enfermería y coeducación: una nueva herramienta para tratar la deconstrucción de roles y estereotipos

INTRODUCCIÓN

La extinción de los estereotipos y la promoción de igualdad de género son dos aspectos importantes muy estudiados en la última década.

La diversidad es una característica definitoria de las sociedades contemporáneas, y es de importancia radical el estudio sobre sus orígenes, su modelado social y sus consecuencias (Henin-Stout y Brown-Cheatham, 1999).

Hoy en día hay una gran problemática para enseñar a los niños los valores de respeto hacia los demás, el valor de igualdad y el de no violencia. Para ello una buena forma de hacerlo es desde la escuela, donde se transmiten valores, modelos y estereotipos que reproducen y perpetúan desigualdades. Los juegos, juguetes y cuentos son herramientas y medios para conocer el mundo desde los cuales podemos también recrear, conformar y cambiar los errores de este.

Por consiguiente, proponemos una nueva forma de trabajo conjunto con las escuelas para así poder prevenir la violencia de género, la desigualdad y además detectar a niños que estén en hogares con conflictos precozmente.

OBJETIVOS

Generales:

Realización de una guía digital en formato DVD dirigida principalmente a los niños de educación primaria para fomentar la igualdad y diversidad potenciando la eliminación de estereotipos y resolución de conflictos.

Específicos:

- Sensibilizar e informar a los niños/as acerca de la igualdad de género y la categorización social.
- Aportar conocimientos sobre igualdad y diversidad, invalidación de estereotipos y resolución de conflictos, favoreciendo la comunicación y la aceptación de las diferencias mediante situaciones que permitan el diálogo.
- Facilitar la oportunidad para que niños/as aprendan a construir relaciones humanas igualitarias y reconocer situaciones de violencia o de conflictos estereotípicos.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo observacional longitudinal pre-test post-test de metodología mixta, cualitativa y cuantitativa.

Muestra: la población de estudio estuvo compuesta por un total de 75 niños y niñas en edades comprendidas entre 7 y 8 años.

Procedimiento: El estudio se llevó a cabo entre los meses de febrero-abril 2013 en un colegio de Jerez de la Frontera. La recolección de datos fue efectuada en el aula mediante un cuestionario apto a evaluar los conocimientos previos y posteriores de los niños/as y a través de una encuesta donde fue posible recoger las opiniones y reflexiones de los sujetos sobre la temática (estereotipos, roles etc.). Constó de cuatro fases:

1º Fase. Elaboración de la guía digital.

2º Fase. Previo consentimiento informado por parte de los padres. Se le pasó a los niños/as un cuestionario de evaluación de los conocimientos previos y variables sociodemográficas (edad, sexo, situación socioeconómica de los padres).

3º Fase. Visualización y explicación de la guía digital.

La guía consta de distintas actividades, en una de ellas visualizamos un cuento en la que los estereotipos y roles que en la sociedad admitimos como establecidos están eliminados e invertidos respectivamente. Tras ello, se planteó la correspondiente reflexión acerca de aquellos aspectos del cuento que les resultan atípicos con el objetivo de fomentar la igualdad y la diversidad.

En otra de las actividades se muestran cuatro imágenes ilustrativas en las cuales los niños deben diferenciar aquella en la que predomina una actitud violenta con el fin de reconocer situaciones de violencia doméstica y entre iguales, promover la resolución de conflictos sin violencia y difundir la importancia de la educación en igualdad y rechazo de violencia desde la infancia.

4º Fase. Post-test sobre los conocimientos y conceptos adquiridos.

Análisis de datos: El procesamiento de los datos para la evaluación de los conocimientos pre y posteriores se realizaron mediante técnicas cuantitativas y cualitativas. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 21.

RESULTADOS

La muestra final fue compuesta por un total de 73 niños/as puesto que dos de ellos el día de la visualización del video no asistieron a clase. La población objeto de estudio fue prevalentemente femenina. En relación a la fase cuantitativa hemos obtenido los siguientes resultados:

1.- El 75% de los niños/as mostraron un elevado interés por la actividad y un incremento de los conocimientos adquiridos. De estos, el 10% eran hijos de padres separados.

2.- El 2% no contestó a todas las preguntas del post-test.

Con respecto a la fase cualitativa la mayoría de los niños/as mostraron un elevado interés por la actividad y participación.

DISCUSIÓN

El estudio ha puesto de manifiesto el desconocimiento existente sobre igualdad y los valores arraigados que tienen sobre los roles de género. Este estudio es una contribución al conocimiento en el ámbito de los estudios de género y de igualdad. Sería necesaria la implantación de la guía desde edades tempranas para facilitar la integración de la perspectiva de género y así poder ampliar la investigación en otros campos como la intervención enfermera en la educación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Henning-Stout, M. y Brown-Cheatham, M. A. (1999). School psychology in a diverse world: Considerations for practice, research and teaching, en Reynolds, C. R. y Gutkin, T. B. (Eds.) The handbook of school psychology. Nueva York: John Wiley.

POSTER 74**AUTORES/AUTHORS:**

Susana Chamizo Cuesta, Rubén Rodríguez Molino, Alba Crespo-García Mendizabal, M^a Isabel Pérez Campos, Sara Jimeno Arce, Jaume Guitart Hormigo

TÍTULO/TITLE:

APLICACIÓN DE CRIOTERAPIA Y QUERATOLÍTICOS EN VERRUGAS VULGARES Y PLANTARES EN ATENCIÓN PRIMARIA PEDIÁTRICA.

OBJETIVOS: La dilatación en el tiempo de los tratamientos de erradicación de verrugas víricas, así como la claudicación del paciente o la familia, hizo plantearnos la realización del estudio que a continuación exponemos. Nuestro objetivo principal es el de comprobar si el tratamiento combinado de crioterapia y queratolíticos es el de mayor efectividad para las verrugas víricas vulgares y plantares diagnosticadas en la consulta de Atención Primaria Pediátrica. Para ello, trataremos de demostrar la disminución del tiempo de tratamiento, la reducción de la claudicación por parte del paciente y/o familia y el descenso de derivaciones a atención especializada dermatológica.

MÉTODOS: Observamos que el tratamiento de las verrugas víricas en la población infantil suponía un elevado coste. Dado que se alargaba durante semanas, el paciente y/o la familia solían claudicar, por lo que se acababa derivando a atención especializada dermatológica para finalizar el proceso aplicando, en la mayoría de los casos, crioterapia. Es por ello, que nos planteamos si la aplicación de un tratamiento combinado podría mejorar los problemas detectados. Se introdujo entonces la técnica de la crioterapia en la consulta de Atención Primaria Pediátrica como primera elección de tratamiento, para agilizar la resolución del proceso de curación de las verrugas, e iniciamos un estudio de intervención con la intención de conocer si su aplicación resolvía los problemas detectados. Se definió a la población diana como la población infantil entre 6 y 12 años con verrugas vulgares y plantares, de donde se seleccionó una muestra de 16 niños/as. Se excluyeron los que presentaban verrugas en zona facial y/o genital. Teniendo en cuenta que la muestra eran menores, creamos un consentimiento informado en el que se explicaba del tratamiento al tutor legal que, en todos los casos, eran los mismos padres. Tras la aceptación, el paciente pasaba a ser valorado por el facultativo responsable de la crioterapia. Las variables seleccionadas fueron: la disminución del tiempo de tratamiento, la claudicación del paciente y las derivaciones a la atención especializada. Se creó un documento especificando las variables elegidas, detallando en cada caso si se producían o no. Además, se registró el número de visitas y la aparición de lesiones cutáneas asociadas al tratamiento. Se aplicó también una encuesta de satisfacción, en la que se registraban cinco ítems: el grado de satisfacción con el tratamiento, desde muy satisfecho a nada satisfecho; lo que más valoraban del mismo, el tratamiento, el tiempo, el trato recibido y una última opción libre en el que los pacientes podían incluir lo que querían; si repetirían el tratamiento, respuesta dicotómica; y un último, en el que preguntábamos que aspectos mejorarían, con una respuesta abierta.

RESULTADOS: Finalmente 4 niños no colaboraron en el estudio, quedando una muestra de 12 individuos (75%). Durante su aplicación, uno de ellos abandonó por claudicación familiar (8,3%). El tratamiento combinado alcanzaba una duración media de 8 semanas, a diferencia del anterior que podía prolongarse durante meses según las características de la lesión. Se obtuvo una resolución total de los casos y sólo se realizó una derivación a atención especializada, por insistencia de los familiares, que, al llegar a la consulta de dermatología, no requirió ninguna actuación puesto que el problema ya se había solucionado. Los individuos recibieron un total de entre una y cuatro sesiones de crioterapia, con una media de 2,75 sesiones por paciente. No se realizó ninguna visita para tratar lesiones ocasionadas por el tratamiento aplicado, ni por consecuencias del mismo. Los resultados de las encuestas de satisfacción son los siguientes: la mayoría de los entrevistados, 9 personas, valoraron el tratamiento de manera muy satisfactoria (81,8%), mientras que los restantes, dos personas, lo hicieron de manera satisfactoria (18,2%). Lo más valorado era el trato recibido (8 casos, el 72,7%), el tratamiento (1 sólo caso, el 9,1%), mientras que dos personas especificaron que para ellos era la resolución del problema (18,2%). Todos ellos repetirían el tratamiento, aunque la mayoría coincide en que sería interesante poder reducir el tiempo de duración (63,6%).

DISCUSIÓN: La aplicación del tratamiento combinado de crioterapia y queratolíticos nos permite asegurar que se produce una disminución del tiempo de resolución, mejora la aceptación de los pacientes, evitando la claudicación en el tratamiento tópico exclusivo, y reduce el número de derivaciones a especialistas, que conllevaba, a su vez, una mayor duración del tratamiento debido

a las listas de espera. Los resultados nos indican que se produce un considerable acortamiento del tiempo de tratamiento hasta la curación. En nuestro caso no se han producido ni flictenas, ni necrosis o infecciones, que en la bibliografía son las complicaciones más comunes asociadas a la crioterapia. Es una técnica eficaz y efectiva, con buena tolerancia, mínimas complicaciones y que, con personal formado, puede realizarse sin ninguna preocupación en Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA:

Fernández Blanco, J., Pujol Puyane, C.: Guies de pràctica assistencial d'infermeria: berrugues víriques. Barcelona. 2011.

Hernández Martín, Á.: Abordaje terapéutico en la consulta de pediatría de las enfermedades cutáneas más frecuentes (verrugas, molluscum, acné y dermatitis atópica). Revista Pediátrica de Atención Primaria. 2011; (20): 185-91.

Patiño Gámez, J., Real Caballero, S.: Crioterapia más queratolíticos en el tratamiento de las verrugas. Nursing. 2009; 27 (2).

Serrano-Heranz, R. Tratamiento del molluscum contagiosum y de las verrugas. Jano. 2007; no 1648.

Roye, R., Meléndez, M., Ruiz, G., Gamboa, A., Morantes, J.: Enfermedades dermatológicas en la edad pediátrica. Dermatología Venezolana. 2006; 44 (4).

Ansorena, R., Zubiri, L., Merino, R., Cano, J., Urdánoz, M.J., Cía, A., Jiménez, O.: Utilización de crioterapia en el centro de salud de Rochapea. Anales Sis San Navarra. 1998; 21 (1): 217-221.

POSTER 78**AUTORES/AUTHORS:**

Núria Martín Vergara, Elena Álvarez Soler, Thais Pineda Rigau, Trinidad Martínez Fernández, Francisco Martín Lujan, Mar Sorli Aguilar, Merce Timón Torres, Alicia Reche Martínez, Carmen Rubio Gascón

TÍTULO/TITLE:

LOS RESULTADOS DE LA ESPIROMETRIA COMO MATERIAL DE MOTIVACIÓN PARA CAMBIAR EL HÁBITO DE CONSUMO DE TABACO

Objetivo

Evaluar si el consejo breve para dejar de fumar en sujetos que presentan alteración de la espirometría, juntamente con la explicación detallada de esta, obtiene mejores resultados en el abandono del hábito tabáquico que solamente el consejo breve.

Métodos**Diseño**

Estudio de cohortes. Seguimiento durante un año de sujetos fumadores sin antecedentes de patología respiratoria previa atendidos en consultas de Atención Primaria a los que se les realizó una espirometría siendo esta patológica.

Emplazamiento y población de estudio

La población de estudio se obtuvo a partir de las consultas habituales de 14 centros de atención primaria, 10 de ámbito urbano y 4 rural.

Reclutamiento y método de selección de los participantes

Fueron candidatos a participar los individuos fumadores de 35 a 70 años de edad, que consultaron por cualquier motivo, y que dieron por escrito su consentimiento informado para participar, siempre que cumplieran el criterio de inclusión y ninguno de exclusión.

Criterio de inclusión: tabaquismo activo con consumo acumulado de más de 10 paquetes/año.

Criterios de exclusión:

- 1) cualquier evidencia de diagnóstico previo de enfermedad respiratoria,
- 2) realización de exploración funcional pulmonar en los 12 meses previos,
- 3) padecimiento de algún trastorno crónico o terminal que alterara los parámetros basales o dificultara la realización de las pruebas y test necesarios
- 4) imposibilidad para realizar el seguimiento por cualquier motivo
- 5) negativa expresa del paciente a continuar en el estudio

Medidas e intervenciones

A los que aceptaron participar en el estudio, se les pidió que firmaran el consentimiento informado. Los pacientes fueron citados posteriormente para la obtención de información mediante un cuestionario que contenía:

- Datos de filiación y socio demográficos.
- Antecedentes patológicos y farmacológicos.
- Historia de sintomatología respiratoria.
- Hábito tabáquico: consumo diario actual y acumulado (en paquetes/año), dependencia a la nicotina medida por el test de Fagerström, motivación para dejar de fumar medida mediante el test de Richmond y fase del proceso de cambio según el modelo de Prochaska y DiClemente: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y recaída.
- Datos sobre intentos previos: número y recursos terapéuticos utilizados.
- Nivel de CO exhalado determinado por coximetría.

Posteriormente se realizó la espirometría en una muestra aleatoria de participantes.

La calidad de la prueba se aseguró mediante un sistema de control a tres niveles:

- Estandarización de equipos: se empleó un único modelo de pneumotacógrafo de ultrasonidos y se realizó la prueba según las recomendaciones y criterios de calidad de la American Thoracic Society-European Respiratory Society
- Capacitación técnica: los técnicos seleccionados entre enfermería debían acreditar su formación.
- Supervisión centralizada: todas las pruebas realizadas fueron remitidas a un único observador de referencia.

Los participantes en los que la espirometría tenía criterios de alteración de la función pulmonar entraron a formar parte de la cohorte.

Estos sujetos recibieron la intervención motivacional breve estandarizada para dejar de fumar y además una información detallada de los resultados de la espirometría; también se les ofreció acceso a la consulta del programa antitabaco de cada centro.

Seguimiento

A los sujetos de la cohorte se les realizó visitas de seguimiento a los 6 meses y al año, para comprobar si se había presentado algún cambio en su hábito.

Resultados

La muestra obtenida fue de 108 sujetos. La distribución por sexo: 76% hombres. Edad media: 58,1 años \pm 8,2.

Consumo acumulado de tabaco al inicio: 41,7 paq/año \pm 20,9 y consumo actual de 22,8 cig/día \pm 12,7.

Dependencia a la nicotina según el test de Fagerström de 4,7 \pm 2,3 y motivación para dejar de fumar según el test de Richmond de 5,5 \pm 2,7.

De los 108 sujetos, 83 participantes completaron el seguimiento, de los cuales 21 (25,3%) reportaron abstinencia a los 6 meses y 17 (20,5%) a 12 meses.

Entre los 62 sujetos que mantuvieron el hábito se confirmó una reducción del consumo (5,9 cig/día \pm 2,9) y menor dependencia a la nicotina (4,1 puntos \pm 2,6), pero sin cambios significativos en la motivación para dejar de fumar.

Discusión

Utilizar los resultados de la espirometría como herramienta junto con el consejo breve para ayudar a los fumadores asintomáticos para dejar el hábito tabáquico obtiene mejores tasas de abandono del hábito, según este estudio, que cuando solo se utiliza el consejo breve.

La espirometría es una técnica presente en la Atención Primaria, fácil de realizar con una buena preparación del personal que la realiza, aunque precisa de la participación activa del paciente.

La intervención que se propone es factible de ser utilizada en la consulta habitual de Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bednarek M, Gorecka D, Wielgomas J, Czajkowska-Malinowska M, Regula J, Mieszko-Filipczyk G, et al. Smokers with airway obstruction are more likely to quit smoking. *Thorax*. 2006; 61:869 -873.

Bize R, Burnand B, Mueller Y, Rège Walther M, Cornuz J. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2009 Issue 2 Art no. CD004705

Bize R, Cornuz J. Incentives to quit smoking in primary care. *BMJ* 2008; 336(7644): 567-8.

Gorecka D, Bednarek M, Nowinski A, Puscisnska E, Goljan-Geremek A, Zielinski J. Diagnosis of airflow limitation combined with smoking cessation advice increases stop smoking rate. *Chest*. 2003;123:1916-1923.

Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *Br J Addict*. 1991;86:1119 -1127.

Jiménez-Ruiz CA, Masa F, Miravittles M, Gabriel R, Viejo JL, Villasante C, et al. Smoking characteristics: differences in attitudes and dependence between healthy smokers and smokers with COPD. *Chest*. 2001;119:1365-70.

Kotz D, Wesseling G, Huibers MJ, van Schayck OC. Efficacy of confronting smokers with airflow limitation for smoking cessation. *Eur Respir J*. 2009;33:754 -762.

McClure JB, Ludman EJ, Grothaus L, Pabiniak C, Richards J. Impact of spirometry feedback and brief motivational counseling on long-term smoking outcomes: a comparison of smokers with and without lung impairment. *Patient Educ Couns*. 2010;80:280-283.

Morris JF, Temple W. Spirometric "lung age" estimation for motivating smoking cessation. *Prev Med.* 1985;14:655-662

Prochazka J, DiClemente C. Stages and process of self-change of smoking: towards and integrative model of change. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51:390-395.

Richmond RL, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction.* 1993;88:1127-1135.

Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008. Art. No CD000165. doi:10.1002/14651858.CD000165. pub3.

Wilt TJ, Niewoehner D, Kane RL, MacDonald R, Joseph AM. Spirometry as a motivational tool to improve smoking cessation rates: A systematic review of the literature. *Nicotine Tob Res.* 2007;9:21-32.

POSTER 79**AUTORES/AUTHORS:**

Joaquín Salvador Lima Rodríguez, Alejandro Jesús De Medina Moraga, Marta Lima Serrano

TÍTULO/TITLE:

LA INFLUENCIA DEL ALCOHOLISMO SOBRE LA SALUD FAMILIAR.

Objetivo: El alcoholismo de un miembro de la unidad familiar propicia que las funciones, psicosociales, espirituales y fisiológicas de la familia estén crónicamente desorganizadas, conduciéndola a conflictos, negación de los problemas, resistencia al cambio, solución inefectiva de los problemas y una serie de crisis autopérfua que denominamos procesos familiares disfuncionales. El propósito de esta revisión es conocer el estado actual de conocimiento al respecto del alcoholismo como acontecimiento vital estresante para la unidad familiar y sus consecuentes efectos sobre la misma.

Métodos: La estrategia de búsqueda incluyó las bases de datos Scopus, CINAHL y Pubmed, además, se examinaron las listas de referencias de los artículos incluidos. Criterios de selección: Para ser incluido, el artículo tenía que ser original, escrito en inglés o español, publicado en los últimos 5 años, referido a las consecuencias de alcoholismo sobre la unidad familiar, los hijos o el cuidador familiar, y la calidad de publicación ser media o alta, valorada mediante "Quality assessment tool for quantitative studies". La búsqueda, selección, obtención y análisis de los datos se realizó por dos revisores independientes usando herramientas estandarizadas, siguiendo las recomendaciones de la Declaración PRISMA1.

Resultados: Inicialmente se identificaron 439 artículos, se leyeron los resúmenes y seleccionaron 82 para leer los textos completos y valorar la calidad. Finalmente se seleccionaron 14. Los principales hallazgos se clasificaron en tres categorías: Impacto del alcoholismo sobre la unidad familiar, sobre los hijos, y sobre el cuidador familiar. Sobre la familia puede generar deterioro del clima social familiar, al producirse cambios en el entorno laboral y de relación con la comunidad, desorganización familiar crónica por falta de desempeño de roles, que se ven modificados dentro de la familia, problemas económicos por factores como los cambios laborales y el costo de las bebidas alcohólicas, alteración de las relaciones familiares o deterioro de la dignidad familiar, pudiendo existir violencia doméstica.2-7. Cuando la persona alcohólica es mujer, el estigma social que cae sobre ella es mucho mayor, lo que dificulta su recuperación, y por tanto el desarrollo de su familia, ya que suele ser la cuidadora familiar.8 El cuidador principal puede experimentar un cansancio del rol de cuidador, que se manifiesta por una baja autoestima, falta de apoyo, y sensación de alta dificultad para llevar a cabo los cuidados.9 Los hijos pueden recibir una atención insuficiente para cubrir sus necesidades, que pone en riesgo su crecimiento y desarrollo y puede generarles soledad, tristeza, fracaso escolar, miedo, rechazo, vergüenza, ocultamiento y deterioro de las relaciones con sus amigos.10, 11 En ocasiones éstos tratan de sustituir al alcohólicos en sus roles familiares, pudiendo dar lugar a la parentificación.7 Todo ello puede acarrearles problemas de salud mental, o conductas adictivas. Un alto porcentaje de alcohólicos son hijos de padres alcohólicos.12

Discusión. Existe evidencia de la influencia del enfermo alcohólico sobre la salud familiar, los hijos y el cuidador familiar. Conocerlas puede permitir a las enfermeras implantar buenas prácticas, en el abordaje de familias con algún miembro alcohólico, para ayudarles a mantener la salud familiar y la de cada uno de sus miembros. Las enfermeras ocupan una posición privilegiada para captar al paciente en cualquiera de los niveles de atención, y poner los medios necesarios para prevenir las consecuencias del alcoholismo sobre la salud familiar y la de sus miembros. El presente trabajo arroja luz sobre el alcoholismo como enfermedad que trasciende el plano individual para afectar a la familia como unidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1 Urrútia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*. 2010; 135 (11): 507–511.
- 2 Reinaldo AM, Pillon SC. Alcohol effects on family relations: a case study. *Rev Lat Am Enfermagem* 2008 Jul-Aug;16 Spec No:529-534.
- 3 Hosie P. The "silent epidemic": the damaging effect of alcohol misuse on British families. *J Fam Health Care* 2012 Sep-Oct;22(5):9-12.
- 4 Sugaya N, Haraguchi A, Ogai Y, Senoo E, Higuchi S, Umeno M, et al. Family dysfunction differentially affects alcohol and methamphetamine dependence: a view from the Addiction Severity Index in Japan. *Int J Environ Res Public Health* 2011 Oct;8(10):3922-3937.

- 5 Bailey RK, Patel TC, Avenido J, Patel M, Jaleel M, Barker NC, et al. Suicide: Current trends. *J Natl Med Assoc* 2011;103(7):614-617.
- 6 Lee A, Subramaniam M, et al. Stress-coping morbidity among family members of addiction patients in Singapore. *Drug Alcohol Rev* 2011;30(4):441-447.
- 7 Vernig PM. Family roles in homes with alcohol-dependent parents: an evidence-based review. *Subst Use Misuse* 2011;46(4):535-542.
- 8 Dos, Santos da R. The experience of caring for an alcoholic woman in the family [Portuguese]. *Rev Esc Enfermagem USP* 2012 04;46(2):364-371.
- 9 Antoine P, Quandalle S, Christophe V. Living with a chronically ill relative: Assessment of positive and negative dimensions of the experience of natural caregiver. *Ann Med Psychol* 2010;168(4):273-282.
- 10 Kelley ML, Klostermann K, Doane AN, Mignone T, Lam WKK, Fals-Stewart W, et al. The case for examining and treating the combined effects of parental drug use and interparental violence on children in their homes. *Aggression and Violent Behavior* 2010;15(1):76-82.
- 11 Eiden RD, Molnar DS, Colder C, Edwards EP, Leonard KE. A conceptual model predicting internalizing problems in middle childhood among children of alcoholic and nonalcoholic fathers: the role of marital aggression. *J Stud Alcohol Drugs* 2009 Sep;70(5):741-750.
- 12 Balsa AI, Homer JF, French MT. The health effects of parental problem drinking on adult children. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 2009;12(2):55-66.

POSTER 80**AUTORES/AUTHORS:**

Laia Wennberg Capellades, Lidia Segura Garcia, Mariona Portell Vidal, Joan Colom Farran

TÍTULO/TITLE:

Análisis de la relación entre la exposición a la publicidad de alcohol y el consumo de los menores en Cataluña

Introducción

Los jóvenes son uno de los grupos con mayor riesgo de padecer problemas con el alcohol. Cada vez hay más estudios europeos que evidencian que la publicidad de bebidas alcohólicas y las promociones de éstas incide en el consumo de los jóvenes, pero hasta el momento, existen pocos datos procedentes de la población catalana. Este trabajo forma parte de un proyecto Europeo.

Objetivo

Estudiar la exposición a la publicidad de alcohol de los adolescentes de 13-16 años de Cataluña y su relación con el consumo de estos adolescentes.

Objetivos secundarios

Describir el nivel de exposición de los jóvenes catalanes a la publicidad televisiva de bebidas alcohólicas.

Describir el nivel de exposición de los jóvenes catalanes a la publicidad vía patrocinio deportivo.

Describir las expectativas de los jóvenes, relativos al alcohol y las marcas de alcohol.

Estudiar la relación entre la intención de conducta del consumo de alcohol de los jóvenes y la exposición a la publicidad televisiva e internet.

Estudiar la relación entre la intención de conducta del consumo de alcohol de los jóvenes y la exposición a la publicidad de patrocinio deportivo.

Comparar el impacto relativo entre los tres tipos de publicidad sobre la intención de conducta de consumo de alcohol de los jóvenes.

Método

Estudio transversal, mediante un cuestionario, basado en el proyecto AMPHORA, que recoge información sobre un conjunto de variables de aspectos sociodemográficos, de consumo, percepción de riesgo, nivel de exposición a los medios de comunicación, publicidad de bebidas alcohólicas y patrocinio de bebidas alcohólicas en el deporte. Una de las aportaciones de este trabajo es el hecho de realizar una primera adaptación de este instrumento a lengua catalana.

La muestra final del estudio es de 805 jóvenes entre 13 y 16 años de cinco institutos de Barcelona, recogida durante los meses de Enero y Marzo de 2011.

Resultados

Los tres tipos de publicidad (televisiva, internet y patrocinio deportivo y musical), están relacionados significativamente con haber probado el alcohol y la intención de consumo de alcohol en los próximos 12 meses. Respecto a la exposición televisiva, aparece una relación estadísticamente significativa con el consumo de alcohol, a medida que aumenta la exposición, aumenta el consumo en los últimos 30 días. Y respecto a la utilización de internet, existe una relación estadísticamente significativa con el consumo de alcohol, a medida que aumenta el tiempo de utilización aumentan los jóvenes que prueban el alcohol, los que tienen intención de consumo en los próximos 12 meses.

Discusión

Se aprecia una similitud de los resultados de la muestra respecto al consumo de alcohol de los jóvenes, con los resultados de principales encuestas realizadas con muestras representativas a nivel de la ciudad de Barcelona y a nivel estatal.

Los resultados apoyan la importancia de que no solo nos debemos centrar en las políticas de publicidad de la televisión, ya que la publicidad en internet y los patrocinios deportivos y musicales están cogiendo más fuerza en los jóvenes, tal y como se expone en la publicación de la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol de la OMS (2010).

El 96% de los jóvenes recuerda haber visto anuncios de alcohol en la última semana, y de estos, el 40% recuerda haber visto 6 o más de estas características; y más del 90% reconoce algún eslogan de bebidas alcohólicas. Estos resultados, muestran que le prestan atención a los contenidos de este tipo de publicidad.

El problema del consumo de alcohol en los jóvenes es preocupante y retardar o prevenir su consumo es primordial para reducir los daños que en ellos ocasiona. Está en juego la sostenibilidad de nuestra sociedad, por lo que el estudio de los factores que inciden en el aumento del consumo por parte de los jóvenes, incluida la publicidad, ha de adquirir mucha centralidad en las políticas de alcohol europeas.

Todos los resultados obtenidos, se deben tener en cuenta cuando enfermería trabaja nuevas estrategias de promoción y prevención de la salud, para realizar una buena educación sanitaria a los jóvenes en los institutos y en los centros de atención primaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Anderson,P, Baumberg, B. L'alcohol a Europa. Prespectiva de la salut pública. Londres: Institute of Alcohol Studies; Junio 2006.

Nebot M, Garcia-Continente X, Pérez A, Ariza C, Espelt A, Pasarín M et al. Informe FRESC 2008. Taules exhaustives de 2n d'ESO. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2010. [en línea] 2010 [citado el 10 de Octubre 2010]. Disponible en: <http://www.aspb.cat>

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe de la encuesta estatal sobre so de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2008. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid, 2009. [en línea] Junio 2009 [citado el 10 de Octubre 2010]. Disponible en: <http://www.mspsi.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/desarrolloNotaPrensa.jsp?id=1563>

Anderson P, de Brujin A, Angus K, Gordon R, Hasting G. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. Alcohol Alcohol 2009 May-Jun;44 (3):229-43.

Robinson TN, Chen HL, Killen JD. Television and music video exposure and risk of adolescent alcohol use. Pediatrics, 1998; 102:54.

Stacy A, Zogg J, Unger J, Dent C. Exposure to Televised Alcohol Ads and Subseqüent Adolescent Alcohol Use. 2004. American journal of health Behavior. 28(6): 495-509.

Van den bulck J, Beullens K. Television and music video exposure and adolescent alcohol use while going out. Alcohol Alcohol .2005, 40(3): 249-253.

Connoly GM, Casswell S, Zhang JF, Silva PA. Alcohol in mass media and drinking by adolescents: a longitudinal study. 1994. Addiction, 89: 1255-1263.

Smith LA, Foxcroft DR. The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: systematic review of prospective cohort studies. *BMC Public Health* 2009;9-51.

POSTER 81**AUTORES/AUTHORS:**

Solanger Hernández Méndez, Azucena Coronado Gómez, Rafael León Perez, Esther Quiles Carrillo, Belen Llamas Martinez, Maria José Periago Gimenez, Encarnación Chico García, Magdalena Inma Rojo Canovas, Alejandra Gris Jodar

TÍTULO/TITLE:

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LA ATENCIÓN RECIBIDA AL ALTA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

INTRODUCCIÓN: Como motor y eje del sistema sanitario, el paciente es el evaluador de la calidad asistencial prestada por los servicios de salud. Gracias a las opiniones subjetivas de los usuarios y su nivel de satisfacción se puede conocer la realidad objetiva de la situación del sistema de salud en un área determinada. Por ello, se pretende analizar la situación real de la atención, entre otras los cuidados de enfermería en un Hospital. Una de las formas que el personal tiene para evaluar la calidad es a través de los usuarios mediante cuestionarios de satisfacción de la asistencia sanitaria.

OBJETIVOS: Determinar el nivel de satisfacción de los pacientes en el momento del alta en un hospital universitario en las unidades de hospitalización, en relación a la atención recibida en sus aspectos: Cuidados de Enfermería, Atención Médica, Entorno Hospitalario, Experiencia en el Hospital, Información al Alta, Satisfacción General, Percepción de la Salud.

MATERIAL Y MÉTODO: Se ha realizado un estudio, descriptivo y transversal a los pacientes que recibieron el alta médica de diversas áreas de hospitalización durante los meses de febrero y marzo de 2013. Se utilizó el cuestionario de satisfacción de los pacientes utilizado en el proyecto RN4cast al que se le realizó una prueba piloto que alcanzó un alfa de Cronbach de 0,80. Los criterios de inclusión, por su parte, incluyen: a personas de ambos sexos, de todas las edades, que dieron su consentimiento verbal de participar en el estudio, que presentaban alguna patología sujeta a hospitalización, recibiendo el alta hospitalaria durante el tiempo en el que se recogían los datos y que han podido ser ayudados a leer y contestar el cuestionario por familiares o el encuestador en caso de deterioro visual o analfabetismo. Se han excluido diversas áreas como Cuidados Intensivos, Hospital de día o Urgencias por las características especiales de los pacientes y de las propias unidades. También han sido motivo de exclusión del estudio los pacientes que presentaban un deterioro cognitivo grave. Para los datos cuantitativos se realizó un análisis descriptivo, aportando las medias y desviaciones estándar, para las variables continuas más relevantes y la distribución de frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas. Los datos se introdujeron en una base de datos y el análisis se efectuó con el paquete estadístico SPSS para Windows versión 19.0.

RESULTADOS: Se obtuvieron 110 cuestionarios cumplimentados. La media de estancia fue de 6,41 días con una Desviación Típica de 6.95. El nivel de estudios fue de un 70.9 % para el Graduado Escolar o menos seguido de la Formación Profesional con un 10%. En cuanto a la Evaluación General en una escala de 0-10, valoran entre 9-10 la atención, 63.7% de los usuarios, entre 7-8: 30%, entre 5-6: 5.4% y con 4: 9%, no se identificaron puntuaciones menores. El 93,6% de los pacientes probable o definitivamente recomendarían ente hospital. Un 90,9% manifiestan que le han explicado los médicos, las enfermeras u otros profesionales los cuidados que deberá seguir después del alta. Sobre con qué frecuencia, tras pedir ayuda, ha sido atendido con la prontitud deseada un 8,2% manifestó que a veces, habitualmente un 21,8 y siempre el 68,2% de los pacientes encuestados.

CONCLUSIONES: El nivel educativo es bajo y está en línea con la edad, donde destaca la franja de los 61 a 80 años. La percepción de salud en general es positiva. Sobre el cuidado enfermero, están satisfechos en un gran porcentaje, al igual que ocurre con la atención médica. Sin embargo, al comparar ambos datos, se observa que la satisfacción con el personal facultativo es levemente superior a la del personal de enfermería. En el caso de la asistencia para ir al baño o utilizar dispositivos de ayuda, hay buena satisfacción, aunque aparecen casos que afirman no haber recibido ayuda nunca. En la atención al dolor, resalta la gran satisfacción de la mayoría de pacientes. La información facilitada por los profesionales sobre la nueva medicación que están recibiendo, destaca la diversidad de respuestas y el alto porcentaje que afirman no haber recibido nunca información sobre el medicamento ni sobre los efectos indeseables. La información al alta es observada mayormente en el personal médico con respecto al de enfermería. Un porcentaje moderado expresó no haber recibido información por escrito sobre los problemas y síntomas que debe vigilar después del alta. Esto puede ser debido a que el momento de realizar el cuestionario se hizo antes de su recepción, por lo que existe una limitación a la hora de valorar esta pregunta. Por último, en la evaluación general del hospital, los usuarios están fuertemente satisfechos, salvo algunas excepciones que lo suspenderían, al igual que ocurre con la recomendación o no del centro. En algunas observaciones sobre su atención destaca la insatisfacción con la alimentación recibida y las circunstancias de ésta. Todo lo anteriormente expuesto puede ayudar al personal del hospital a conocer sus puntos fuertes y a mejorar ciertas áreas de la atención. En último lugar, se ha observado que, en relación con la elaboración del cuestionario, sería interesante añadir un área relacionada

con la alimentación hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. García Martín-Caro C. Martínez Marín M.L. Historia de la enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero. Ed Hartcourt. 2001. 208 p.
2. Álvarez de la Rosa A.E. Olivares Ramírez C. Cadena Estrada J.C. Olvera Arreola S.S. Satisfacción de los pacientes hospitalizados con la atención de enfermería. *Enf Neurol (Mex)* 2012. Vol. 11, No. 2: 68-72.
3. Ríos Castillo J, Avila Rojas T. Algunas consideraciones en el análisis del concepto: satisfacción del paciente. *Investigación y educación en enfermería* 2004; 22(2):128-137.
4. Delgado H.J. Serrano R. Escobar D. Ramírez O. Pierantozzi L. Competencia afectiva de la enfermera gerente del cuidado y satisfacción del paciente. *Portales médicos [Internet]* Universidad de Carabobo, Venezuela, 2010. [Publicado 2010 Oct. 26; consultado 2013 May. 22].
5. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Séneca. Madrid 2008.
6. López Montesinos, MJ. *Administrar en Enfermería hoy*. Murcia. Servicio Publicaciones, Universidad de Murcia, 1998.
7. España. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, de 29 de mayo de 2003, núm. 128, p. 20567.
8. García Mata J.R. Barrasa Villar J.I. Curso de gestión de calidad. Modelos de calidad. [Internet]. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. 2013. [Consulta: 2013May. 26]. Disponible en:
<http://www.ics-aragon.com/cursos/gestion-de-calidad/gestion-calidad-2013-1.pdf>
9. Castillo L., Dougnac A., Vicente I., Muñoz V., Rojas V. Los predictores de satisfacción de pacientes en un centro hospitalario universitario. *Rev. méd. Chile*. Santiago 2007 jun. v.135 n.6
10. Hernández Méndez S. *Enfermería en la promoción de la salud. Satisfacción de los usuarios [Tesis]*. Universidad de Carabobo, Valencia. Venezuela. 2003. 221 p.
11. Ervin NE. Does patient satisfaction contribute to nursing care quality? *J Nurs Adm*. 2006 Mar; 36(3):126-30.
12. Márquez M. La crisis no hace mella en la satisfacción del paciente. *Redacción médica [internet]* 2013 Feb. 11. nº 1848 [aprox 2 p.] [Consulta: 2013 May. 21].
13. Ministerio de sanidad, asuntos sociales e igualdad. *Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud*. Región de Murcia. Noviembre de 2011. [Publicado 2012 Mar. 1; consultado 2013 May 21]
14. Sermeus et al.: Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nursing* 2011, 10:6

POSTER 82**AUTORES/AUTHORS:**

MONTSERRAT NAVARRA LLORENS

TÍTULO/TITLE:

Incidencia de la PCR extrahospitalaria en una zona rural en el "Alt Pirineu"

Objetivos:

- Conocer la incidencia de la PCREH en "l'Alt Pirineu"
- Conocer los tiempos transcurridos desde la activación de los diferentes recursos y la llegada al lugar de la asistencia, la asistencia y el transporte.
- Determinar las características demográficas de las PCREH del "Alt Pirineu"
- Determinar la variabilidad de la PCREH según el día de la semana, mes y hora del día.

Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo sobre las PCREH que fueron atendidas por el SEM en el Alt Pirineu, durante el periodo de 1 de enero de 2010 a 1 de enero de 2012. La base de datos se genera a partir de los datos que se registran en la central del 061.

Resultados: En los dos años de estudio, el total de PCREH que fueron atendidas por el SEM del Alt Pirineu fueron 33 casos. Un 33 % de los casos fueron mujeres y un 67 % hombre. La edad media fue de 69 años, con un rango intercuartil de 54 años. En el Alt Urgell se atendieron el 55% de la PCREH seguido del 21% de la Cerdanya, el 9% en el Pallars Jussà, el 9% en la Ribagorça y un 6% en el Pallars Sobirà. Los días de la semana en que se registran un mayor número de casos son domingo (21%) y martes (21%). Las horas en las que se produjeron un mayor número de casos fue por la tarde (48,5%), seguido por la mañana (39,4%) y por último la noche (12,1%). En el 57 % de los casos fue activada una USVB, incluso en 1 caso fueron utilizadas 2 USVB para el tránsito del paciente del helipuerto al hospital. En solo 2 casos fue utilizada la USVI, representando el 5 % del total, en estos 2 casos activaron también el SVA terrestre, el aéreo i SVB. El 84% de los casos fueron atendidos por una USVA-T, el 21 % fueron atendidos por un SVA-A. En aproximadamente el 84% de los casos se finalizó el servicio por éxito, solo un 12% fueron trasladados a un centro hospitalario.

Discusión: La incidencia de la PCREH en el Alt Pirineu, tal como era de esperar no ha sido más baja que en otras zonas de España, pero debido a la baja densidad de población la muestra de estudio no aporta datos significativos para el resto del mundo, siendo sin embargo interesantes para nuestra población. Posiblemente debido a la dispersión geográfica, los equipos SEM tienen una respuesta que oscila de los 8 a 14 minutos. A estos minutos se les debe sumar los minutos (aproximadamente 3) que la central tarda en activar el recurso adecuado. A pesar de las similitudes en las características de la población y la incidencia de la PCREH con otros estudios cabe destacar una gran diferencia que es el resultado final de las maniobras. En algunos estudios un 22-24% de las PCREH llegaban con vida al hospital, sin embargo en nuestro estudio solo un 12% de los pacientes fueron trasladados con vida a un centro hospitalario. Es por ello que creemos importante seguir esta línea de investigación en busca de los posibles factores que disminuyen la supervivencia de nuestra población.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Ballesteros Peña S. Supervivencia extrahospitalaria tras una parada cardiorrespiratoria en España: una revisión de la literatura. *Emergencias* 2013;25:137-42.

Berdowski J, Berg RA, Tijssen JGP, Koster RW. Global incidences of out-of-hospital cardiac arrest and survival rates: Systematic review of 67 prospective studies. *Resuscitation* 2010 11;81(11):1479-1487.

Jiménez Fàbrega X, Espila JL. Códigos de activación en urgencias y emergencias: La utilidad de priorizar. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 2010;33:77-88.

Lopez-Messa JB. Características generales de la parada cardiaca extrahospitalaria registrada por un servicio de emergencias médicas. *Emergencias* 2012(24):28-34.

Sasson C, Rogers MAM, Dahl J, Kellermann AL. Predictors of Survival From Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes* 2010 January 01;3(1):63-81

POSTER 86**AUTORES/AUTHORS:**

Judit Ramos Español, Ana Castanera Berdala, Ana Lavedán Santamaría, Inma Orduna Cortillas, Carlos Pardo Vaquero, Bárbara Latre Muzas, María Saenz Belmonte, Neus Bru Masip

TÍTULO/TITLE:

EL PODER LAS TIC'S EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Objetivo: Conocer las diferentes Tecnologías de la Información y la Comunicación en materia de Educación para la Salud útiles en la atención de enfermería.

Metodología: Se realizó una investigación documental a fin de analizar, a partir de una metodología cualitativa, las diferentes herramientas 2.0 disponibles en el marco de las TIC's, y útiles en la profesión de enfermería. El objeto de análisis fueron las diferentes herramientas 2.0 que giran entorno a la atención de enfermería. A su vez, fueron consideradas también aquellas webs, blogs, comunidades científicas y redes sociales con carácter multidisciplinar, y que también generan conocimiento y soporte ante las demandas y necesidades de la enfermería actual y de nuestros pacientes, quedando excluidos de nuestro análisis aquellos dirigidos explícitamente a las ciencias médicas. Las variables a estudio fueron el tema de trabajo, el tipo de herramienta 2.0, objetivos de la misma, autor y dedicación de éste, población diana, contenidos, fecha de inicio, frecuencia de publicaciones, número de visitas y capacidad de generar comentarios. Para la recogida de datos se llevó a cabo una profunda revisión del panorama 2.0 actual.

Resultados: Se analizaron un total de 15 herramientas 2.0, entre las que encontramos 7 blogs dirigidos a los profesionales de enfermería y 4 orientados a los e-pacientes. Se observó que muchos de los blogs quedaron vinculados a las redes sociales, siendo las más utilizadas para su difusión facebook y twitter. Otras asociaciones o comunidades científicas también hacen uso de las TIC's a fin de acercarse al colectivo enfermero y a los usuarios del sistema sanitario. En su gran mayoría, los editores son profesionales de enfermería, aunque también encontramos otras herramientas administradas por un equipo multidisciplinar. El principal objetivo compartido por todas ellas es lograr la máxima difusión de sus estrategias para la mejora, el cuidado de la salud de la población y fomentar un estilo de vida saludable. La frecuencia de publicación resultó variable en dependencia de la herramienta cuestionada, y a pesar de la posibilidad de producir comentarios, su frecuencia de publicación y la capacidad de generar comentarios no resultaron directamente proporcionales. La mayoría de las herramientas analizadas comienzan su andadura en el panorama 2.0 coincidiendo con el auge de las redes sociales.

Discusión: La importancia de las TIC'S en enfermería están permitiendo el desarrollo de nuevas estrategias, contribuyendo a mejorar los cuidados en salud mediante las herramientas 2.0 para beneficio de todos los usuarios. Así, es necesario un cambio en la manera de organizar la atención sanitaria, y dar a conocer a los profesionales de enfermería las nuevas estrategias de comunicación y los programas diseñados para la utilización de las herramientas 2.0. La adopción de estas nuevas tecnologías a nuestro alcance, resulta eficaz en la toma de decisiones, logrando una práctica enfermera de gran calidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Adell Segura J. Tendencias en educación en la sociedad de las tecnologías de la información. EDUTEC: Revista electrónica de tecnología educativa 1997(7):1.
- (2) Catalán JM, López Iglesias J. ¡Infórmate en Salud! Ediciones Eneida ed. Madrid; 2003.
- (3) Domínguez FJT, Domínguez MRR. Aplicaciones de Enfermería basadas en TIC ́s. Hacia un nuevo Modelo de Gestión. ENE, Revista de Enfermería. 2012;4(2).
- (4) Fernández García JJ, Consulting A. Salud 2.0: bienvenido al carnaval de la medicina participativa. 2010.
- (5) González EE. Comunidades web como herramienta para la promoción de la salud y prevención de enfermedades. Rev Esp Com Sal 2010;1(1):2-7.
- (6) Martínez ON. Comunidades de práctica 2.0 en el entorno de profesionales de la salud. 2011.

POSTER 87**AUTORES/AUTHORS:**

Virginia Esperanza Fernandez Ruiz, Josefa Guillermo Aliaga, Baldomero De Maya Sánchez, Micaela Barrancos Robles, Maria Dolores Carrillo izquierdo, Maria del Carmen Barbera Ortega, Maria Luisa Pérez Lapuente, Jose David Pastor Rodriguez, Jose Antonio Paniagua Urbano

TÍTULO/TITLE:

AUTOMEDICACIÓN EN CORVERA (MURCIA)

OBJETIVOS:

A lo largo de la historia de la humanidad, el autocuidado, es decir, el propio tratamiento de los signos y los síntomas de la enfermedad que las personas padecen, ha sido la forma más utilizada para el mantenimiento de la salud.

El ámbito familiar y social ha sido la fuente de conocimiento de las técnicas o remedios existentes en cada entorno cultural, traspasando verbalmente dichos conocimientos a las sucesivas generaciones.

Desde que existe constancia escrita, siempre ha existido un "experto" que poseía aptitudes para sanar, y que era a quien se recurría cuando el propio autocuidado no era suficiente para reestablecer la salud.

El cambio tecnológico y social y el papel que tradicionalmente realizaba el cuidador no se ha producido al azar, ni tampoco es exclusivo de España. En los últimos años los profesionales de enfermería de muchos países han pasado a tener un papel significativo y destacado en el ámbito del fomento y promoción de la salud tanto desde la Atención Primaria como de la Especializada.

Describir el conocimiento que tiene la población de Corvera (Murcia) sobre la automedicación.

(Estudio realizado en 33 mujeres y 55 hombres, en edades comprendidas entre 24 y 80 años en la población referenciada).

MÉTODOS

Investigación cuantitativa, con un diseño descriptivo no existiendo una secuencia temporal entre las variables, lo que corresponde a las características de un estudio transversal. Se realizó un cuestionario estructurado de 28 ítems que se pasó a la población de Corvera de manera no aleatorio-consecutivo. Sin criterios de inclusión ni exclusión. La encuesta se cumplimentó entre los meses de marzo y abril de 2008.

RESULTADOS

Se observó que la automedicación en esta localidad conlleva con frecuencia a la aparición de efectos no deseados, no solo cuando es excesiva e indiscriminada, sino también en su uso terapéutico, que precisa una valoración continua de la relación beneficio-riesgo.

DISCUSIÓN

Concluyendo, podemos decir que nos encontramos con un problema que progresivamente va en aumento, por lo que es necesario estudiarlo para poder actuar y solventarlo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1- Baos, (Página consultada el 20 de Diciembre de 2007). Estrategias para reducir los riesgos de la automedicación. Información Terapéutica de S.N.S, Vol.24, Nº 2000

Dirección URL:http://www.msc.es/estand_estudios/publicaciones/docs/20000-2

2- Enfermería Comunitaria. (Página consultada el 20 de Febrero de 2008).

Dirección URL:<http://www.enfermeríacomunitaria.org/-31k>

3- González López, E. Enfermería en atención primaria, retos para el milenio. Revista de Administración Sanitaria, Vol.; .Nº 18

Dirección URL:<http://www.administraciónsanitaria.com/RASPRIMER/18/akmo1.pdf>

4- Costa.M y López.E. Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar estilos de vida. Madrid: Ediciones Pirámide, 1998.

5- O.M.S. (Página consultada el 10 de Febrero de 2008). Promoción de la Salud.

Dirección URL:<http://who.int/pr/archive/docs/glosay-sp.pdf>

6- Tendencias y modelos más usados en Enfermería.

Dirección URL:<http://www.terra.es/personal//duenas/teorias7.htm-16k>

7- Centeno Marranillo, D. (Página consultada el 20 de enero de 2008). Automedicación en el distrito del Cáucaso: estudio de nivel y

factores asociados. Base de datos LICACS.2 (2):39-42

Dirección URL:<http://www.bireme.br/cgu-bin/wxislind.exe/iah/online/>.

8- Automedicación: riesgos y beneficios. Boletín Terapéutico Andaluz. Escuela Andaluza de salud Pública. Año 1996, Vol., Nº 5

9- Serrano González, M.I. Educación para la salud del siglo XXI. Comunicación y salud. Madrid: Díaz de Santos; 1998.

10- Diario Médico. (Página consultada el 2 de Marzo de 2008). La automedicación responsable puede ahorrar.

Dirección URL:<http://www.diariomédico.com/últimas/not.html>.

POSTER 90**AUTORES/AUTHORS:**

Candelas Laguna Peláez, Pilar Marqués Macías, M^a Rosa García Martín, M^a Jesús Llorente Castro, Almudena Cantalejo, Silvia Fernández Sánchez, M^a de las Nieves García Hernández

TÍTULO/TITLE:

IMPACTO DE UN PROYECTO PREVENTIVO DE DIABETES TIPO 2 EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE LOS PARTICIPANTES

JUSTIFICACIÓN

La calidad de vida es un concepto relacionado con el bienestar y depende de la satisfacción de las necesidades humanas. El uso de medidas de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) evalúan una amplia gama de dimensiones (1,2,3,4).

En el proyecto preventivo llevado a cabo en el Centro de Salud de Arévalo se realiza la medición con el instrumento 15D (5,6,7,8), conocer en que medida afecta la calidad de vida de los participantes es relevante para poner en marcha medidas estratégicas en planificación sanitaria (9,10,11).

OBJETIVO

Evaluar el impacto de un proyecto preventivo de diabetes tipo 2 en la calidad de vida relacionada con la salud de las personas participantes tras cinco años en el programa.

METODO

En el año 2006 se pone en marcha, por un equipo de enfermeras del Centro de Salud de Arévalo, el proyecto preventivo de diabetes tipo 2 DE_PLAN. A las personas susceptibles de ser incluidas en el proyecto, se les invita a participar en talleres con intervención educativa sobre hábitos saludables con evaluaciones anuales. En la metodología del proyecto se incluye la medición de la CVRS con el instrumento 15D. Incluye 15 dimensiones: Movilidad, Visión, Oído, Respiración, Dormir, Comer, Discurso, Eliminación, Actividades habituales, Función Mental, Discomfort, Depresión, Ansiedad, Vitalidad, Actividad sexual. Para cada dimensión, el encuestado opta por uno de los cinco niveles o grados que mejor describe su salud en ese momento, siendo el 1 el mejor y el 5 el peor, descritos con etiquetas.

La cumplimentación es auto-administrada. La duración es de 5-10 minutos. Se ajusta a la normativa de confidencialidad e incluye consentimiento informado.

El tipo de estudio utilizado es Cuasi-experimental, longitudinal prospectivo, con seguimiento a mayores de 70 años, de 45 a 70 años, inmigrantes y grupo control.

La medición de la calidad de vida se realiza antes y a los cinco años de la intervención. Las variables estudiadas son la edad, sexo, nivel educativo y las dimensiones del cuestionario 15D.

Se realiza un descriptivo de las características sociodemográficas y las frecuencias. La técnica de análisis se realiza por medio de Windows 2007 y EPI-INFO 2007. AVAR, ACOVAR.

RESULTADOS

Las personas susceptibles de participar eran 66, participan en la intervención 54. El estudio se realiza a 34 personas que acuden al control del 5º año, de los cuales 3 personas son del grupo control. Mujeres 16. La edad media de todos los grupos es de 69,5±4,94 años al inicio. Nivel educativo bajo (78%) y medio (22%).

La viabilidad y aplicabilidad del cuestionario ha sido del 100% de respuestas.

Las dimensiones de Función Mental, Depresión, Ansiedad y Función sexual han mejorado su puntuación a los 5 años ($p < 0,05$).

Destacamos que el 47% de la muestra al inicio indica signos de depresión y el 50% de ansiedad, reduciéndose al 5º año de la evaluación a 25% la depresión y el 32% la ansiedad.

Las dimensiones de Movilidad, Audición, Actividades habituales, Discomfort, Vitalidad y Respiración, han mejorado sin significación estadística.

Discurso, Comer y Dormir no han registrado cambios.

Visión y Eliminación han empeorado sus puntuaciones ($p < 0,05$).

El perfil 15D no difirió significativamente en cuanto al genero. Sin embargo hay un porcentaje mayor de hombres con discomfort que

las mujeres y estas tienen más disminuida la dimensión de actividades habituales.
No hubo asociación logística entre los participantes con menor formación educativa (OR= 0,6).
En el grupo control no se han detectados cambios en la puntuación 15D.

DISCUSIÓN

Parece existir un impacto positivo en la CVRS de los sujetos de la muestra con intervención preventiva durante cinco años.

Aunque hay evidencia de la asociación entre CVRS y el nivel de glucosa en población no diabética cuenta con escasa documentación(12). En este estudio se analiza la CVRS en personas con riesgo de padecer diabetes sometidas a intervención grupal sobre estilos de vida, evidenciando la mejora en dimensiones relevantes como el funcionamiento físico, salud en general, vitalidad y salud mental a los cinco años.

Consideramos que la reducción de la puntuación de depresión y la ansiedad pueda deberse a que la pertenencia a un grupo, la interacción y potenciación social, así como las intervenciones realizadas puedan favorecer la auto-percepción de mejora.

Se constatan en publicaciones que los hombres tienen mejor CVRS que las mujeres(10), en nuestro estudio no hay diferencias, observando que en los hombres la variable más influyente son los síntomas somáticos y en las mujeres las actividades habituales. El nivel de instrucción bajo-medio no ha sido determinante en las puntuaciones cognitivas ni tampoco la edad (10,11). El grupo control no ha tenido ningún cambio en las dimensiones de la calidad de vida, entendemos una limitación el reducido número de personas incluidas.

De los datos obtenidos en el presente estudio se infiere la necesidad de realizar nuevas observaciones con grupos de control más amplios para evidenciar si las diferencias entre grupos son significativas o no, así como la utilidad de los programas de intervención educativa en la mejora de la calidad de vida de los participantes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.- Calero J. Del Rey, Alegre E. El tratamiento y la calidad de vida. En Calero J. Del Rey, Herruzo R, Rodríguez F, editores. Fundamentos de Epidemiología Clínica. Madrid: Síntesis. p. 153:166
- 2.- Badia Xavier, García A F. La medición de la calidad de vida relacionada con la salud y las preferencias en estudios de investigación de resultados en salud. En: La Investigación de Resultados en Salud. Barcelona: Edimac; 2000. 61:78.
- 3.- Badia X, Carné X. La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico. Med Clinic (Bar)1998; 110 (14): 550:556.
- 4.- Badia X, Salamero M, Alonso J. La Medida de Salud. 2ed. Edimac. Barcelona 1999.
- 5.- Sintonen H. El 15D-medida de la salud relacionados con calidad de vida. I) (. La fiabilidad, validez y sensibilidad de su sistema descriptivo del estado de salud. Centro Nacional para la Evaluación de Programas de Salud, Documento de Trabajo 41, Melbourne 1994 (<http://www.buseco.monash.edu.au/centres/che/pubs/wp41.pdf>).
- 6.- Hawthorne G, J Richardson, Día NA. Una comparación de la Evaluación de la Calidad de Vida (AQoL) con otros cuatro instrumentos genéricos de servicios públicos. Ann Med 2001; 33: 358-370
- 7.- Mook J, Kohlmann T. Comparando preferencia basada en la calidad medidas de vida: resultados de los pacientes de rehabilitación con trastornos musculoesqueléticos, cardiovasculares o psicósomáticas Vida Qual Res 2008 abril; 17 (3) :485-495
- 8.- Stavem K. fiabilidad, validez y capacidad de respuesta de dos medidas de utilidad multiatributo en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica . Qual vida Res. 1999; 8: 45-54.
- 9.- Rafael Tuesca Molina: LA CALIDAD DE VIDA, SU IMPORTANCIA Y CÓMO MEDIRLA ,Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2005;

21: 76-86)

10.- Análisis de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en la Vejez desde una perspectiva multidimensional" realizado en España por Jose Javier Yanguas Lezaun facultad de medicina U.D.C.A.

11.- Simonaggio Stancampiano , B. Garzón Gómez , I.M. Brú Espino , E. Magaña Loarte:Medición de Calidad de Vida en Relación con la Salud en Ancianos ingresados en residencias de la ciudad de Talavera de la Reina"

12.- Miettola J, Niskanen LK, Viinamäki H, Sintonen H y Kumpusalo E. El síndrome metabólico se asocia con una alteración de la calidad relacionada con la salud de la vida; Estudio Lapinlahti 2005 . Res Vida qual 2008; 17:1055-62)

POSTER 92**AUTORES/AUTHORS:**

Letícia de Lima Trindade, Dalvana Roberta Facchini, Júlia Fabiana Silva, Willian Henrique dos Santos, Lucimare Ferraz, Carine Vendursculo, Simone Coelho Amestoy, Maiara Bordignon, Scheila Mai

TÍTULO/TITLE:

CUIDADORES DE PERSONAS MAYORES CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: LA SALUD EN INTRAFAMILIAR

Objetivo: conocer los desafíos enfrentados por los cuidadores de ancianos portadores de la Enfermedad de Alzheimer (EA) en el cuidado diario intra-familiar. Fue realizado un estudio descriptivo, con abordaje cualitativo. Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, de campo, que siguió el abordaje cualitativo. El escenario de la investigación fue el ambiente domiciliar de cuatro ancianos con diagnóstico de EA, que utilizan los servicios de un centro de salud de referencia de un municipio en el sur del Brasil. Se utilizó como instrumento de estudio una entrevista semi-estructurada, la cual fue evaluada y adecuada previamente por medio de una prueba de instrumento. Para mejor almacenamiento e interpretación de los datos, las entrevistas fueron grabadas en aparato Mp3, posteriormente transcritas, la cual fue analizada con aplicación del Análisis de Contenido. El proyecto fue sometido y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la UDESC, bajo la ley nº 117/2011. Resultados: Al analizar el perfil de los participantes la mayor parte son del sexo femenino, pero, ya se observa la inclusión de los hombres en las prácticas de cuidado. La media de edad de los cuidadores es de 40 años. Con relación al tiempo que los cuidadores dedican al anciano portador de EA, la media diaria de horas dedicadas al cuidado fue de 17,5 horas, siendo que dos pasan 24 horas realizando cuidados. Entre las dificultades y desafíos en el cuidado intra-familiar del anciano, se destacó la resistencia del anciano cuidado prestado, las condiciones ambientales inadecuadas y la escasez de recursos materiales en el cuidado intra-familiar. La poca y escasa infraestructura arquitectónica de la realidad brasileña, dificulta la participación de los ancianos en las actividades sociales y de utilización de los servicios y espacios públicos. La dependencia total y la ausencia de otros cuidadores, también es evidente en la realidad de los sujetos. Aún fue mencionada la presencia de otras patologías asociadas a EA entre los ancianos, entre ellas la infección urinaria y la depresión. Discusión: El conocimiento de la patología, la convivencia con observación y valorización de las diferentes expresiones (verbales, corporales, comportamentales) pueden mejor posibilitar y calificar el cuidado. La investigación dejó evidente la poca actuación de la asistencia de enfermería, en lo que concierne al soporte profesional al anciano con EA y su cuidador. Además de eso, la enfermería y el cuidador pueden juntos crear maneras de convivir con las situaciones más complejas, así como incentivar a buscar auxilio en los grupos de apoyo y de socialización de las angustias y dificultades decurrentes de esa condición. La asistencia calificada al anciano con EA y sus cuidadores requiere conocimiento clínico y prácticas especializadas y singulares, que se vuelvan, sobre todo, al acogimiento de esos individuos y promoción de su dignidad y calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Almeida KC, Leite MT, Hildebrandt LM. Cuidadores Familiares de Pessoas portadoras de Doença de Alzheimer: Revisão da literatura 2007. Rev. Eletr. Enf. 2009; 11(2):403-412.
- Carvalho AM, Coutinho ESF. Demência como fator de risco para fraturas graves em idosos. Rev Saud Publ. 2002; 36(4):448-454.
- Falcão DVS, Maluschke JSNFB. Filhas que cuidam de pais/mães com provável/possível Doença de Alzheimer. Estudos de Psicologia. 2008. 13(3):245-256.
- Caldeira APS, Ribeiro RCHM. O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. Arq Cien Saud. 2004; 11(2):sp.
- Inouye K, Pedrazzani ES, Pavarini SCI. Octogenários ecuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. Texto Contexto de Enfermagem. 2008; 17(2):350-357.
- García MA, Tajadura AMC, Gil MCB. Valoración del grado de dependencia de los pacientes mayores de 75 años que ingresan en la unidad de traumatología. Enfermería Global. 2011; 10(24):19-39.
- Freitas ICC, et al. Convivendo com o portador de Alzheimer: perspectivas do familiar cuidador. Rev Bras Enferm. 2008; 61(4):508-513.
- Lima LD, Marques JC. Relações interpessoais em famílias com portador da doença de Ministério da Saúde. Cuidar melhor e evitar a violência - Manual do cuidador da pessoa idosa. Brasília: DF: Secretaria especial dos direitos humanos; 2008.
- Alzheimer. Rev Psic. 2007; 38(2):sp.
- Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica nº 19. Brasília: DF; 2006.
- Spíndola T. Mulher, mãe e trabalhadora de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2000; 34(4):354-361.

Souza R, Skubs T, Bretas P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2007; 60(3):263-267.

Pestana LC, Caldas C. Cuidados de enfermagem ao idoso com demência que apresenta sintomas comportamentais. Rev Bras Enferm. 2009; 62(4):583-587.

POSTER 94**AUTORES/AUTHORS:**

Paloma Ruiz Hernández, Juan Luis González López, Luzdivina Fernández Muñoz, Consuelo Novella Aguilar, María Machicado Martín, Juliana González Martín, Javier Carcelén Peña

TÍTULO/TITLE:

CATÉTER PICC VERSUS CATÉTER RESERVORIO: EXPERIENCIA EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA

ANTECEDENTES Y OBJETIVO

La creciente demanda del catéter central de inserción periférica (PICC) se debe a los beneficios obtenidos frente a otro tipo de catéteres venosos centrales (CVC). Mientras cada dispositivo I.V lleva consigo el riesgo de infección, la magnitud del riesgo varía dependiendo del tipo de dispositivo utilizado. La elección de un tipo u otro de dispositivo se basa en las necesidades específicas y preferencias del paciente/médico, incluyendo la duración y frecuencia del uso del catéter.

En nuestra unidad se ha visto aumentada esta demanda debido a los tiempos de demora en la implantación del catéter reservorio, sustancias a infundir, su duración y al lecho vascular del paciente.

Nuestro objetivo principal ha sido registrar y analizar el uso del catéter central de inserción periférica (PICC) en nuestra unidad como alternativa al convencional catéter reservorio utilizado en pacientes oncológicos y trazar el perfil de los pacientes demandantes de este tipo de acceso venoso.

METODOLOGÍA

En 2012 se realizó un estudio retrospectivo observacional de todos los pacientes ingresados en nuestra unidad tanto de pacientes portadores de catéter reservorio como no portadores que precisaron de la implantación de un catéter PICC y que cumplían los criterios de inclusión establecidos.

Todas las variables se registraron en una base de datos tipo Excell y los check-list de verificación de inserción de vía central se enviaron a la unidad de Calidad para su registro y análisis posterior.

A todos los catéteres retirados ante síntomas clínicos de infección y sospecha de infección relacionada con catéter (BRC) se les realizó cultivo de punta y se enviaron al servicio de Microbiología.

RESULTADOS

En el año 2012 nuestro Equipo de Terapia Intravenosa (ETI) implantó un total de 589 catéteres PICC de los cuales 188 fueron implantados en pacientes oncológicos.

El número de ingresos en nuestra unidad fue de 780 pacientes, de los cuáles un 52% eran mujeres y un 48% hombres, de los cuáles un 49% no tenía implantado un catéter reservorio frente a un 51% que si lo tenía. La patología oncológica inherente a estos pacientes fue mayoritariamente cáncer de colon 35,98%, cáncer de pulmón 26,99% y cáncer de mama 17,93%.

El principal motivo de petición del catéter PICC fue la NTP (110 pacientes), seguida del mal acceso venoso (70 pacientes). Las complicaciones presentadas por ambos catéteres fueron: obstrucción (40 PICC /10 reservorio), sospecha de infección (29 /10), trombosis (0/2). Los microorganismos hallados en las puntas de catéter cultivados fueron: candida albicans, Staphylococcus aureus y staphylococcus epidermidis en catéteres PICC mientras que en reservorio se hallaron staphylococcus epidermis y Pseudomona aureginosa.

DISCUSIÓN

El catéter reservorio sigue siendo el más indicado para pacientes oncológicos con tratamientos de media-larga duración por su baja tasa de infección. Sin embargo no es el ideal para tratamientos diarios con nutrición parenteral (NTP). Además requieren de un tiempo de espera más largo para su implantación que el PICC.

La implicación clínica del catéter PICC se basa en que es una buena alternativa al reservorio en este tipo de pacientes para tratamientos de quimioterapia inferiores a 6 meses, pacientes que precisan de NTP y pacientes con un pronóstico no superior a 6-12 meses.

Además hemos podido comprobar que la tasa de complicaciones del PICC en nuestra unidad se encuentra dentro de los rangos reportados en la literatura.

El PICC supuso además un ahorro inmediato de 23600 € en pacientes oncológicos que no disponían de catéter reservorio.

Analizando las causas de retirada y malfuncionamiento del PICC sería recomendable reducir el nº miembros del ETI para asegurar la formación continua de todos los miembros y con ello lograr la disminución de complicaciones asociadas a la cateterización de este tipo de accesos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Hostal VL. Total intravenous nutrition with peripherally inserted silicone elastomer central venous catheter . Arch Surg 1975 ;110(5): 644-646.
2. Bottino J, McCredie KB, Groschel DH, Lawson M. Long-Term intravenous therapy with peripherally inserted silicone elastomer central venous catheter in patients with malignant diseases. Cancer 1979;43(5):1937-1943.
3. O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO, Lipsett PA, Masur H, Mermel LA, Pearson ML, Raad II, Randolph AG, Rupp ME, Saint S; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. Clin Infect Dis. 2011 May;52(9):e162–193
4. Preventing Central-Lines Associated Bloodstream Infections: A Global challenge, a Global perspective. The Joint Commission 2012.
5. Cardella JF, Cardella K, Bacci N, Fox PS, Post JH. Cumulative experience with 1273 PICC at a single institution. J Vasc Intervent Radiol 1996; 7(1): 5-13
6. Rojas G, Gerson R, Cervantes J, Arcos L, Villalobos A. Reservorio subcutáneo venoso como acceso vascular en el paciente oncológico. Rev Inst Nal Cancerol (Mex) 1997; 43: 136-141. Johnson J. Complications of vascular access devices. Emer

POSTER 95**AUTORES/AUTHORS:**

Joaquín Tomás-Sábado, Montserrat Edo-Gual, Pilar Fernández-Narváez, Lidia Fernández-Donaire, Cristina Monforte-Royo, Jorge Maté-Méndez, Amor Aradilla-Herrero

TÍTULO/TITLE:

METODOLOGÍA DELPHI EN LA VALIDACIÓN DE LA ETIQUETA DIAGNÓSTICA TEMOR AL PROCESO DE MORIR

INTRODUCCIÓN

En el contexto de los cuidados en el proceso de final de vida, la enfermera debe dar respuesta a situaciones altamente complejas relacionadas frecuentemente con el sufrimiento del paciente y familia [1, 2]. En este sentido, es importante identificar los problemas de enfermería más frecuentes, los factores causantes y las manifestaciones que los definen. Para ello, es necesario utilizar un lenguaje estandarizado que permita la recogida y la gestión de información para unificar la comunicación, así como reflejar la complejidad y diversidad de la práctica en la formulación de los diagnósticos enfermeros [3]. La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) [4] optimiza la gestión de esta información mediante las distintas etiquetas diagnósticas, que pretenden describir las respuestas de las personas a situaciones concretas que a su vez requerirán unas intervenciones programadas para conseguir los resultados esperados. En este sentido, la propuesta de una nueva etiqueta diagnóstica enfermera en el ámbito de los cuidados al final de la vida, "Temor al proceso de morir", permite cumplir los anteriores objetivos, delimitando con exactitud los cuidados enfermeros necesarios formulados en base al lenguaje estandarizado. Por otro lado, la nueva etiqueta constituye un complemento necesario y diferenciado de la etiqueta diagnóstica "Ansiedad ante la muerte" aprobada por la NANDA en el año 2006. Así, mientras que la etiqueta ansiedad ante la muerte se refiere a aquellas situaciones experimentadas ante la idea de la propia muerte, el estado emocional manifestado como la anticipación del sufrimiento, dolor y pérdidas que acompañan el proceso de morir, debería etiquetarse como temor al proceso de morir y no como ansiedad ante la muerte ya que es inadecuado asociar el miedo a estímulos no objetivables o de naturaleza desconocida [5,6].

Son pocas las etiquetas diagnósticas sometidas a un proceso de validación, lo que puede dificultar el desarrollo de la evidencia científica en el ámbito enfermero. El proceso de validación de la etiqueta diagnóstica, sus factores relacionados y características definitorias debe sustentarse en el rigor metodológico para disminuir ambigüedades y garantizar una mayor seguridad en el manejo de los planes de cuidados específicos. Para ello, es adecuada la utilización del método Delphi, que permite, además, recoger el conocimiento de profesionales expertos, generar discusión y obtener un consenso [7,8].

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es describir el proceso de validación de la etiqueta diagnóstica enfermera "Temor al proceso de morir" mediante la metodología Delphi.

MÉTODOS

El proceso de validación se realizó en varias fases:

- 1) Elaboración de la definición de la etiqueta diagnóstica, sus características definitorias y los factores relacionados a partir de una revisión bibliográfica.
- 2) Selección del grupo de expertos formado por profesionales relacionados con el ámbito de los cuidados paliativos en diferentes disciplinas: enfermeras, psicólogos, religiosos, asistente social, médicos...
- 3) Elaboración y entrega a los expertos de un protocolo justificativo explicativo del proyecto.
- 4) Elaboración de un cuestionario para categorizar la definición, los factores relacionados y las características definitorias.
- 5) Administración del cuestionario al grupo de expertos.
- 6) Análisis de los datos mediante el paquete estadístico SPSS 20.0 para Windows y elaboración de un nuevo cuestionario basado en los resultados obtenidos, que tras una nueva administración permitió llegar a las conclusiones definitivas que reflejaban el máximo consenso.

RESULTADOS

El cuestionario inicial contenía la categorización de la definición de la etiqueta diagnóstica, 16 características definitorias y 17

factores relacionados. Tras las sucesivas evaluaciones de los expertos, se conservaron aquellas características y factores que obtuvieron una mediana >3 y se añadieron aquellas sugeridas por los expertos, resultando un total de 15 características definitorias y 19 factores relacionados.

Asimismo, se introdujo alguna modificación menor tanto en la definición de la etiqueta como en la formulación de características y factores.

DISCUSIÓN

El proceso de validación de la etiqueta diagnóstica metodológicamente contrastado, permite establecer una definición, características y factores relacionados consensuados, claros y precisos, que facilitan el desarrollo de unas intervenciones de enfermería adecuadas.

Este proceso de validación aporta una mayor consistencia a la definición y utilización de la etiqueta diagnóstica enfermera "Temor al proceso de morir". Por último, cabe destacar que todo este proceso aumenta la evidencia científica en el ámbito enfermero y garantiza una mayor seguridad en la práctica profesional.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

REFERENCIAS

1. Gray B. The emotional labour of nursing defining and managing emotions in nursing work. *Nurse Education Today*. 2009; 29(2):168-75.
2. Bayés R, Limonero J, Buendía B, Burón E, Enríquez N. Evaluación de la ansiedad ante la muerte. *Medicina Paliativa*. 1999; 6:140-3.
3. Fehring RJ. Validating diagnoses labels: Standardizing methodology. In: M H, editor. *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the sixth conference*. St Louis: NANDA; 1986; p. 183-90.
4. North, American, Nursing, Diagnosis, Association, (NANDA). *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2001-2002*. Madrid: Harcourt; 2001.
5. Akins RB, Tolson H, Cole BR. Stability of responses characteristics of a Delphi panel: application of bootstrap data expansion. *BMC, Medical Research Methodology*. 2005; 1(5):37.
6. Donohoe H, Stollefson M, Tennant B. Advantages and Limitations of the e-Delphi Technique: Implications for Health Education Researchers. *American Journal of Health Education*. 2012; 43(1):38-6.
7. Tomas-Sabado J, Gomez-Benito J. Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 2003; 56(3):257-79.
8. Edo-Gual M, Tomás-Sábado J, Aradilla-Herrero A. Fear of death among nursing students. *Enfermería Clínica*. 2011; 21(3):129-35.

POSTER 96

AUTORES/AUTHORS:

M. Carmen Olivé Ferrer, M. Pilar Isla Pera

TÍTULO/TITLE:

La fibromialgia desde la perspectiva de personas afectadas y sus familias

Introducción: la fibromialgia (FM) es una enfermedad crónica de difícil manejo clínico, de gran impacto social y con una prevalencia en España del 2,4%, 4,2% en mujeres y 0,2 en hombres, podría representar 700.000 personas en el país (Carmona, Ballina, Gabriel, Laffon, 2001). La American College of Rheumatology la describe en 1990 y la OMS la acepta en 1992. Se manifiesta con dolor crónico persistente y generalizado, astenia, disautonomía, rigidez matutina, sueño no reparador, sintomatologías cardiovasculares y gastrointestinales, fatiga y sensibilidad a múltiples agentes químicos (Goldenberg, 2003).

Objetivos: Describir y analizar la vivencia de la FM desde la perspectiva de personas afectadas y familiares. Aportar conocimiento científico para la práctica.

Método: Metodología cualitativa y etnografía enfocada que estudia un conflicto en un contexto determinado (Muecke, 2005), se selecciona la FM. Información: observación participante y entrevistas en profundidad, grabada y transcrita literalmente, se hace análisis del discurso. Sujetos de estudio: dos hombres y 12 mujeres con FM y dos parejas y un hijo de mujeres con FM. Edades entre 17 y 64 años; tiempo de espera para el diagnóstico de uno a 30 años. Se atiende a aspectos éticos y legales.

Resultados y análisis: 1) Tiempo de espera incertidumbre e informaciones encontradas: "los médicos me decían que no había nada (...) ella no estaba bien, yo pensaba que no me engañaba pero 6 años así es difícil, nos informamos por Internet". Malestar percibido con mensaje clínico de normalidad: "Me mandaban al psiquiatra". El diagnóstico representa felicidad: "el día del diagnóstico fue un día muy feliz, muy feliz, lo que decía no era invención", pero el día siguiente es tan difícil como el anterior: "no puedo planificar nada, la agenda no sirve". Es importante el diagnóstico, Martínez dice que les permite comprender el fenómeno (Martínez Marcos, 2009). Carmona describe que la energía se dedica a mejorar la calidad de vida y no a buscar el nombre del malestar (Carmona, 2006). 2) Día a día significa un cambio de vida: "si cojo el tren tengo que buscar el vagón con lavabo, me duele... me avergüenza", aprenden a organizarse: "cocinas y congelas cuando estas bien" y dan otro valor a las cosas: "trabajaba y ahora no puedo (...) pero me recreo en las cosas pequeñas y veo el lado positivo". Hay quien intenta pactar con la enfermedad: "si me dejas vivir te dejo vivir, tengo derecho a vivir mi vida y ser feliz". 3) Apoyo social de familias y amistades es esencial para mejorar: "tengo la misma pareja, pero es muy difícil... no te ayuda en tu autoestima". Las parejas que se mantienen muestran mucho compromiso: "él es muy comprensivo... solo temo que enferme". También hay divorcios e incomprensiones: "si me abraza y le digo que me duele... me dice que parezco de azúcar". Unas amistades se pierden: "justificarse es agotador y hay quien no quiere oír lamentos". Otras se mantienen: "cuando hacemos una cena ella está en el sofá, no le dejan hacer nada, pero el teatro se acabó, no se puede programar". 4) Tienen motivación para el trabajo, remunerado y de cuidado: "la gente cree que no vas a trabajar porque tienes mucho morro... mi profesión me llena y si me puedo organizar, aunque hago más horas lo puedo compaginar, pero me lo han quitado". "Su trabajo tiene más valor, no lo hacen por el dinero sino por sentirse bien". 5) Profesionales clínicos: "tardaron mucho en diagnosticarme, buscaban algo grave" "hay de todo... unos piensan que te lo inventas, otros te ayudan". "Mi médico de cabecera me recetó medicinas que no me los quisieron dar en la farmacia, me dijeron que eran de caballo" "no sé que hacéis las enfermeras". 6) Tienen fuerte adherencia al tratamiento, atendiendo al riesgo/beneficio: "de lo que me recetan tomo lo mínimo, lo consulto siempre", buscan tratamientos complementarios aunque estos no estén en la cartera de servicios públicos: "no todo el mundo se puede financiar la piscina o el yoga". 7) Asociaciones cubren carencias de las instituciones públicas: "yo voy cuando hacen charlas" "yo fui y me puse peor" "yo a la semana del diagnóstico ya fui, me ayudaron y ahora ayudo a las nuevas". Hay quien piensa que sería interesante que hubiera profesionales: "profesionales para ahuyentar a farsantes" "profesionales sin ansias de control y poder, con un componente vocacional". 8) Piensan poco en el futuro: "que sea como el presente... ir tirando".

Discusión: La vivencia de la FM arrastra muchos prejuicios que no se basan en evidencias. Hay un antes y un después del diagnóstico pero las personas afectadas se ocupan para conocerse, gestionar su vida y adquirir una adaptación harmónica que les ayude en todos los ámbitos de su vida, esto, a menudo, sin contar con la ayuda necesaria de los profesionales. El sesgo de género se evidencia para ambos sexos, es difícil ser hombre con un diagnóstico de mujeres y es difícil ser mujer con una enfermedad estigmatizada.

Implicación para la práctica: la experiencia de vida en la FM nos permite incorporar este saber a los cuidados. Podemos atender al malestar y al dolor percibido sin esperar un diagnóstico médico. Asentar la práctica profesional en la investigación es la mejor

estrategia para ofrecer cuidados individualizados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Carmona, L., Ballina, J., Gabriel, R., Laffon, A. (2001). The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Annals of the rheumatic diseases*, 60, (11) 1040–1045.

Carmona, L. (2006). Revisión sistemática: ¿el diagnóstico en sí de fibromialgia tiene algún efecto deletéreo sobre el pronóstico? *Reumatología Clínica*, 2, 52-57.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, (2010). Classificació estadística internacional de malalties i problemes relacionats amb la salut, CIM-10. Recuperat 22 setembre 2012, a

http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/cmbd/CIM10/CIM10_vol1_Complet_Actualitzacions2008.pdf

Goldenberg, D. L. (2003). *Fibromialgia, una guía completa para comprender y aliviar el dolor*. Barcelona: Paidós.

Martínez Marcos, M. (2009). Experiencias y vivencias de mujeres con fibromialgia. *Metas de enfermería*, 12 (6) 26-30.

Muecke, M. (2005). Sobre la evaluación de las etnografías. Dins J. M. Morse, *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa* (p. 243-268). San Vicente de Raspeig: Publicaciones Universidad de Alicante.

Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M.A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Yunus, M. B. et al. (2010). The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care & Research*, 62 (5) 600-610.

POSTER 103

AUTORES/AUTHORS:

Núria Albacar Riobóo, Mar Lleixà Fortuño, M^a Teresa Lluçh Canut, Juan Roldan Merino, M^a Teresa Salvador Usach, M^a Pilar Montesó Curto, Lúdia Sarrió Colas, Encarnación Bofill Accensi, Bárbara Adell Argento

TÍTULO/TITLE:

MEJORAR EL AUTOCUIDADO Y LA SALUD MENTAL POSITIVA DE CUIDADORAS DE PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA. PRUEBA PILOTO

1. Objetivo

Identificar las áreas de intervención de enfermería que se deben realizar a las cuidadoras de personas con esquizofrenia para mejorar el nivel de autocuidado y la salud mental positiva.

2. Métodos

Ámbito: Fundación Pere Mata Terres de l'Ebre.

Diseño: estudio descriptivo, analítico y transversal. Metodología cuantitativa.

Muestra: cuidadoras de personas con esquizofrenia. Prueba piloto: 18 cuidadoras

Variables: Variables sociodemográficas, Salud mental positiva y Requisitos de autocuidado

Instrumentos: Cuestionario de variables sociodemográficas de la cuidadora. Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA), Roldan 2009. Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+), Lluçh 1999.

Análisis estadístico: Descriptivo (media y desviación estándar). Asociación de variables: coeficiente de correlación Spearman.

3. Resultados

Cuestionario de variables sociodemográficas del/a cuidador/a:

Edad: 63.1 años \pm 9.3

Sexo: Mujer: 16 (88.9%)

Hombre: 2 (11.1%)

Parentesco con la persona cuidada: Madre: 14 (77.8%)

Hermana: 2 (11.1%)

Padre: 2 (11.1%)

Abandono del trabajo por el hecho de cuidar: Si: 5 (27.8%)

No: (72.2%)

Tiempo que lleva cuidando: Menos de 10 años: 4 (23.5%)

Más de 10 años: 13 (76.5%)

Cuidadora alternativa: Si: 4 (26.7%)

No: 11 (73.3%)

Tipo de relación con la persona que cuida: Agradable: 8 (50%)

Difícil: 8 (50%)

Tipo de cuidado: Supervisión: 4 (25%)

Cuidados físicos: 1 (6.3%)

Cuidados psicológicos: 3 (18.8%)

Cuidados físicos y psicológicos: 8 (50%)

Participa en programas de soporte a la cuidadora:

Si: 3 (18.8%)

No: 13 (81,3%)

Calificación del estado de salud actual (0= peor estado de salud y 10=mejor estado de salud): 6.2 \pm 1.6.

Escala de Requisitos de Autocuidado

Puntuación ERA: 58 \pm 15 (máximo 87 y mínimo 39).

Correlación factores ERA:

- F1: Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos: correlación con factor 3 ($p = 0.003$) y 6 ($p = 0.000$)
- F2: Provisión de cuidados asociado con los procesos de eliminación: correlación con factor 3 ($p = 0.041$) y 6 ($p = 0.049$)
- F3: Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo: correlación con factor 1 ($p = 0.003$), 2 ($p = 0.041$), 4 ($p = 0.041$), 5 ($p = 0.006$) y 6 ($p = 0.000$)
- F4: Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social: correlación con factor 3 ($p = 0.041$)
- F5: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano: correlación con factor 3 ($p = 0.006$)
- F6: Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales: correlación con factor 1 ($p = 0.000$), 2 ($p = 0.049$) y 3 ($p = 0.000$)

Cuestionario de Salud Mental Positiva

Puntuación CSM+: 124.8 ± 15.3 (máximo 146 y mínimo 103)

Correlación factores del CSM+:

- F1: Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos: correlación con factor 3 ($p = 0.018$), 4 ($p = 0.000$) y 5 ($p = 0.008$)
- F3: Autocontrol: correlación con factor 1 ($p = 0.018$), 4 ($p = 0.015$) y 5 ($p = 0.006$)
- F4: Autonomía: correlación con factor 1 ($p = 0.000$), 3 ($p = 0.015$) y 5 ($p = 0.020$)
- F5: Resolución de problemas y autoactualización: correlación con factor 1 ($p = 0.008$), 3 ($p = 0.006$), 4 ($p = 0.020$) y 6 ($p = 0.027$)
- F6: Habilidades de Relación Interpersonal: correlación con el factor 5 ($p = 0.027$)

Existe relación estadísticamente significativa entre ERA y CSM+ ($p = 0.049$)

4. Discusión

Las cuidadoras que obtienen puntuaciones bajas en el CSM+ obtienen las puntuaciones más altas en la ERA, por lo tanto las personas con los niveles más bajos en salud mental positiva presentan también un mayor déficit de autocuidados. Estos resultados justifican la necesidad de intervención enfermera en estas áreas.

El diseño de programas para mejorar el nivel de autocuidado de las cuidadoras deberá estar dirigido principalmente hacia el "Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo" ya que es el único factor de la ERA que está correlacionado con todos los factores. En relación con el CSM+ se deberá intervenir en la "Resolución de Problemas y autoactualización" al ser el que correlaciona con más factores.

A partir de estas conclusiones se deberían identificar las intervenciones de enfermería para mejorar el estado de salud de las cuidadoras de personas con esquizofrenia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Ferré Grau, C., Rodero Sánchez, V., Vives Relats, C. y Cid Buera, D. (2008). El mundo del cuidador familiar: Una visión teórica y un modelo práctico para el cuidado. Tarragona: Silva.

Masanet, E. y La Parra, D. (2009). Los impactos de los cuidados de salud en los ámbitos de vida de las personas cuidadoras. RES. Revista Española De Sociología, 30(11), 13-31.

Lluch Canut, MT. (2000) Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva. Barcelona: Tesis Doctorals en Xarxa. Disponible en: <http://www.tesisenxarxa.net/>. Consultado el: 2 de diciembre de 2012.

Roldán Merino, JF. (2011). Estudio métrico de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA), basada en la Teoría de D. Orem para pacientes diagnosticados de esquizofrènia. Barcelona: Tesis Doctorals en Xarxa. Disponible en: <http://www.tesisenxarxa.net/>. Consultado el: 2 de diciembre de 2012.

POSTER 104**AUTORES/AUTHORS:**

Iris Herrera Chacón, Albert Alcántara Román, Ixena Andersson Vila, Xenia Bosacoma Font, Alba Castro Vilardebó, Brisa Domenech, Silvia Jambert Jiménez, Lourdes Lafuente Lluçà, Marta Mínguez Pallares

TÍTULO/TITLE:

Esquizofrenia y terapias complementarias: Revisión bibliográfica.

1. Objetivo

Identificar las terapias complementarias utilizadas en el tratamiento de la esquizofrenia y describir su efectividad.

2. Métodos

Se ha realizado un estudio descriptivo observacional transversal, entre los meses de abril y mayo de 2013, en el Tecnocampus Mataró - Maresme.

Se realizó una búsqueda de fuentes primarias y revisiones sistemáticas en bases de datos y fuentes bibliográficas nacionales e internacionales (Cuidatge, Cuiden, Cochrane, Medline-Pubmed, Elsevier, Embase, Scopus, Toxnet, Scielo y Google Scholar), utilizando las palabras clave: esquizofrenia, terapias naturales/alternativas/complementarias. Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: artículos, revisiones y tesis doctorales de acceso libre; publicados desde el año 2000 hasta la actualidad; en lengua inglesa y castellana. Quedando excluida toda publicación que no cumpliera con dichos criterios o que tratara terapias aplicadas habitualmente en la medicina convencional. Se obtuvo una muestra final de 31 documentos (n=31).

3. Resultados

Se analizó la muestra describiendo las bases de datos y fuentes bibliográficas dónde se encontraron las publicaciones, el Impact-Factor de las revistas, el tipo de diseño de las publicaciones, los tipos de terapias encontradas y su efectividad.

Las fuentes bibliográficas PubMed y Cochrane fueron las que proporcionaron mayor volumen de publicaciones, 15 y 9 respectivamente. El 61% de la muestra fueron revisiones sistemáticas, el 29% artículos de diseño casi experimental, el 7% experimentales y un 3% de diseño cualitativo. 16 publicaciones se extrajeron de revistas con un Impact-Factor mayor a 4.

Referente al tipo de terapias para tratar la esquizofrenia, el 29% de las publicaciones se basaron en las terapias artísticas, un 20% en la fitoterapia, un 16% en la acupuntura y otro 16% en el yoga.

En cuanto a la efectividad de las terapias, se clasificaron los artículos en función de si los resultados fueron efectivos estadísticamente o, por el contrario, no concluyentes. Las terapias con mayor número de publicaciones revelaron que aproximadamente el 50% obtuvo resultados efectivos y otro 50% resultados no concluyentes.

4. Discusión

Los artículos encontrados fueron publicados en revistas con alto Impact Factor, hecho que otorga rigor y credibilidad a la muestra trabajada.

La mayoría de los textos analizados combinan terapia complementaria con tratamiento farmacológico estándar, hecho que se explica por la cautela de los investigadores de usar únicamente terapias no demostradas científicamente como efectivas.

Muchos artículos tienen resultados no concluyentes debido a que las intervenciones se realizaron en tiempos de estudio cortos o sobre muestras de pacientes recudidas. No obstante, ninguna de las terapias ha sido demostrada inefectiva o perjudicial para tratar estos pacientes.

Así, son necesarios más estudios rigurosos para demostrar la efectividad las terapias complementarias para tratar pacientes con esquizofrenia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Martín García-Sancho JC. Epidemiología. En: Martín García-Sancho JC. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental [sede web]. Murcia: Subdirección de Salud Mental. Servicio Murciano de Salud; 2009. p. 12-13 – [acces 23 d'Abril de 2013]. Disponible a: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf

Arango C. Panorama de las enfermedades mentales en España [sede web]. En: Honorato J. Presente y futuro de las enfermedades mentales más prevalentes. Madrid: INESME; 2011. p. 9-13 – [acces 23 d'Abril de 2013]. Disponible a: <http://www.inesme.com/pdf/informedicieembre11.pdf>

Tajima K, Fernández H, López-Ibor J.J, Carrasco J.L, Díaz M. Tratamientos para la esquizofrenia. Revisión crítica sobre la farmacología y mecanismos de acción de los antipsicóticos [sede web]. Actas Esp Psiquiatr. 2009; 37(6):330-342. Disponible a: <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/10/60/ESP/330-342-Tratamiento%2BCast.pdf>

Infermeria Virtual [sede web]. Barcelona: Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona; [accés 26 d'Abril del 2013]. De Saura Portillo E, Bayego i Salvador M. Què cal saber: Teràpies complementàries. Disponible a: http://www.infermeravirtual.com/cat/problemes_de_salut/tractaments/terapies_complementaries#informacio_general

POSTER 106**AUTORES/AUTHORS:**

M^a Jesus Medialdea, Anna Bocchino, Maria Dueñas, Isabel Lepiani, Irene Mancilla, Ester Gilart

TÍTULO/TITLE:

El diseño de entorno de aprendizaje constructivista relacionado a la práctica clínica de los estudiantes de Grado de Enf

Objetivos: El siguiente estudio tiene como finalidad fortalecer y consolidar una comprensión global de las enfermedades basada en una valoración cuantitativa y holística en el estudiante de enfermería y resolver la falta de integración-coordinación entre las diferentes asignaturas. Los objetivos de esta investigación, en los que se ha pretendido que los estudiantes trabajen, no solo para aprobar, sino que adquieran conocimientos para su formación, y que les sean útiles para abordar su práctica y su formación profesional (Krief Bernard 1998), se recogen en los siguientes puntos:

1. Proveer al estudiante de enfermería de una habilidad perceptual que le permita reconocer configuraciones y relaciones entre las diferentes asignaturas.
2. Comprometer a los alumnos en la elaboración del conocimiento mediante una técnica de aprendizaje cooperativo de manera que haya varias perspectivas simultáneamente.
3. Establecer una coordinación y colaboración con los coordinadores de prácticas enfermeras para evaluar el progreso del estudiante antes y después el desarrollo del proyecto.
4. Diseñar y elaborar material docente presentado en un sistema DVD de Flash player, que permita al alumno interactuar con la documentación proporcionada e integrar las diferentes asignaturas a partir de una enfermedad tratada.

Método: Las actividades planteadas se estructuran en cuatro fases:

1. Primera fase: Se organizaron dos reuniones entre los coordinadores de Practicum de la Escuela, y los de los centros de atención primaria y hospitales, para concretar las enfermedades más prevalentes sobre las cuales intervenir y actuar. Se decidió que se tratara de la Diabetes ya que, una de las claves del éxito de esta metodología, era que los problemas fueran interesantes y atractivos de resolver, puesto que la motivación va a jugar un papel importante en estas fórmulas educativas. Además, dichos problemas deben de estar insuficientemente definidos y estructurado, de manera que algunos aspectos resulten inesperados y puedan ser definidos por los alumnos. Esta necesidad de definir el problema, resultó muy apta para aplicar en el trabajo grupal y el "aprendizaje cooperativo".

También se acordaron los criterios de evaluación y la evaluación de las competencias, así como las habilidades que debe desarrollar los alumnos en la intervención en la diabetes.

2. Segunda fase: Recepción de los alumnos del tercer curso del Grado en Enfermería, en las unidades de endocrinología hospitalarias y en programas de diabetes, para comenzar las prácticas. Además, los profesores participantes, abordaron la diabetes desde la perspectiva de sus asignaturas. Participaron en una mesa redonda donde respondieron a las preguntas de un moderador, y trataron de explicar toda la información para que el alumno adquiriese las competencias básicas. Estas sesiones fueron grabadas audio-visualmente en DVD.

3. Tercera fase: Para la evaluación del proyecto, se utilizaron tres instrumentos, que se describen a continuación.

Instrumento 1: Escala de adquisición de actitudes por parte de los estudiantes. Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4.

Instrumento 2: Escala de adquisición de competencias transversales, en la cual se evalúa las competencias que el alumno debe adquirir. La puntuación total oscila entre 0 y 10.

Instrumento 3: Cuestionario de satisfacción con el proyecto, puntuado en escalas likert de 1 a 5.

Durante el periodo de prácticas y previamente a la mesa redonda, se les proporciona a los alumnos el instrumento 1 y 2. Una vez hayan participado en la mesa redonda, se les vuelve a evaluar mediante estos instrumentos y finalmente se les proporciona el cuestionario de satisfacción (instrumento 3).

Análisis: Se realizó primeramente un análisis descriptivo de los instrumentos utilizados, calculándose las medias y desviaciones típicas de los ítems, y se calculó la puntuación total de ambos instrumentos.

Para comparar los resultados obtenidos en los instrumentos 1 y 2, anteriores y posteriores a la participación en la mesa redonda, se llevó a cabo una comparación de medias apareadas, mediante el test de Wilcoxon.

Resultados. La muestra final estuvo compuesta por 76 estudiantes de 3 grado de enfermería. En relación a la intervención llevada a cabo con el grupo experimental con respecto al grupo control se obtuvieron los siguientes resultados: a) adecuada satisfacción y motivación por parte del alumnado; b) aumento de la capacidad para integrar los conocimientos trasversales y aplicarlos en la

práctica clínica; c) incremento de habilidades y competencias transversales para implementar cuidados básicos; d) incremento de la capacidad para identificar problemas enfocándolos de diferentes perspectivas.

Discusión. El proyecto con un enfoque constructivista, ha tenido el objetivo de fomentar la colaboración entre los profesores de las diferentes asignaturas haciendo énfasis en la importancia de tratar las enfermedades desde diferentes perspectivas, y teniendo en cuenta el modelo bio-psico-social aplicado a la Enfermería. Por ello, y sobre la base de los resultados obtenidos consideramos de gran utilidad este método de enseñanza-aprendizaje para el incremento de habilidades y competencias transversales para implementar cuidados básicos en enfermería.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Krief Bernard "La aportación de Enfermería a la salud de los Españoles: situación actual y prospectiva de futuro de su desarrollo...."
Consejo general de Colegios de Enfermería de Madrid. 1998.

POSTER 108**AUTORES/AUTHORS:**

ROSA MIRO BONET, SYLVIA AMOROS CERDA, MIGUEL ANGEL RODRIGUEZ CALERO

TÍTULO/TITLE:

Reflexión crítica del estudiante de grado de enfermería sobre la innovación docente en la adquisición de competencias cl

Objetivo: Conocer la opinión de los estudiantes matriculados en una asignatura pre-clínica de 2º grado de enfermería sobre la adecuación del cineforum en su proceso de aprendizaje y adquisición de competencias clínicas.

Método: El estudio se enmarca en una asignatura pre-clínica obligatoria de 2º de grado de Enfermería. Se ha llevado a cabo un análisis de discurso de los diarios reflexivos que cada grupo realizó sobre la idoneidad de las películas: Cosas que importan, La vida Secreta de las palabras ó el Paciente Inglés, para su proceso de aprendizaje. En el análisis se ha llevado a cabo una estrategia de triangulación de investigadores.

Resultados: Del análisis emergieron las siguientes tres categorías y códigos primarios saturados:

- Contenidos [Transversalidad, Profundización, Integración teoría-práctica, Información Clínica, Paciente y Relación terapéutica]: “Hemos llegado a la conclusión que hacer casos prácticos, como este trabajo, puede acercar más a lo que es la realidad de la profesión”, “Es un buen ejercicio para aprender a relacionar la teoría con la práctica”, “Hemos descubierto a través de la búsqueda, selección y visualización de la información que ha sido una muy buena forma de absorber los conocimientos”, “El grup trobem que la pel·lícula (El paciente inglés) no és apropiada [...], ja que la infermera no realitza cap cura sobre les cremades, sinó que realitza cures bàsiques del dia a dia en qualsevol pacient (higiene, canvis posturals, alimentació...)”
 - Metodología [Material audiovisual, Seminario, Propuestas de mejora y Tutoría]; “La utilización de material audiovisual como metodología en grupo nos parece acertada y creativa. Es otra forma de procesar los contenidos didácticos de la asignatura”, “El uso de material externo para la realización del trabajo nos ha ayudado para ampliar y reforzar conocimientos, de esta manera este punto si que ha sido útil”
 - Habilidades/competencias [Trabajo en equipo, Consenso, Nuevas tecnologías, Búsqueda de información, Reflexividad]; “En una tercera reunión hacemos una puesta en común de todos los puntos, y pronto surgen los diferentes puntos de vista y el debate encendido de ideas, [...] Durante todo el tiempo hacemos una especie de lluvia de ideas, y a través de email, hacemos un banco de ideas”, “Para la realización de este trabajo hemos contado con una herramienta básica como es internet y las bases de datos”.
- Discusión: El cineforum permite ampliar la visión compartimentada de los alumnos y les exige interrelación de conocimientos. Fomenta el trabajo en equipo, e introduce al alumno en la complejidad del proceso de enfermar, de las relaciones sociales y de los aspectos emocionales que confluyen en la vida real.

Aunque en las tres películas el análisis preliminar es el mismo, pero describen La vida Secreta de las palabras y El paciente Inglés, como poco adecuadas. La primera cuenta con un guión complejo, y la segunda es demasiado larga, así que para el curso que viene hemos decidido cambiarlas.

Este estudio permite identificar puntos clave para implementar este tipo de estrategias de innovación docente en la formación de grado y postgrado en ciencias de la salud. Además, creemos que esta metodología puede facilitar una mejor transferencia de los conocimientos clínicos de la teoría a la práctica de los estudiantes

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Fernández Collado E. Competencias clínicas en Enfermería: modelos de aprendizaje y de gestión de la práctica. Educare21 2005; 21. Disponible en <http://www.enfermeria21.com/educare/>

Blanco Sánchez R, Zapico Yañez F, Torrens Sigalés R. Innovación docente y convergencia europea: formar en competencias. Metas de Enferm feb 2005; 8(1): 60-66

Barona Vilar JL, Bernabeu Mestre J. “La cultura científicotecnológica a través de la pantalla: notes per a un ensenyament crític de les ciències”. Quaderns de Cine. N. 4 (2009). ISSN 1888-4571, pp. 13-21

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* sep 2007; 10(7):26-30.

Cibanal Juan L, Martínez Riera JR, Pérez Mora MJ. "Aprendiendo a cuidar a través del cine". *Quaderns de Cine*. N. 4 (2009). ISSN 1888-4571, pp. 23-31.

Siles González J. "Origen de la enfermería en el cine: el género histórico-documental y biográfico". *Quaderns de Cine*. N. 4 (2009). ISSN 1888-4571, pp. 57-69

Prats L, *Cine para educar*, Barcelona, Belacqva (2005)

Velasco Álvarez ML. "El cine comercial como estrategia educativa para desarrollar competencias socio-emocionales". *Quaderns de Cine*. N. 4 (2009). ISSN 1888-4571, pp. 71-75

Denzin N, Lincoln Y. *The SAGE Handbook of Qualitative Research [Hardcover]*. 4th Edition (2011)

Nixon A, Power C. Towards a framework for establishing rigour in a discourse analysis of midwifery professionalisation. *Nursing Inquiry* 2007; 14(1): 71-79.

Ruiz Ruiz J. Análisis sociológico del discurso: métodos y lógicas. *Forum: Qualitative Social Research*. Volumen 10, no 2, Art. 26. Mayo 2009.

POSTER 109**AUTORES/AUTHORS:**

Raquel González González, Manuel González Cabrera, David Sánchez Teruel, María Auxiliadora Robles Bello, María Aranda López, Beatriz Montes Berges, Francisco Javier Luna Bujaldon, Maria Elena Ortuñez Fernandez

TÍTULO/TITLE:

EVALUACIÓN DE PRESENCIALIDAD EN ESPACIO EUROPEO DE EDUCACIÓN SUPERIOR DE METODOLOGÍA DOCENTE BASADA EN PIZARRA VIRTUAL

OBJETIVO

El objetivo del estudio es transmitir la experiencia resultante de la aplicación de una nueva tecnología a la docencia universitaria en Ciencias de la Salud. Nuestra propuesta de innovación docente, aprobada y subvencionada por la Universidad de Jaén, es proporcionar al estudiante un material audiovisual online para facilitar su aprendizaje autónomo, de tal modo que pueda seguir una clase presencial sin encontrarse en el aula donde se imparte. La metodología aplicada, denominada pencasting, es una técnica que simula la visión de la pizarra con la explicación detallada y simultánea en audio y video del profesor. Esta tecnología se puede ubicar entre el streaming de video o diapositivas y el podcasting, reuniendo lo óptimo de ambos métodos y enfocado a que el alumno siga la docencia habitual de una clase a través de una pizarra virtual.

METODOS

Se seleccionaron 162 participante, mediante un el método aleatorio simple, escogiéndose un grupo de 81 participantes para el grupo presencial y otro grupo de 81 para el grupo no presencial. El primero servirá como muestra de control, colgando en la web la resolución de un problema con el método tradicional, es decir en papel, a través de un fichero pdf (grupo pdf). Al segundo grupo se le facilita el mismo ejercicio resuelto con la tecnología basada en pencasting, en la que los alumnos podrán ver cuántas veces deseen, cómo el profesor soluciona la práctica paso a paso y simultáneamente la explicación en audio (grupo pencast).

Una vez que los dos grupos de participantes disponen del material docente en sus dos versiones, cuentan con una semana para estudiar y comprender el ejercicio de forma autónoma e independiente prescindiendo del apoyo del profesor. Transcurrido este tiempo, en un día previamente fijado y comunicado, se realiza una prueba de conocimientos basada en un supuesto práctico similar en dificultad y duración al problema previamente resuelto y entregado.

Los participantes pertenecen al Grado de Enfermería.

RESULTADOS

La comparación del porcentaje de aprobados y de las calificaciones obtenidas en la prueba de cada uno de los dos grupos, nos permite dar respuesta a las cuestiones planteadas al inicio del estudio. Es decir, demostrar la existencia de diferencias significativas en la asimilación de los conocimientos en ambos grupos.

En el grupo de enseñanza no presencial la nota media del examen fue de 8,67 y en el grupo presencial, 8,78. Solo existe un suspenso, y pertenece al grupo no presencial.

DISCUSION

De los resultados obtenidos nos permite concluir la no existencia de diferencias significativas entre la presencialidad y no presencialidad. La implicación en la práctica clínica, en este caso, en la práctica de la docencia, reside en el interrogante de la necesidad de la presencia física de los profesores u alumnos en las aulas. Aunque para ello se tendría que realizar un estudio más en profundidad comprobando materias teóricas y teórico práctica con diversos niveles de dificultad, comparar la presencialidad, no presencialidad así como la semipresencialidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Mohaman, K. P. (2003). Assessing Quality of Teaching in Higher Education.

<http://www.cdltl.nus.edu.sg/publications/assess/default.htm> (Acceso a 12 de octubre de 2011).

Santos, M. A. (2005). La Universidad ante el proceso de convergencia europea: un desafío de calidad para la Unión. Revista

Española de Pedagogía, LXIII (230), enero-abril, 5-16.

Zabalza, M. A. (2003). Competencias docentes del profesorado universitario. Madrid: Nancea.

POSTER 111**AUTORES/AUTHORS:**

Isabel Rabiais, Amélia Simões Figueiredo, Ana Alves, José Amendoeira

TÍTULO/TITLE:

LA EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE EMOCIONAL DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA: UN ESTUDIO DE CASO

Una de las preocupaciones que existe actualmente en el nivel de educación de enfermería se centra en una enseñanza que promueva el desarrollo individual de los estudiantes, no sólo en áreas específicas del conocimiento, sino también el nivel de relación interpersonal, es decir, al graduarse enfermeros no sólo con conocimientos técnicos, sino también con conocimientos en relaciones humanas. Por lo tanto, además de habilidades instrumentales, el estudiante debe desarrollar habilidades interpersonales y sistémicas, que pueden considerarse existenciales, en la medida que son las que hacen que cada enfermero una persona y un profesional, capaz de comprometerse con los clientes, permitiéndoles y permitiendo a si mismo mantener la distancia correcta para ser competente en diferentes áreas, según el cuidado que cada situación en particular requiere. Objetivos: Reflexionar sobre las dimensiones que rodean e influyen en la experiencia emocional de cuidar del estudiante de enfermería.

Metodología: Estudio cualitativo que permitió recojer en profundidad el fenómeno y acceder a los significados asignados por los participantes a las situaciones experimentadas y así comprender la situación a nivel global, por la reflexión de la asunción que la realidad se construye socialmente. Considerando lo que queremos, es conocer y estudiar en profundidad y no en extensión el fenómeno, en un contexto bien definido, optamos por la identificación y selección de un estudio de caso con un grupo de 252 estudiantes. Con esta opción metodologica sólo es posible generalizaciones analíticas y no estadísticas (Yin, 2010). Esta investigación adopta las características de un estudio de caso unico, en el campo de la educación en enfermería, con la participación de estudiantes, enfermeras y profesores, teniendo como acceso básico las narrativas de los estudiantes, en forma de incidentes críticos, así como entrevistas con distintos actores, por eso el campo de la investigación involucra "unidades integradas de análisis", constituidas por los incidentes críticos producidos por los estudiantes y por entrevistas a estudiantes, enfermeras y profesores orientadores (Yin, 2010, p. 61). Efetuámos una lectura de todas las reflexiones y las hemos analizado utilizando la técnica de análisis de contenido, según Bardin (2011). Aspectos relacionados con el consentimiento informado, anonimato y confidencialidad, recuperación de datos, tratamiento y relaciones participante/investigador en la investigación cualitativa, requieren precisión y cumplimiento con consideraciones éticas (Steubert y Carpenter, 2002, p. 37), con las cuales nos comprometemos permanentemente. Así, hemos fortalecido la cuestión del control de riesgos y la valoración de los beneficios (Grove, Burns y Gray, 2013, p. 175), por el pronóstico de los resultados del estudio, la evaluación de los beneficios reales y potenciales, maximizando los beneficios y minimizando los riesgos, centrándose en primera línea en los participantes, en una lógica que por participar en el estudio, asumen un proceso de reflexión constructivo de si mismos que se refleja en beneficios para el futuro de la educación en enfermería.

Resultados: Podemos inferir que la formación y el aprendizaje de la atención consiste en un conjunto de actitudes, comportamientos, sentimientos y emociones que sólo son posibles aprender e interiorizar a través de experiencias en situaciones de la vida real, donde dimensiones cognitivas, psicomotoras, éticas, afectivas y relacionales, son determinantes.

Ser yo mismo en la comprensión del outro fue un tema de estructuración, que dio origen a dos dimensiones: conciencia de la humanidad que se expresa por vivir la experiencia de fenómenos positivos, negativos y otras situaciones notables y el desarrollo de la responsabilidad personal y profesional, expresado a través de principios éticos y valores, respeto por el paciente y dignidad en la atención.

El aprendizaje se identifica como una construcción personal, pasando por el interior de cada persona que aprende y se refiere a la dimension de la conciencia transformadora de si mismo- "Soy capaz de transformarme como alguien que aprende". El estudiante construye así su proceso de aprendizaje por la capacidad de análisis crítico, estimulada por las experiencias intra y interpersonales que gradualmente permiten crecer armoniosamente, hacia la comprensión del global, de los sentimientos y las emociones.

Conclusión: La formación de enfermería apunta a una población que se presenta con una historia cognitiva, práctica, social, relacional, emocional y cultural diversa y al mismo tiempo única y en este sentido, debemos considerar cada uno de estos aspectos particulares, como valiosos en la construcción de conocimiento personal y profesional, en busca de reconocimiento del proceso de formación, de afirmación de su espacio profesional y la singularidad de su intervención en el contexto de una cultura de enfermería para formar a profesionales competentes.

En este sentido, es importante comprender cómo se processa el desarrollo de habilidades relacionales y pensar la educación en enfermería para alentar a los estudiantes a reflexionar sobre sus conocimientos adquiridos, las actitudes, las relaciones con otros y

su propia sensibilidad emocional.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Akerjordet, K., & Severinsson, E. (2004). Emotional intelligence in mental health nurses talking about practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, (16), 164-170.
- Akerjordet, K., & Severinsson, E. (2007). Emotional intelligence: A review of the literature with specific focus on empirical and epistemological perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (8), 1405-1413.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (2004). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Freshwater, D., & Stickley, T. (2004). The heart of the art: emotional intelligence in nurse education. *Nursing Inquiry*, 11 (2), 91-98.
- Grove, S.; Burns, N.; Gray, J. (2013). *The Practice of Nursing Research, Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence*. 7th edition. Elsevier.
- Oatley, K. (2010). Two movements in emotions: Communication and reflection. *Emotion Review*, 2 (1), 29-35.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista (2ª ed.)*. Loures: Lusociência.
- Yin, R. (2010). *Estudo de caso, planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.

POSTER 112**AUTORES/AUTHORS:**

ESTRELLA MARTÍNEZ SEGURA, GERARD MORA LÓPEZ, ENCARNA BONFILL ACCENSI, CARMEN AGUT ALCAIDE, ANA ARANDA ESTEVE, JORDI HARO SANCHO, LAURA LACUEVA INSA, NURIA NAVARRO VERNET, UNAI SÁEZ RICO

TÍTULO/TITLE:

¿Formamos bien a los estudiantes de la asignatura Enfermería en situaciones críticas en el Servicio de Urgencias?

Introducción: El nuevo modelo educativo universitario debe estar dirigido a mejorar la capacidad de los estudiantes hacia el mercado de trabajo y las demandas sociales. Reorientar la formación hacia la consecución de las competencias asistenciales necesarias debe ser un elemento clave en la educación que proporcionamos a los estudiantes de Grado en Enfermería. Debemos organizarnos para renovar la forma de enseñar, adaptando los materiales, tiempos, evaluación, relación entre alumnos, docentes y tutores con las necesidades formativas actuales. Para ello es imprescindible que haya un análisis y una conexión entre alumnos, docentes, tutores y profesionales sanitarios para poder analizar, evaluar y mejorar, si hace falta, la forma de entender la docencia universitaria. En la asignatura Enfermería en situaciones críticas se establecen unas competencias específicas, transversales y nucleares que se combinarán para que el alumno posea los conocimientos, habilidades, actitudes y valores necesarios para su futuro profesional.

Objetivo: Analizar si el formato de docencia que estamos realizando desde la universidad, para que el alumno adquiera las competencias necesarias de la asignatura Enfermería en situaciones críticas responde satisfactoriamente a los objetivos de alumnos, profesores y tutores de prácticas en el Servicio de Urgencias.

Metodología: Se ha realizado un análisis cualitativo (grupo de discusión), en los que han participado profesionales de Enfermería, personal docente universitario titular y asociado y alumnos del grado en enfermería del Campus Terres de l'Ebre de la Universitat Rovira i Virgili, para analizar los resultados de los aspectos docentes tales como sesiones magistrales, seminarios, ABP, practicas hospitalarias y métodos evaluativos de toda la asignatura.

Resultados: Los alumnos han considerado excesivo los trabajos que se realizan para evaluar la asignatura, en cambio, muy corto el tiempo de prácticas hospitalarias relacionadas con ésta, comparando también con otras asignaturas. Así también encuentran positivo el trato recibido como la docencia por parte de los tutores hospitalarios y docentes. Los profesionales de Enfermería han valorado positivamente la realización de prácticas hospitalarias en este ámbito ya que hasta ahora se incluían como prácticas médico-quirúrgicas y ahora existe asignatura específica, así también reconocen que el año de grado es positivo ya que se ha notado en los alumnos un año más de experiencia, también reconocen que a veces es una sobrecarga añadida, los docentes titulares como los asociados valoran de forma muy positiva que éstos tengan un contacto íntimo con las prácticas ya que así se intensifica el lazo docente-práctico .

Conclusiones: Realizar este análisis ha resultado positivo para el grupo ya que intensifica el nexo entre los grupos, ayuda a detectar áreas de mejora, implantarlas de forma más rápida y segura para todos los grupos e innovar en docencia para adaptarnos también a las exigencias europeas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Lleixà i Fortuño, M; La tutoría virtual i la inserció laboral dels professionals d'infermeria (Tesi doctoral). ISBN:

978-84-692-2152-5/DL: T-501-2009.

2. Benner P. Práctica progresiva en enfermería. Barcelona. Ed. Grijalbo; 1988.

3. Juvé Udina ME; Ferrero Muñoz S, Monterde D; Sevillano Lalinde MM; Casado García A, Vila Coma MI. Umbral de pericia requerido para la ejecución competencial enfermera. Metas de Enfermería 2008, vol. 11 (10) p.8-17

POSTER 113**AUTORES/AUTHORS:**

Javier Iniesta Sánchez, M^a José Terón Martínez, Carmen Jiménez Checa, M^a Dolores Pedrera Clemente, Francisco Javier Paredes Pérez, Juana Boluda Jiménez, Cristina García Ibarra, Paola Navedo Sánchez, Miguel Ángel Sánchez Prieto

TÍTULO/TITLE:

Jornadas de Enfermería: una herramienta para el crecimiento profesional

Introducción

En nuestro centro se apuesta por la difusión del conocimiento a través de unas Jornadas de Enfermería coordinadas desde la Comisión de Cuidados, que sirven de marco de encuentro e intercambio entre los profesionales no sólo de nuestro Área de Salud, sino también del resto de Áreas de nuestra Comunidad Autónoma. Tras la realización de las IX Jornadas decidimos plantearnos los siguientes objetivos:

Describir la evolución de las Jornadas de Enfermería.

Cuantificar el número de asistentes y ponentes.

Establecer las áreas temáticas abordadas.

Metodología

Análisis descriptivo retrospectivo de las jornadas de enfermería del Área de Salud VII Murcia-Este desde el año 1999 al 2013.

Los datos se obtuvieron de la memoria de las jornadas elaborada por la unidad de calidad e investigación, así como de las actas de la comisión de cuidados. En la memoria se incluía la encuesta de valoración de la jornada mediante una escala likert de 1 a 5, (muy deficiente a muy bueno). Variables: temas tratados, asistentes, área temática, número de ponentes, evaluación de la jornada, alianzas. Los resultados se expresan mediante frecuencias y porcentajes.

Resultados

En el periodo analizado se han realizado 9 jornadas, existía memoria del 55% de las jornadas realizadas, que se corresponden con las que han sido acreditadas. Los temas centrales de la jornada han sido la formación profesional en un 13%, desarrollo y competencia profesional en 28%, 12% tecnología, visibilidad profesional 11%, un 12 %se centró en atención asistencial. Las inscripciones han presentado un rango de 157 a 262, con una asistencia media del 77% de las inscripciones. La organización de la jornada obtiene una puntuación media de 4,2 en los últimos 5 años, siendo puntuada la relevancia de los temas tratados con 4,2; el cumplimiento de objetivos con 4,1; y el nivel de los temas tratados con 4,2 puntos sobre 5.

Conclusiones

1. La jornada de Enfermería se ha consolidado a lo largo de estos años, produciéndose un incremento de inscripciones durante los primeros años que han evolucionado hacia un nivel estable de asistentes.
2. La temática abordada cubre distintas áreas de interés y desarrollo profesional y es valorada positivamente por los asistentes a la jornada.
3. La satisfacción de los profesionales con las Jornadas de Enfermería es elevada.

Implicaciones para la práctica

Un foro de encuentro de profesionales en el que se pone de manifiesto las necesidades colectivas de la profesión, favorece el intercambio de información y conocimientos, así como la implicación de los profesionales y la visión de unos objetivos conjuntos de futuro.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON KNOWLEDGE COMMUNICATION AND CONFERENCES (2006), Orlando (Florida) 16-19 de Julio. <http://www.iiisci.org/kcc2006/website/suggested.asp>

Torres Esperón, Maricela. Memorias y perspectivas de la I Reunión de Redes de Enfermería en Cuba. Rev. cuba. enferm;27(3):199-202, jul.-sep. 2011.

Munari, Denize Bouttelet; Oliveira, Nunila Ferreira de; Saeki, Toyoko; Souza, Maria Conceição Bernardo deMello e. Analysis of scientific production of mental health researcher and psychiatric nursing specialist meetings. Rev. latinoam. enferm;16(3):471-476,

May-June 2008.

POSTER 115**AUTORES/AUTHORS:**

Cristina Serrabassa Funoll, Montserrat Gea Sánchez, Cristina Montero Parés, Jordi Martínez Soldevila

TÍTULO/TITLE:

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE PARTICIPACIÓN PARA LA ELABORACIÓN DE UN NUEVO CÓDIGO ÉTICO PARA LAS ENFERMERAS CATALANAS

El código deontológico de las enfermeras de Catalunya data del 1986. Dados los cambios tanto sociales como en la práctica clínica que se han producido, el Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya consideró necesario su renovación. Para ello, y con la finalidad de que el nuevo código ético tuviese la máxima participación posible de enfermeras/os catalanas, se hizo un estudio en dos fases: la primera, mediante metodología cualitativa con grupos focales de informantes clave y la segunda, mediante metodología cuantitativa donde se procedió a distribuir un cuestionario dirigido a las enfermeras colegiadas vía online. El presente texto refleja los resultados de la segunda fase.

OBJETIVO

Conocer los valores profesionales de las enfermeras catalanas, los problemas éticos más frecuentes y los aspectos que las enfermeras catalanas consideran que se deben modificar, mantener o cambiar respecto al código actual, así como los valores profesionales que guían la práctica enfermera.

MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal mediante una encuesta en línea distribuida a todas las enfermeras colegiadas en Catalunya (España). El instrumento de medición se elaboró a partir de las aportaciones realizadas por los grupos focales y posterior validación de un grupo de expertos. En el cuestionario se les pedía que indicasen el grado de acuerdo/desacuerdo respecto a los contenidos que debe tener el código ético, así como se les solicitó que jerarquizaran los valores por orden de prioridad. Se realizaron análisis descriptivo y bivariado de los datos mediante el programa SPSS.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 2843 enfermeras, el 60% no conocen el Código ético vigente. En el análisis bivariado se observa asociación entre el ámbito de trabajo y el hecho de conocer el código ($p < 0,001$) siendo las enfermeras gestoras e investigadoras las que más utilizan el Código en comparación con las enfermeras clínicas. En este sentido la formación a nivel de máster también se asocia con un mejor conocimiento del código ($p < 0,001$).

En las preguntas referentes a la priorización de los contenidos del 1 al 5 (siendo el 1 el de mayor prioridad y 5 el de menor prioridad) los ítems que las enfermeras consideran prioritarios fueron: en cuanto al "respeto", la dignidad de la persona (1,64); en cuanto a la "responsabilidad", la responsabilidad en asumir actividades en función de los conocimientos, grado de experiencia y competencia profesional (1,9); en cuanto a la "seguridad", el alivio el dolor y sufrimiento de la persona (2,32); en cuanto a la "justicia", la no participación en tratos degradantes o, inhumanos y el deber de denunciarlos (2,73); por último, en cuanto a la "información", que la información asistencial recibida ha sido entendida/consentida libre y voluntariamente (2,34).

El cuanto a la jerarquización de los valores que comporta la profesión enfermera, los resultados obtenidos fueron: la dignidad humana (1,54), la igualdad (2,66), la libertad (3,21), el altruismo (3,30) y por último, los estéticos (4,20).

DISCUSIÓN:

Existe un bajo conocimiento del código ético vigente, especialmente en las enfermeras de la práctica clínica. Este hecho hace necesario planificar una estrategia de difusión exhaustiva para el nuevo código, así como incorporar estrategias formativas que ayuden a cambiar las actitudes hacia la ética profesional. El hecho de tener una mayor formación (a nivel máster) actúa como protector en este sentido, por lo que se podría plantear que estas enfermeras fueran aliadas en el proceso de diseminación. Como valores primordiales destacan: respetar la dignidad de la persona, garantizar que la información asistencial que ha recibido la persona ha sido entendida para tomar decisiones autónomas; respetar el derecho de la persona a que su intimidad y vida privada no sean vulneradas; aliviar el dolor y el sufrimiento de las personas; la responsabilidad de las enfermeras en asumir actividades en función de sus conocimientos, grado de experiencia y competencia profesional; no participar en tratos degradantes y el deber de

denunciarlos, y dotar de calidez la relación de ayuda.

La dignidad humana es el valor que las enfermeras catalanas consideran más importante para la profesión enfermera.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Aitamaa, E., Leino-Kilpi, H., Puukka, P., Suhonen, R. (2010). Ethical problems in Nursing Management: The role of Code of Ethics. *Nursing Ethics* 17(4), 469-482.
- American Nurses Association (2001). Code of Ethics for Nurses with Interpretative Statements. EEUU.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2008). Code de déontologie des infirmières et infirmiers. Ottawa.
- Australian Nursing & Midwifery Council (2007). Code of Ethics for Nurses in Australia. Australia.
- Col·legi Oficial Infermeria de Barcelona. (1986). Codi d'Ètica d'Infermeria. Barcelona.
- Consejo Internacional de Enfermería. (2012). Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería. Ginebra.
- Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya, Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut (1997). Competències de la professió d'infermeria. Barcelona.
- Gasull M. La ética del cuidar y la atención de enfermería. Trabajo Final de Carrera, Licenciatura Humanidades UOC.; 2005. Disponible en: <http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/1242/1/31802tfc.pdf>
- Nursing & Midwifery Council (2008). Code of professional conduct: standards for conduct, performance and ethics. London.
- Ramió Jofré A. Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Cataluña [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2005.

POSTER 118**AUTORES/AUTHORS:**

Ana Paula Macedo, Maria Isabel Lage, Clara Maria Simões, Analisa Candeias, Marco Sousa

TÍTULO/TITLE:

CARGA DE TRABAJO DE LOS ENFERMEROS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: RELEVANCIA DEL Nursing Activities Score

INTRODUCCIÓN: La investigación reciente en el dominio del comportamiento organizacional, principalmente por lo que se refiere a la gestión en enfermería, sobresale la necesidad de una previsión de la carga de trabajo de los enfermeros, pues se trata de un factor mayor de determinación de un equipo capaz que asegure una gestión conveniente de los cuidados y de los recursos accesibles. Se destaca así, en este contexto, el Nursing Activities Score – NAS (Miranda et al., 2003) como instrumento que permite evaluar la carga de trabajo de los enfermeros tomando como base el tiempo utilizado en las actividades de enfermería, inherentes a los cuidados prestados, y que es independiente del grado de severidad de la enfermedad que presenta la persona en situación crítica (Miranda et al., 2003). El NAS fue validado para la cultura Brasileira (Queijo & Padilha, 2009). De acuerdo con Panunto y Guirardello (2009), a pesar de que los resultados psicométricos del instrumento hayan sido satisfactorios, se destaca la necesidad de estudios adicionales, en el dominio de la validación clínica del NAS con ese tipo de perfil de pacientes. Así, el objetivo central de este trabajo consiste en evaluar la carga de trabajo de los enfermeros, con base en el tiempo dedicado a las actividades de enfermería, en el cuidado de pacientes críticos internados en unidades de cuidados intensivos de hospitales con distintos modelos de gestión.

MÉTODOS: Este estudio tiene un carácter exploratorio descriptivo basado en el paradigma cuantitativo de la investigación. En función de los grupos en estudio se destacan las siguientes variables: i) Variables sociodemográficas y clínicas del paciente; ii) Variables sociodemográficas y profesionales del enfermero; iii) Variables socio-organizacionales relativas a la unidad de cuidados intensivos. Posteriormente se evolucionará para una investigación relacional explicativa (Almeida & Freire, 2003; Marôco, 2010), una vez que se pretende relacionar variables, apreciar interacciones e cuantificar tales relaciones. El estudio contempla todos los enfermeros que integran las unidades de cuidados intensivos de tres instituciones hospitalarias de la zona norte de Portugal que acepten voluntariamente integrar el estudio. La participación está sujeta a consentimiento escrito, con copia para ser entregada a los participantes. La evaluación de la carga de trabajo de los enfermeros incide sobre todos los pacientes adultos que ingresen en las unidades de cuidados intensivos, con permanencia igual o superior a 24 horas. En este caso, los pacientes, o sus representantes, firman el consentimiento por escrito, de libre voluntad, de acuerdo con los padrones éticos establecidos en la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2008). El protocolo de evaluación está compuesto por los siguientes instrumentos: i) un cuestionario sociodemográfico y profesional para la caracterización de los enfermeros; ii) un cuestionario sociodemográfico y clínico para describir la tipología de paciente en situación crítica; iii) Un cuestionario socio-organizacional para caracterizar la unidad de cuidados y evaluar los modelos de gestión institucionales. Los principales instrumentos de recolección de datos consisten en la Escala de Evaluación de la Carga de Trabajo de los Enfermeros - NAS en UCI, y un cuestionario de características organizativas y profesionales. Al comienzo de la investigación se obtuvo el parecer de la Subcomisión de Ética para las Ciencias de la Vida y de la Salud de la Universidade do Minho, así como la aprobación de los Consejos de Administración de los Hospitales seleccionados y sus respectivas Comisiones de Ética.

RESULTADOS: En esta fase preliminar del estudio se valida el Nursing Activities Score para la población portuguesa, instrumento que ha demostrado su fiabilidad en la evaluación del carga de trabajo de este grupo profesional, reproduciendo la metodología utilizada en otros países (por ejemplo Brasil y España). Los datos recogidos a través de los instrumentos seleccionados fueron introducidos y procesados en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21.0 para Windows. En el dominio del comportamiento organizacional, parece traducir la necesidad de una previsión de la carga de trabajo de los enfermeros como factor mayor en la determinación de un equipo de enfermería capaz de asegurar una gestión conveniente de los cuidados de salud prestados y de los recursos accesibles.

CONCLUSIÓN: Un aspecto pionero de este trabajo se relaciona con el estudio de la carga de trabajo efectiva de los enfermeros portugueses, en función de los principales factores que caracterizan los diferentes modelos de gestión hospitalaria y la tipología de la persona en situación crítica. La carga de trabajo de los enfermeros de unidades de cuidados intensivos surge en el estudio como un factor determinante para los enfermeros gestores de las Unidades de Cuidados Intensivos, permitiendo adecuar el número de enfermeros en los equipos con la consecuente reducción de los costes y promoción de mejoras en la salud de las personas en situación crítica. Es altamente probable que este estudio tenga potenciales implicaciones para la práctica, tanto a nivel de la gestión hospitalaria como a nivel de las políticas de salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Almeida, L., & Freire, T. (2003). Metodologia da investigação em psicologia e educação. Braga: Psiquilíbrios.

Marôco, J. (2010). Análise estatística con el PASW statistics (ex-SPSS). Pêro Pinheiro: ReportNumber, Lda.

Miranda, D.R., Nap, R., Rijk, A., Schaufelli, W., Lapichino, G. & the members of the TISS Working Group (2003); Nursing Activities Score. *Critical Care Medical*. 31(2): 374-382

Panunto, M. R. & Guirardello, E. B. (2009). Nursing workload at a gastroenterology unit. *Rev Latino-Americana de Enfermagem*. 17(6):1009-14.

Queijo A. F. (2008). Estudo comparativo de la carga de trabajo en unidades de terapia intensiva geral y especializadas, segundo el Nursing Activities Score (NAS) [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem.

Queijo, A. F. & Padilha, K. G. (2009). Nursing Activities Score (NAS): Cross-cultural adaptation and validation to Portuguese language. *Revista de la Escola de Enfermería – USP*. 43 (Spe): 1001-1008

World Medical Association. (2008). WMA Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects.

POSTER 119**AUTORES/AUTHORS:**

JAUME MORERA BALAGUER, MARINA LEAL CLAVEL, MARI CARMEN MARTÍNEZ GONZÁLEZ, JOSÉ ÁNGEL GONZÁLEZ DOMÍNGUEZ, JOSÉ BOTELLA RICO, AMPARO SÁNCHEZ FIDELI

TÍTULO/TITLE:

Comunicación entre médico y paciente: una revisión bibliográfica

OBJETIVO

Identificar y describir los aspectos investigados por los profesionales de la medicina en relación con la comunicación entre estos y los pacientes.

MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos (MEDLINE, PUBMED, LILLACS), así como en fuentes de literatura gris, con los siguientes términos-clave: "Doctor-patient communication" y "Physician-patient communication". No se establecieron criterios de inclusión en cuanto a idioma, género o año de publicación. Se aceptaron estudios clínicos aleatorios y revisiones sistemáticas.

Posteriormente, tres investigadores revisaron los artículos de forma independiente y generaron un listado de aspectos estudiados en ellos. Los tres investigadores revisaron y compararon sus hallazgos para llegar a un acuerdo sobre estos aspectos, y las diferencias entre ellos se resolvieron por discusión.

RESULTADOS

Se analizaron 210 artículos. A partir de los datos obtenidos en este análisis se creó un esquema de temas que se presenta a continuación.

- I) Comunicación y calidad de la asistencia: relación entre la comunicación usuario-médico y la percepción del primero sobre la calidad de la asistencia.
- II) Comunicación y satisfacción del usuario: relación entre la percepción de la comunicación por parte del usuario y la satisfacción de éste.
- III) Comunicación y resultados clínicos: relación entre la percepción de la comunicación por parte de los usuarios y los resultados clínicos que se obtenían en estos. Algunos de ellos investigaron la relación a largo plazo de estos efectos². Se estudiaban también los efectos de la percepción sobre la transmisión de información por parte del médico³, así como la influencia de las percepciones sobre comunicación en los resultados clínicos en grupos especiales de pacientes: diabéticos⁵, pacientes con enfermedades crónicas⁶, pacientes ancianos, oncológicos, o incluso pacientes con síntomas inexplicados⁷, o en distintos tipos de gestión sanitaria, como por ejemplo la Atención Primaria⁸.
- IV) Comunicación y adherencia del paciente: relación entre la comunicación médico-paciente y la adherencia al tratamiento de este último.
- V) Comunicación y factores asociados: influencia de distintos factores sobre la comunicación médico-paciente, como: edad del paciente, sexo, nivel cultural, nivel socio-económico, nacionalidad, raza, el hecho de que el paciente procediese de una zona rural o urbana, o la concordancia (étnica, cultural, etc) médico-paciente.
- VI) Inteligencia emocional de los profesionales: aspectos relacionados con la inteligencia emocional del médico que pueden influir en la comunicación con el usuario.
- VII) Percepciones de los cuidadores: percepciones de los cuidadores de pacientes con respecto a su comunicación con el médico que trataba a la persona a quien cuidaban.
- VIII) Nuevas tecnologías aplicadas a la comunicación sanitaria: aspectos relacionados con las últimas tecnologías de la comunicación aplicadas a la relación médico-paciente⁹.

IX) Instrumentos y estudios de medición de la comunicación: creación y/o validación de instrumentos de medición de la calidad de la comunicación entre médicos y pacientes.

X) Entrenamiento en habilidades de comunicación: efectos de la implantación de un programa de entrenamiento en habilidades de comunicación para un grupo de médicos y los efectos sobre las percepciones de los pacientes a los que atendían.

XI) Encontramos, asimismo, varios artículos sobre otros temas, que no tuvieron continuidad en investigaciones posteriores, como: impacto económico de la ineficiencia comunicativa¹⁰, relación entre las actitudes de los pacientes con respecto a la comunicación y su efecto en la satisfacción de los médicos que los atendían¹¹, la influencia de la comunicación médico-usuario en la creación de burn-out del profesional, la influencia del lenguaje no verbal en la percepción de la comunicación médico paciente, tanto desde la óptica del usuario como desde la del profesional, o el impacto económico de la eficiencia comunicativa por parte del médico.

DISCUSIÓN

Los profesionales de la medicina han sido muy activos en la investigación sobre la comunicación entre pacientes y profesionales. Es posible que en estos momentos se haya abarcado ya casi todo el universo de posibles aspectos relacionados con ésta, si bien estos todavía pueden ser objeto de diversos estudios que facilitarán un mejor conocimiento.

Este estudio presenta un esquema de todos los aspectos relativos a la comunicación entre profesional y paciente investigados en el campo de la medicina. Puede servir de gran ayuda para todos los investigadores que deseen estudiar la comunicación, tanto en medicina como en otros campos. Aquellos que se quieran dedicar al estudio de la comunicación entre profesional y paciente dentro de la medicina pueden conocer rápidamente cuáles son los aspectos investigados, lo cual les puede ayudar, por ejemplo, a elegir un aspecto distinto para su investigación. Quienes se acerquen desde otros campos (como la Enfermería o la Fisioterapia) pueden usar este estudio para orientar sus futuras investigaciones.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Dibbelt S, Schaidhammer M, Fleischer C, Greitemann B. Patient-doctor interaction in rehabilitation: the relationship between perceived interaction quality and long-term treatment results. *Patient Educ Couns*. 2009 Sep;76(3):328-35.
2. Roter DL. Physician/patient communication: transmission of information and patient effects. *Md State Med J*. 1983;32(4):260-265.
3. Williams S L Haskard KB DiMatteo MR. The therapeutic effects of the physician-older patient relationship: Effective communication with vulnerable older patients. *Clinical Interventions in Aging* 2007;2(3) 453-467.
4. Hulka BA, Kupper LL, Cassel JC et al. Doctor-patient communication and outcomes among diabetic patients. *J Community Health* 1975;1:15-27.
5. Williams S L Haskard KB DiMatteo MR. The therapeutic effects of the physician-older patient relationship: Effective communication with vulnerable older patients. *Clinical Interventions in Aging* 2007;2(3) 453-467.
6. Weiland A, Van de Kraats RE, Blankenstein AH, Van Saase JLCM., Encounters between medical specialists and patients with medically unexplained physical symptoms; influences of communication on patient outcomes and use of health care: a literature overview *Perspect Med Educ*. 2012 November; 1(4): 192-206.
7. Girón M, Beviá B, Medina E, Talero MS. Quality of the physician-patient relation and results of clinical encounters in primary care in Alicante: a study with focal groups]. *Rev Esp Salud Publica*. 2002 Sep-Oct;76(5):561-75.
8. James Gentles S, Lokker C, McKibbin KA. Health Information Technology to Facilitate Communication Involving Health Care Providers, Caregivers, and Pediatric Patients: A Scoping Review. (*J Med Internet Res* 2010;12(2):e22)
9. Agarwal, Ritu; Sands, Daniel Z.; Schneider, Jorge Diaz. Quantifying the economic impact of communication inefficiencies in U.S.

hospitals. Journal of Healthcare Management Jul 1, 2010.

10. Agarwal, Ritu; Sands, Daniel Z.; Schneider, Jorge Diaz. Quantifying the economic impact of communication inefficiencies in U.S. hospitals. Journal of Healthcare Management Jul 1, 2010.

11. Zheng XIE; Ze-Qi Qiu; Tuo-Hong Zhang. Influences of patients attitudes on doctors satisfaction

POSTER 120**AUTORES/AUTHORS:**

Matilde Arlandis Casanova

TÍTULO/TITLE:

LA PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS SOBRE SU CONTEXTO LABORAL

1. Introducción

El objetivo de este estudio es investigar la percepción de las enfermeras sobre su contexto laboral. Por lo tanto, ha ido dirigido a: analizar la satisfacción laboral en relación con los recursos humanos, indagar la valoración que realizan de los gestores enfermeros, estudiar su percepción sobre la carrera profesional y su capacidad de desarrollo en ella.

Palabras clave: Enfermería, satisfacción laboral, Burnout.

2. Método

Diseño descriptivo- transversal

Estudio multicéntrico en dos hospitales universitarios de la zona Norte de Madrid.

La población total era de 785 enfermeras entre ambos hospitales, se eligieron en turno de mañana o tarde por un criterio de factibilidad.

La muestra fue de 100 profesionales. La selección de la muestra se realizó por medio del muestreo teórico, que fue intencional, dentro de las diferentes unidades clínicas.

2.1 Los materiales

Cuestionario de variables sociodemográficas de elaboración propia (sexo, edad, tiempo de ejercicio profesional, estado civil), y la adaptación validada de la Escala del entorno de la práctica enfermera del Nursing Work Index (Pedro Gómez J. et al. 2009). (1) (2)

3. Resultados

El 16,9% son hombres y el 83,1% mujeres. Con una media de edad de 40 años, y con una media de tiempo del ejercicio profesional de 19 años. El 52,8 % son casados, el 29,2% soltero, el 3,4 % viudo, el 2,2% separado, 1,1% divorciado y el 11, 2% con conviviente.

En cuanto a las preguntas sobre el entorno laboral, contestaron:

Hay plantilla suficiente para realizar adecuadamente el trabajo: En desacuerdo el 57,3%, ligeramente de acuerdo el 28,1%, totalmente de acuerdo el 10,1%, ns/nc el 4,5%.

Hay suficientes enfermeras para proveer cuidados de calidad: Totalmente en desacuerdo el 16,9%, ligeramente en desacuerdo el 33,7%, ligeramente de acuerdo el 31,5%, totalmente de acuerdo el 11,2%, ns/nc el 6,7%.

Los servicios de apoyo son adecuados: En desacuerdo el 67,4%, ligeramente de acuerdo el 23,6%, totalmente de acuerdo el 2,2%, ns/nc el 6,7%.

Hay tiempo suficiente para discutir los problemas: El 61,9% estaban en desacuerdo, ligeramente de acuerdo el 23,6%, totalmente de acuerdo el 7,9%, ns/nc el 5,6%.

Los gestores se preocupan de la calidad de los cuidados: El 57,3% estaban en desacuerdo,, ligeramente de acuerdo el 38,2%, totalmente de acuerdo el 3,4%, ns/nc el 1,1%.

Los gestores consultan con las enfermeras: Totalmente en desacuerdo el 43,8%, ligeramente en desacuerdo el 36%, ligeramente de acuerdo el 16,9%, totalmente de acuerdo el 2,2%, ns/nc el 1,1%.

Se puede desarrollar una carrera profesional: En desacuerdo el 79,8%, ligeramente de acuerdo el 18%, totalmente de acuerdo el 1,1%, ns/nc el 1,1%.

Oportunidades para el desarrollo profesional: En desacuerdo el 72,82%, ligeramente de acuerdo el 24,7%, totalmente de acuerdo el 1,1%, ns/nc el 1,1%.

4. Discusión

Las enfermeras opinan que no existen suficientes recursos humanos para prestar cuidados de calidad y que eso les impide también discutir de los problemas existentes. Consideran que los gestores enfermeros no les consultan para mejorar la calidad de los cuidados, y que les resulta difícil desarrollar correctamente la carrera profesional. Esta opinión negativa, de no participación y exceso de carga de trabajo puede llevar a la despersonalización, desmotivación y al estrés laboral.(3).

McClure ya en 1983, especificó que existen tres apartados básicos para que las enfermeras opten por un hospital: (A) la administración entendiendo esta como los gestores, (B) la práctica profesional y por último (C) el desarrollo profesional. Habría pues

que desarrollar estos puntos de forma positiva para mejorar esta percepción y que las enfermeras percibieran que (a) su desarrollo profesional es apoyado por los gestores y que el perfeccionamiento en la práctica profesional es importante para estos, (b) el desarrollo de la carrera profesional a través de cursos adecuados y por último (c) que el desarrollo profesional no se equiparara a la antigüedad en el puesto de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

5. Bibliografía

- (1) Pedro-Gómez Joan de, Morales-Asencio José Miguel, Sesé Abad Albert, Bennasar Veny Miquel, Artigues Vives Guillem, Perelló Campaner Catalina. Entorno de práctica de los profesionales de enfermería y competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones: situación en las Islas Baleares. *Gac Sanit [revista en la Internet]*. 2011 Jun [citado 2013 Sep 07] ; 25(3): 191-197. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000300004&Ing=es.
- (2) Pedro Gómez J. et al. Adaptación validada de la Escala del entorno de la práctica enfermera del Nursing Work Index. *Index. Metas Enferm.* 2009;12:65---75
- (3) Fuentelsaz-Gallego C, et al. Percepción del entorno laboral de las enfermeras españolas en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Proyecto RN4CAST-España. *Enferm Clin.* 2012.<http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2012.09.001>

POSTER 122**AUTORES/AUTHORS:**

Lydia Riba Bellera, Mireia Boixadera Vendrell, M. Antonia Martorell Poveda, Carmen Buendia Surroca, M. Pilar Piñeiro Mendez, Juan Jose Zamora Sanchez, Carmen Bayo Rodriguez, Asunción Gimenez Alvarez, Lupe Figueiras Novelle

TÍTULO/TITLE:

GESTIÓN EN CUIDADOS. CREENCIAS Y VALORES, SU REGISTRO Y VALORACIÓN: PERCEPCIÓN DE ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Es difícil abordar un problema de salud y planificar integralmente los cuidados de enfermería, sin tener presente las características culturales, sociales y familiares de la persona que atendemos. Las enfermeras/os como agentes de salud debemos considerar las creencias, valores y costumbres, algunas de ellas positivas y otras limitadoras que pueden afectar a la salud.

El Instituto Catalán de la Salud de Cataluña (ICS) ha apostado por la filosofía de Henderson, donde la enfermera tiene la capacidad de ayudar a que el individuo pueda realizar aquellas actividades que contribuyan a recuperar su independencia lo antes posible y mantener su salud, las cuales realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario para ello. Henderson contempla las creencias y valores en la necesidad nº 11, dándole la misma importancia que el resto de necesidades básicas de la persona.

Desde un inicio nos hemos planteado como se registran los datos sobre las creencias y valores manifestados por la persona, centrados en la planificación de cuidados en Atención Domiciliaria (ATDOM). Un estudio descriptivo de los registros informatizados en 3.174 Historias Clínicas de Atención Primaria (HCAP) nos ha proporcionado resultados significativos que fueron presentados en el encuentro Internacional 2012. Las conclusiones nos dieron la pauta para seguir avanzando en el estudio.

En esta nueva edición aportamos los resultados sobre: la percepción que tienen las enfermeras del registro de esta información, y si consideran que el conocimiento de estos datos influye en la calidad de la gestión en cuidados.

Objetivo

Comprender lo que piensan enfermeras/os de Atención Primaria (AP) sobre la recogida de los datos sobre las creencias y valores de la persona, como instrumento de conocimiento integral de la persona.

Describir sus vivencias y analizar los factores que influyen según sus percepciones, en cuanto a interpretar y aplicar la información obtenida en la planificación de cuidados en el ATDOM.

Metodología

Estudio cualitativo de dos muestras de enfermeras/os de AP del ICS.

Ámbito urbano: SAP Litoral-Esquerri. Barcelona-ciudad.

Ámbito rural: Área Básica de Salud (ABS) Penedés Rural.

Facilitadores: adjunto a dirección responsable de cada ámbito.

Como instrumento de recogida de la información se ha utilizado la entrevista en profundidad. Los discursos han estado grabados y transcritos por la misma investigadora, para garantizar la fidelidad de la interpretación de las manifestaciones de las participantes.

El análisis del contenido según Bardin, ha permitido describir e identificar sus aportaciones y se ha realizado manualmente sin soporte de software informático. Resultados

- Se han hecho 28 entrevistas que nos han facilitado la expresión individual y sin interferencias de lo que piensan y cómo lo viven las enfermeras/os de AP, que han demostrado interés en el tema propuesto y han agradecido nuestra intervención.
- En casi todos los discursos manifiestan que es importante el registro de las creencias y valores de la persona, pero la mayoría creen que no tienen conocimientos suficientes para abordar este tema. Se identifican solo dos expresiones de negación sobre que estos datos no son útiles y que los registros en general solo son aprovechables para justificar su trabajo delante de la empresa.
- Expresan inseguridad por dudas y falta de conocimiento sobre cómo hacer la narrativa al transcribir el discurso de la persona y/o del cuidador, así como de sus propias observaciones. Creen que el diseño de las pantallas informáticas no es facilitador de los registros de los cuidados de enfermería, que se entremezclan con los datos biomédicos, perdiendo así fuerza en cuanto a la valoración y evolución del paciente.
- Temen que sus registros no sean tenidos en cuenta por los otros profesionales de la salud. Dicen no tener tiempo para hacer el registro completo. Cada vez hay más registros obligados por la propia empresa, así como los registros de la actualización de los cuidados.
- Hay personas enfermas que les cuesta manifestar lo que piensan y sienten, solo lo hacen delante de profesionales de confianza.

Algunas enfermeras/os manifiestan inquietud para preservar esta intimidad y desconocen como registrar la narrativa.

· En la zona rural expresan mayor conocimiento de la persona y de su entorno, al vivir en la misma zona conocen más de cerca la trayectoria familiar, que les facilita la gestión en cuidados, pero no saben cómo expresarlo.

Conclusiones

Las manifestaciones de los participantes han sido similares en ambos ámbitos, la diferencia radica que en la zona rural tienen un mayor conocimiento de la trayectoria familiar.

En los dos ámbitos estudiados, se observa pérdida de información que queda en poder del profesional por diferentes causas como, la falta de tiempo para hacer el registro y los problemas de diseño del registro informatizado.

En casi todos los discursos se ha repetido la expresión de dudas sobre conocimientos conceptuales, sobre creencias y valores, con dificultades para hacer la narrativa y adaptarla a la HCAP Informatizada.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1-Riba L, Buendía C, Boixadera M, Martorell MA, Bayo, C. Creencias y valores: estudio descriptivo sobre sus registros y valoración en el Plan de Cuidados de Atención Primaria. XVI Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. ISCIII. ISBN: 978-84-695-6114-0. Cartagena: ed. Investen; 2012; p.165-166.

2-Kérocuac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Traducción española: Barcelona: ed Elsevier; 2007.

3-Riba L, Buendía, C, Fabrellas, N. Trio de Damas: reflexión sobre la humanización de los cuidados. Barcelona: Revista ROL de enfermería. Enero; 2008. V:3;N:1; p.9/14.

1-Riba L, Buendía C, Boixadera M, Martorell MA, Bayo, C. Creencias y valores: estudio descriptivo sobre sus registros y valoración en el Plan de Cuidados de Atención Primaria. XVI Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. ISCIII. ISBN: 978-84-695-6114-0. Cartagena: ed. Investen; 2012; p.165-166.

2-Kérocuac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Traducción española: Barcelona: ed Elsevier; 2007.

2-Riba L, Buendía, C, Fabrellas, N. Trio de Damas: reflexión sobre la humanización de los cuidados. Barcelona: Revista ROL. Enero; 2008. V:3;N:1; p.9/14.

3- Bousso R S, Poles K, et al. Creencias religiosas, enfermedad y muerte: perspectivas de la familia en la experiencia de la enfermedad. Rev. Esc. Eferm. USP;45(2):397-403, abr. 2011.

4-de Souza C, Luiz I, Lucchetti G. Knowledge and attitudes of nursing professors and students concerning the interface between spirituality, religiosity and health. Sao Paulo. Brasil: Rev. Latino-Am. Enfermagem; vol.19 no.5 Sept./Oct. 2011.

POSTER 123**AUTORES/AUTHORS:**

Gema Jimenez Masero, María Jiménez-Herrera

TÍTULO/TITLE:

ASPECTOS LEGALES EN LA CALIDAD DEL REGISTRO DE INCIDENCIAS DE ENFERMERÍA

Objetivos.

1. Conocer la calidad del registro de enfermería (RE) en un centro hospitalario.
2. Valorar los elementos que son necesarios para alcanzar los estándares óptimos de calidad y legalidad.

Métodos.

El estudio se realizó en la Fundación Privada Hospital-Asil de Granollers, en la UH de de Cirugía y Especialidades durante el primer cuatrimestre del año 2013, formada por 548 Registros en ese período.

El enfoque del estudio es cualitativo para analizar la calidad del registro en enfermería basándose en las categorías formales del mismo, mediante el análisis de contenido.

Las técnicas utilizadas fueron; la entrevista semi-estructurada con final abierto y el análisis de contenido.

Los informantes para las entrevistas fueron un médico y una enfermera, ambos con estudios de derecho y ejerciendo en la actualidad de asesores legales. Se consideraron las dos categorías por el rol de colaboración y porque en un peritaje, incluso médico, el RE es el más relevante por su continuidad.

Se escogieron de una muestra de 68, 10 RE al azar para realizar el análisis.

Los criterios de inclusión, para los Informantes que fueran o enfermera o médico expertos en temas legales, que accedieran a la entrevista de manera voluntaria y consintieran la grabación.

Los Registros tenían que ser cumplimentados por un turno mínimo una vez ingresado el paciente en la UH, incluyéndose todos los que se crearan.

Las entrevistas se enfocaron según la teoría de la literatura, y la Teoría de la Burocracia de Marilyn Ray. Las categorías se determinaron a partir del Análisis de Contenido de las entrevistas transcritas y el Marco teórico, se estableció una parrilla de categorías y subcategorías para analizar los Registros.

Resultados.

La primera categoría son las características de lo RE, los informantes afirman la importancia de la asistencia del paciente. La subcategoría correspondiente trata de las anotaciones del Cuidado Enfermero, sin tener en cuenta la formalidad de los términos estandarizados. (NIC, NOC, NANDA). En un peritaje, no hace falta usar terminología propia de la profesión, si se sobreentiende la acción y la buena praxis.

Los expertos citan la importancia del Valor médico-Legal del documento.

Se analizan la claridad como el formato claro en la expresión para no crear ambigüedades. Se debe desarrollar la actividad tal cual sucede.

En cuanto a la veracidad, no hay constancia de no ser cierto lo anotado en la totalidad de la muestra.

La expresión científica es muy importante a la hora de poder objetivar un estado, si no se determina con los términos conocidos por todos, no se entiende como una medida valorable.

Es importante conocer la relación del RE con un certificado cada vez que se utiliza.

La Categoría Grafismo, lo dice la misma palabra, se tiene en cuenta todo lo concerniente a ella. Los expertos indican así su importancia, para evitar ambigüedades en el momento de analizar un cuidado. Desglosando; las faltas ortográficas se sospecha que se producen por una falta de tiempo, por la urgencia con la que se lleva a cabo esta parte del Cuidado, así mismo se podría decir de las abreviaturas y el orden gramatical.

Se debería valorar por parte de los centros que el cuidado es una parte más de las tareas establecidas de enfermería, y establecer un tiempo y un espacio para ello.

Los informantes nos reiteran la necesidad de dejar constancia de las incidencias más relevantes en caso de poder dedicar poco tiempo. En la mitad de ellos se registró durante todos los turnos, y manteniendo la cronología de los sucesos. Como dato anecdótico, en países más estrictos (EEUU) con la práctica asistencial de las enfermeras, se castiga penalmente el anotar antes del suceso,

incluso anotar un suceso posterior .

Los Estándares Óptimos de Calidad y Legalidad son los básicos en relación al estudio de la buena praxis enfermera. Lo no registrado, no existe. En el estudio, no existe ausencia de la identificación del profesional, ya que está implícito en el aplicativo Informático (SAVAC), y en su totalidad se registran los sucesos importantes.

Discusión.

En el análisis del estudio, se traduce, que un registro con Calidad, se convierte en un Registro de Calidad, ya Ray lo tiene muy en cuenta en su Teoría.

Se detecta en el estudio que a la burocracia se dedica poco tiempo y sin recursos para llevar a cabo esta parte del cuidado, se sintetiza un Cuidado de Calidad. Se sospecha que después del desorden, no se debe olvidar que aumentan las demandas, sobretudo en este tiempo de crisis, se acabará creando un espacio para llevar a término esta parte más del cuidar. Si se Registra correctamente la atención del paciente, no habrá dudas del Cuidado Holístico, que profesa la literatura que estudia este tema y la defensa de la Holonomía que defiende Ray.

Para concluir, se debería promover la necesidad de crear espacio para que se permita un Cuidado Holístico necesario para nuestra excelencia como enfermeras, para un Cuidado dedicado para y por las personas.

Implicaciones a la práctica.

La importancia de un buen registro es sinónimo a un buen cuidado, dar veracidad y constancia del cuidados realizado. Se realizarán formaciones específicas de mejora.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Jefatura del Estado. BOE núm. 281, de 24 de noviembre de 1995. Vigencia desde 24 de Mayo de 1996. Esta revisión vigente desde 17 de Enero de 2013.
2. Mompert MP, Durán M. Administración y gestión. Enfermería 21.2ª Ed. DAE; 2004: 183-7.
3. Ley 16/2010 Drets d'Informació i Autonomía del pacient. Ley 16/2010, de 16 de julio, del régimen de cesión de tributos del Estado a la Comunidad Autónoma de Cataluña y de fijación del alcance y condiciones de dicha cesión. Jefatura del Estado. BOE núm. 173, de 17 de Julio de 2010. Vigencia desde 18 de Julio de 2010.
4. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Jefatura del Estado. BOE núm. 102, de 29 de Abril de 1986 .Vigencia desde 19 de Mayo de 1986. Esta revisión vigente desde 06 de Octubre de 2011-
5. Generalitat de Catalunya. Dpto Salut. Direcció d'Estratègia i coordinació. El registre dels professionals Sanitaris de Catalunya. Comissió per al desenvolupament operatiu del llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya. Barcelona. Novembre 2005.
6. Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y a la documentación clínica. Presidencia de la Generalitat de Catalunya. DOGC núm. 3303, de 11 de Enero de 2001 y BOE núm. 29, de 02 de Febrero de 2001 Vigencia desde 31 de Enero de 2001. Esta revisión vigente desde 11 de Junio de 2010 .
7. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Jefatura del Estado. BOE núm. 280, de 22 de Noviembre de 2003 Vigencia desde 23 de Noviembre de 2003. Esta revisión vigente desde 24 de Abril de 2012.
8. 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. Jefatura del Estado. BOE núm.. 274, de 15 de Noviembre de 2002.Vigencia desde 16 de Mayo de 2003. Esta revisión vigente desde 06 de Octubre de 2011.
9. Codi deontològic de ètica aprobado en Junta General Extraordinaria del Colegio Oficial de Ayudantes Técnicos Sanitarios y

Diplomados de Enfermería de Barcelona, celebrada el 29 de octubre.

10. Competencias de la Profesión de Enfermería. Disponible en:

<http://www.coib.cat/uploadsBO/Noticia/Documents/COMPETENCIAS%20DE%20LA%20PROFESI%C3%B3N%20DE%20ENFERMERIA.PDF>

11. ISO 9000:2005:Disponible en: http://www.uco.es/sae/archivo/normativa/ISO_9000_2005.pdf

POSTER 127**AUTORES/AUTHORS:**

MARÍA LUISA QUINTERO SOLÍS, MARÍA MAGDALENA DE TOVAR FERNÁNDEZ, MARÍA CARMEN JIMÉNEZ ESTRADA, MARÍA PILAR RODRÍGUEZ LARA

TÍTULO/TITLE:

COORDINACIÓN INTERNIVELES COMO RESPUESTA A LA HIPERFRECUENTACIÓN DE PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar estrategias encaminadas a mitigar la hiperfrecuentación de los pacientes institucionalizados que acuden a nuestro servicio de urgencias.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar los pacientes hiperfrecuentadores institucionalizados que acuden a nuestro servicio de urgencias.

Identificar los motivos de consulta por los que acuden.

Identificar las residencias que generan mayor presión asistencial en nuestro servicio de urgencias.

METODOLOGÍA

1. El primer paso es la realización de un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo de los pacientes institucionalizados que acudieron a nuestro servicio en más de 10 ocasiones entre el 1 de enero del 2012 y el 31 de abril del 2013. Los datos se obtienen a través de una consulta exproceso al programa de gestión documental del hospital (ACTICX).

2. Tras este análisis se lleva a cabo una sesión clínica junto con las enfermeras gestoras de casos de atención primaria, con el fin de identificar áreas de mejora sobre las que trabajar.

RESULTADOS

Se atendieron un total de 1539 pacientes institucionalizados. Una media de 96,19 pacientes al mes.

El 74% de los pacientes son mayores de 76 años y el 66% son mujeres.

Al 70% de los pacientes se les resuelve el problema y son dados de alta a domicilio, siendo solo un 30% entre los hospitalizados y trasladados a otro centro.

Atendemos pacientes de 45 residencias en 24 municipios del Aljarafe, y el 26% proceden de uno de los municipios (Mairena del Aljarafe). El 48% de los episodios los generan residentes de cuatro residencias.

En cuanto a la actividad asistencial generada por cada residencia obtenemos que la residencia Montetabor (Gines), con 43 plazas, fue la que más episodios nos generó (109) durante el periodo de estudio.

La residencia que genera mayor presión por residente es Montetabor, protagonizando una media de 2,5 episodios por residente.

Fueron 6 los pacientes institucionalizados que acudieron en más de 10 ocasiones.

Dos pacientes que acaban siendo éxitos en el periodo de estudio.

Un paciente de la Residencia Jardines Alhambra (Espartinas), cuyo motivo de consulta más repetido fue la Hematuria asociada a Neo vesicales, problema que fue resuelto tras intervención quirúrgica, dejando de acudir por dicho motivo.

Un paciente de la Residencia La Viña de Grandes Dependientes (Chucena), cuyos dos motivos de consultas más repetidos son

salida de un dispositivo: Sonda PEG y fiebre asociada a Infección del Tracto Urinario en paciente con sondaje vesical permanente.

Un paciente de la Residencia Vitalia (Mairena del Aljarafe), cuyo motivo de consulta prevalente fue la Disnea en paciente EPOC por un incumplimiento del régimen terapéutico (fumadora activa, O2 8h/día que no cumple...)

Un paciente de la Residencia Vitalia (Mairena del Aljarafe), cuyo motivo de consulta prevalente es la salida de un dispositivo: Sonda Vesical por "autorretirada"

Estudiando cada caso, y viendo los motivos de consulta por los que acudieron en el periodo de Ene 2012 a 30 Abril 2013, nos centramos en los tres últimos casos, dado que el problema más repetido por el que acudían, estaba asociado al manejo de dispositivos (Sonda PEG, Sonda Vesical) y a un incumplimiento del régimen terapéutico.

DISCUSIÓN: APLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Del análisis obtenido, que sirvió de punto de partida para la realización de la sesión clínica con atención primaria, se propusieron las siguientes acciones:

Por nuestra parte (atención hospitalaria), se establece un circuito para protocolizar la atención a este grupo de pacientes.

Se comunica al grupo de enfermeros del triaje la importancia de la detección precoz de estos pacientes, desde su entrada en el servicio de urgencias, para un mejor seguimiento, así como la comunicación a la enfermera coordinadora de urgencias.

En el caso de alta a domicilio de éstos pacientes, desde el servicio de urgencias, se emitirá el informe de continuidad de cuidados, cuya información será reforzada con una llamada telefónica, que realizará la coordinadora de enfermería de urgencias a la enfermera gestora de casos de la zona básica de salud a la que pertenece la Residencia.

Por parte de atención primaria, la adecuación de los recursos materiales, conforme a las necesidades.

De forma compartida (atención primaria-hospitalaria), llevar a cabo un plan de formación que se ajuste a las necesidades que han sido detectadas en los profesionales de las instituciones.

En este sentido, el estudio ha servido de punto de partida para coordinar, entre ambos niveles (atención primaria-hospitalaria), la actuación dirigida a estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Bermejo Higuera, J. C., Carabias Maza, R., Díaz-Albo Hermida, E., Muñoz Alustiza, C., & Villaceros Durbán, M. (2010). Derivaciones al Servicio de Urgencias del hospital en una población de ancianos residentes: Estudio retrospectivo sobre sus causas y adecuación. *Gerokomos*, 21(3), 114-117.
2. Anguita, S. C., & Rodríguez, A. J. V. (2008). Continuidad de Cuidados y Comunicación interniveles entre equipos de emergencias

sanitarias y Atención Primaria. Páginas en enferurg.com: revista digital de enfermería, 15-25.

3. Terraza Núñez, R., Vargas Lorenzo, I., & Vázquez Navarrete, M. L. (2006). La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria*, 20(6), 485-495.
4. Díaz-Gegúndez, M., Paluzie, G., Sanz-Ballester, C., Boada-Mejorana, M., Terré-Ohme, S., & Ruiz-Poza, D. (2011). Evaluación de un programa de intervención en residencias geriátricas para reducir la frecuentación hospitalaria. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46(5), 261-264.
5. Ruipérez Cantera, I. (2011). ¿ Es adecuado reducir la hospitalización en pacientes institucionalizados?. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46(5), 241-242.
6. Rodríguez Bouza M, Gonzalez Posada F, Péculo Carrasco JA, Moreno Otto C, Dominguez Guerrero F, Pérez de los Santos O. Coordinación entre niveles asistenciales en el abordaje de diagnósticos enfermeros para disminuir la hiperfrecuentación de servicios sanitarios de urgencia. *Rev Paraninfo Digital*, 2007; 2. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n2/122.php>>
7. Martínez, A. M., Miquel, D. N., Chico, M. P., & González, A. R. (2011). Características bio-psicosociales de los hiperfrecuentadores del servicio de urgencias de la corporación sanitaria Parc Taulí, del año 2007. *Trabajo social y salud*, (68), 263-289.

POSTER 129**AUTORES/AUTHORS:**

RUBÉN RODRÍGUEZ MOLINO, ALBA CRESPO-GARCÍA MENDIZÁBAL, ANA MARÍA GARRES MONTOLI, VERGELINA MORALES RUIZ, MARIA ISABEL SANTIN GARCÍA

TÍTULO/TITLE:

RENOVACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN RCP Y DESFIBRILADORES EN PERSONAL SANITARIO.

OBJETIVO.

Es imprescindible la actualización de conocimientos y manejo de desfibriladores semi-automáticos en nuestro ámbito para mantener un equipo entrenado adecuado a las necesidades actuales de nuestros servicios.

Nuestro objetivos son:

Disminuir la morbi-mortalidad en pacientes en PCR en servicio de urgencias.

Actualización protocolo PCR, y de los conocimientos del personal de enfermería en RCP.

Manejo del DEA y abastecimiento del mismo en todos los niveles de URG.

MÉTODOS

Se realizó una investigación de carácter primario, cuya metodología utilizada fue un estudio cuasi-experimental pre/ post ,en el año 2012.

El área de estudio : evaluación de intervenciones en cuidados/habilidades/ técnicas.

El ámbito dónde fue desarrollado fue en el área de urgencias de un hospital de tercer nivel, en atención hospitalaria.

El diseño del estudio realizado, fue experimental cuantitativo realizado en un periodo de 6 meses.

Se incluyó en la muestra todo el personal del área de urgencias (incluyéndose en esta tanto a : enfermería y auxiliares de enfermería), obteniéndose una muestra a estudio de 125 profesionales. La población de referencia que participó fueron adultos >18 años.

Planificamos dos líneas paralelas estratégicas de actuación:

Actualización de conocimientos sobre RCP /DEA mediante un programa formativo.

Colocación de DEAs en todos los niveles de urgencia del hospital.

Recursos utilizados:

-Adquisición de 5 DEA, para ubicarlos en los distintos niveles de urgencia.

-Comisión interna, especialista en RCP.

-Programa formativo: se planifican 25 sesiones formativas teórico-prácticas.

-Un cuestionario que evalúe conocimientos en RCP básica /DEA pre/post formación.

RESULTADOS.

Hemos formado a 125 profesionales: 75 enfermeros, 50 auxiliares de enfermería.

Se alcanzó 86% aciertos en preguntas cuestionario.

Se obtuvo un acceso al DEA en un tiempo < 1min en todas los niveles de urgencia del centro.

Identificación de acciones correctas ante una PCR 100% y 92% en uso de DEA.

DISCUSIÓN.

Hemos instaurado un programa de desfibrilación temprana en el hospital, logrando un intervalo descarga eléctrica \leq 1-3 minutos.

Disponemos de personal de enfermería entrenado en materia RCP consiguiendo una resucitación eficaz y unos equipos estratégicamente distribuidos.

Inicio de reanimación avanzada < 4 minutos desde la detección de las paradas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía.

- (1) Proyecto Séneca. Informe Técnico Diciembre 2008. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. Secretaría General Técnica ed. Madrid; 2009.
- (2) Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Construcción y Validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. 2008; Ministerio de Sanidad y Consumo.
- (3) Perales N, Pérez J.L., Bernat A., Cerdá M., Álvarez J.A., Arribas, P., Latorre F., Martínez A., Ortega, J. Fonseca, F., Cárdenas, A. La resucitación cardiopulmonar en el hospital: recomendaciones 2005. Med Intensiva 2005;29(6):349-356.
- (4) Nolan J., Soar, J., Zideman, D., Biarent,D., Bossaert, L., Deakin, C. Koster, R, Wyllie, J., Böttiger, B. Guías para la Resucitación 2010 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC). European Resuscitation council 2010.
- (5) Weisfeldt ML, Sitlani CM, Ornato JP, et al. Survival after application of automatic external defibrilators before arrival of the emergency medical system: evaluation in the resuscitation outcomes consortium population of 21 million. J Am Coll Cardiol 2010;55:1713-1720.
- (6) Kitamura T, Iwami T, Kawamura T, Nagao K, Tanaka H, Hiraide A. Nationwide public-access defibrillation in Japan. N Engl J Med 2010;362:994-1004.
- (7) Álvarez-Fernández JA, Perales-Rodríguez N. Recomendaciones internacionales en resucitación: del empirismo a la medicina basada en la evidencia. Med Intensiva 2005;29(6):342-348.

POSTER 130**AUTORES/AUTHORS:**

Anna Bocchino, Pilar Montes, María Jesús Medialdea

TÍTULO/TITLE:

Efectividad de la información preoperatoria sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos

Objetivos: El objetivo general del presente proyecto ha sido describir mediante el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1979) el proceso relacionado con la valoración, la información en pacientes y familiares en el proceso de intervención quirúrgica y el nivel de ansiedad que genera esta situación.

Entre los objetivos específicos hemos evaluado la efectividad de la información prequirúrgica en relación a la disminución de la ansiedad preoperatoria de los pacientes.

Metodología: Estudio experimental, aleatorio, con grupo control, desarrollado en el hospital de Cádiz.

La población que se ha estudiado es la de los pacientes que acudieron de forma programada para la intervención quirúrgica de prótesis de rodilla y/o cadera durante cinco meses en un año. La muestra final estuvo compuesta por 110 sujetos, con una edad media de 67.5 años.

Se aleatorizó la inclusión a 2 grupos: experimental y control. El grupo experimental recibió un pan#64258;eto con información personalizada y el grupo control no recibió ninguna información. A los dos grupos se les paso el cuestionario de ansiedad-rasgo (State Trait- Anxiety Inventory) en la versión en español (IDARE Spielberger y Guerrero, I.D.A.R.E. 1975) y al grupo experimental el cuestionario de información ISQ-1.

Este formulario fué desarrollado y ha sido empleado ampliamente por el Information for Patients Research Group (Grupo de Estudio de Información para Pacientes), Cambridge, utilizado sobretudo en pacientes oncológicos.

La escala STAI está formada por dos escalas autoevaluables, utilizadas para medir dos conceptos distintos de la ansiedad: La Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado.

La primera se refiere al nivel de ansiedad que normalmente tiene una persona, cuando no está sujeta a una situación estresante; la segunda a los niveles de ansiedad en un momento determinado, momento sujeto a una situación potencialmente estresante. Tiene un total de 40 ítems (20 de cada uno de los conceptos).

Las puntuaciones para ambas escalas varían desde una puntuación mínima de 20 a una máxima de 80 en progresión con el nivel de ansiedad. Los sujetos contestaban a cada uno de las afirmaciones ubicándose en una escala de cuatro puntos likert.

La aplicación de estos cuestionarios ha sido seleccionada por formar parte de numerosos estudios sobre información y ansiedad (Thomas et al., 2000; Spielberger et al, 1975).

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa SPSS para Windows versión 19.

Resultados: Comparando los dos grupos tras medir su ansiedad-rasgo hemos podido observar una disminución en la ansiedad de los pacientes control, apreciándose una mejor evolución post-operatoria y rehabilitadora. Además hemos podido evaluar la satisfacción de los pacientes relativa a la información recibida.

Conclusión: Los beneficios se consiguieron con la formación del personal y la dedicación de 15 minutos al paciente y familia.

Cada día vemos en nuestros hospitales, como los pacientes y familiares demandan información al personal de enfermería mientras dura el proceso de intervención quirúrgica, entendido este como preoperatorio inmediato, intraoperatorio y postoperatorio. A menudo esta información no es explicada suficientemente con anterioridad y es, en el momento de la hospitalización ante determinadas situaciones (espera mayor de lo que pensaban, nerviosismo, etc.), cuando el paciente la demanda.

Por todo esto hemos considerado necesario realizar un estudio sobre qué información se le daba a los pacientes en el caso de una intervención quirúrgica y como podía influir en su vivencia del proceso de recuperación. Considerando los resultados obtenidos y el bajo coste que ha supuesto para la sanidad creemos en la necesidad de continuar con futuros estudios, así los beneficios demostrados con la investigación podrán ser la base para efectuar cambios en la práctica habitual.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bronfenbrenner, U. 1979. The ecology of human development: Experiments by nature and desing. Cambridge, Massachusetts: Howard University Press.

Spielberger, C., & Díaz-Guerrero, R. (1975). IDARE Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado. México: El Manual Moderno.

POSTER 132**AUTORES/AUTHORS:**

AYSE CEVIRME, GULGUN DURAT, HULYA ÇEVIRME, OZGE KAYNAK, KEVSER OZDEMIR

TÍTULO/TITLE:

INTERCULTURAL SENSITIVITY AMONG NURSING AND MIDWIFERY STUDENTS AND CONTRIBUTING FACTORS

OBJECTIVES

Health needs of individuals vary with their cultural backgrounds. It is a basic human right to openly express one's own cultural being and this should be respected. Purnell has stated that caregivers need to have general and specific cultural information in order to give sensitive and culturally competent care. Cultural sensitivity and awareness can be improved(1). This study is a descriptive study to determine the levels of intercultural sensitivity of nursing and midwifery students and the factors contributing to it.

METHODS

The study is conducted among 2nd, 3rd and 4th grade nursing and midwifery students of Sakarya University, School of Health. 308 students volunteered to participate. A survey form, Turkish Intercultural Sensitivity Scale (ISS) and Social Comparison Scale (SCS) are used. The data were evaluated using percentage, mean value, correlation, ANOVA and t-test.

RESULT OR FINDINGS

A total of 72.1 % of the students have had interactions with other cultures. A correlation between sensitive communication, which is a subdimension of ISS, and the grade of the student was found. The significance stems from the 4th grade students ($F=4,220p=.016$). Subdimensions of responsibility in intercultural communication, respect to cultural differences, self-confidence in communication and the subdimension of liking communication have a meaningful correlation with the hometown before university. Significance stems from the ones living in metropolys ($p<0.05$). ISS and SCS have no correlation. There is a significant correlation between responsibility in intercultural communication, self-confidence in communication, sensitivity in communication, intercultural sensitivity scale in general and having a foreign language ($p<0.05$). The correlation between the demand of benefitting from student exchange programs (Erasmus, Socrates, etc.) and ISS was examined and it was found that there was a meaningful correlation between responsibility in intercultural communication, respect to cultural differences, self-confidence in communication, liking communication, sensitivity in communication and the scale in general ($t=5.127$; $p=.000$). There was a statistically meaningful correlation between the students' demands of working abroad and ISS. The correlation between courses on culture and health and self-confidence in communication subdimensions was found out to be meaningful. However, no meaningful correlation was found between ISS and SCS ($r=0.209, p=.000$).

DISCUSSION

Among the students participated in the study, it was seen that intercultural sensitivity levels were higher in the girls interested in different cultures and having a wish to get a chance to be abroad. The courses on culture and health were found to cause a significant correlation. It is thought that the whole nursing education needs to give adequate knowledge, skills and implementations on cultural awareness(1,2,3).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1-Morrall P. Imagination. In: Morrall P, ed. *Sociology and Health*. 1st ed. Routledge; 2001. p.8- 20.
- 2- Vila Banos R. Intercultural sensitivity of teenagers: A study of educational necessities in Catalonia. *Intercultural Communication Studies* 2006;15(2): 16-22.
- 3- Peng SY. A Comparative perspective of intercultural sensitivity between college students and multinational employees in China. *Multicultural Perspectives* 2006;8 (3): 38-45.

POSTER 135**AUTORES/AUTHORS:**

Ayfer Bayindir Çevik, Nermin Olgun

TÍTULO/TITLE:

The problem solving skills of turkish nursing students and the success in nursing process applications

Objectives

This study was planned as a longitudinal study that seeks to establish correlations in order to improve the problem solving and nursing process application skills of nursing students in clinical applied courses starting from the first year, as well as to evaluate effect of problem solving skills on nursing process applications.

Methods

The study group consisted of 71 students taking the "Fundamentals of nursing" and "Medical nursing" courses. An information form, the Problem Solving Inventory^{1,2}, and the nursing processes^{3,4} the students presented at the end of clinical courses were used for data collection. Numbers and statistical distributions, arithmetic mean values, the t test, and the Wilcoxon, McNemar and correlation analyses were used as statistical methods.

Results

A total of 71 nursing students (29.6% male and 70.4% female) was included in the study. The mean age of the students were 19.38 ± 0.79 years. It was determined that the students found the NANDA method they used for preparing the nursing process more difficult and the LA method easier during the 2nd year. The difference was found to be statistically significant ($p < 0.05$). The students' success grades which comprised of the phases of the nursing process points and the general total scores according to their class, it was determined that there were significant differences between the objective/goal setting ($p < 0.05$) and the application of the nursing process phases ($p < 0.001$), and the success grades ($p < 0.001$).

It was found that the students improved with regard to their first year in problem solving skills and nursing process preparation skills. Although there wasn't a statistically meaningful relationship between problem solving skills and nursing process grade averages, it was seen that improving problem solving skills increased successful grades.

Conclusion/Implications for nursing practice:

The results support the hypothesis that problem solving skills and the application of the nursing process can be improved during nursing education and that students who improve their problem solving skills would be more successful in performing the nursing process. The students were suggested to use critical thinking, innovation, more realistic and practical approaches, and care plans, as well as revising nursing processes in order to improve their problem solving skills and nursing process application skills.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**References**

1. Heppner PP & Petersen CH. The development and implications of a personal problem solving inventory. *Journal of Counseling Psychology* 1982; 29: 66-75.
2. Şahin N, Şahin N.H., Heppner P.P. Psychometric Properties of the problem solving inventory in a group of Turkish University Students. *Cognitive Therapy Research* 1993; 17: 379-439.
3. Staub MM. A study on the use of nursing diagnoses, interventions and outcomes in nursing documentation. Bern: Blackwell Publishing Ltd, 2006.
4. Babadağ K, Kaya N, Esen F. Öğrencilerin NANDA hemşirelik tanımlarının belirlenme durumları. *Hemşirelik Forumu* 2004; 7: 37-41.

POSTER 136**AUTORES/AUTHORS:**

Berit Mosseng Sjølie

TÍTULO/TITLE:

Nursing students learning regular mapping and improvement work regarding to forestall malnutrition in homebound elderly

Objective

The purpose of this study was to study methods of teaching, where students were taught improvement of quality of a service by taking part and responsibility in systematic mapping and developing connected to forestalling health-service in a community. The study wanted to investigate if the teaching-methods can be made into a lasting model of what to teach other students to improve the quality of their work as a nurse.

Method

Students written reflection over the experience they had during the work they took part in, was made into the base of the study. The analyzing-method "Systematic Text Condensation" was used for analyzing the students written reflections over their own experience. The analyzing-method is inspired by Giorgis phenomenological analysis, and works well on descriptive transversal analysis of a phenomenon that is described in material from many different informants, which then develops new descriptions or conceptions. The goal of the method was to develop knowledge about the students' descriptions of knowledge development in the practical studies connected to the specific goals of the teachings .

Results

The results indicate that the students experienced the teaching-method as useful for achieving skills in systematic mapping and improving quality. The teaching methods have provided enhanced knowledge about the fact that health-improving and forestalling malnutrition is a big element of the responsibility of being a nurse. The work of mapping and improving has given the students a new type of knowledge that the students were not aware of earlier. The knowledge is described as a so called "knowledge of the patients' self-awareness". Knowledge of the patients' self-awareness depends on how the communication between the patient and the nurse goes.

Discussion

International studies show that homebound elderly helped by the Home Care Service is in danger of malnutrition . The Norwegian communities are required to strengthening the health promotional care . Newly educated nurses must have knowledge within this subject of health-promoting and obviating work, securing quality, organizing and direction of the nursing-service . This study indicates that nursing students may learn to use tools for mapping nutritional status in older people, by participating in improvement activities together with the staff.

Older adults are poorly assessed for malnutrition risk, although malnutrition risk is a common problem in this population . The students discovered a new type of knowledge, called "knowledge of the patients' self-awareness". This indicates that improvement work regarding to forestall malnutrition may capture the nurse to-be interest for the elderly capability to ask for support and help, particular regarding nutritional needs, but also other needs.

Studies show that it's a great challenge for the workforce to improve the quality of their work, regards both to time and knowledge. This study indicates that it's expedient to engage students as a resource in quality improvement work. Employees, who often have limited knowledge about systematic mapping and forestalling malnutrition, will perhaps be able to gain knowledge during this sort of collaboration. A new study will reveal just this.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning (Qualitative methods in medical research)*. Oslo: Universitetsforlaget.

Nicolas, A. S., Faisant, C., Nourhashemi, F., Lanzmann-Petithory, D., & Vellas, B. (2000). 'Association Between Nutritional Intake and Morbidity After Four Years in a French Elderly Population. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics* (19:4), pg. 19-30.

Mowè, M., Elia, M., & Green, C. (2008). seven-year survival in very aged patients with body mass index between 24 and 26 kg/m². *J Am Geriatr Soc* , 56 (2), pg. 359-360.

The Coordination Reform (2009). White paper no. 47 (2008-2009) . Oslo: Department of Health and Care Services.

National curriculum for nursing education (2008)

http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Sorbye, L., Schroll, M., Finne, S., Jonsson, P., Topinka, E., & Ljunggren, G. (2008). Unintended Weight Loss in the Elderly Living at Home: the Aged in Home Care Project (AdHOC). *J Nutr Health Aging* , 12 (1), pg. 10-16.

POSTER 137

AUTORES/AUTHORS:

Maija Hupli, Outi Nyman

TÍTULO/TITLE:

Nurse students' views on nursing rehabilitation and its teaching

Objective

The purpose of the study was to describe nurse students' views on rehabilitation nursing and how it has been taught in nurse education.

Methods

The informants were the third year nurse students (n=11) in one university of applied sciences. The data were collected by means of focus -group interviews at the end of 2011. The data were analyzed by inductive content analysis.

Findings

The findings showed that rehabilitation nursing consists of a patient, a nurse and of nursing environment. Patients' motivation to rehabilitation was a significant conducive factor in the implementation of nursing rehabilitation. The students thought that both considering rehabilitation as the part of a nurse's job description and professional pride were factors that, for their part, made it possible to carry out nursing that promoted rehabilitation. The indolence of nurses and their insufficient knowledge of nursing contributing to rehabilitation were the hindering factors.

Surgical and psychiatric units of care were regarded as rehabilitative treatment units, whereas, according to students, intensive care and internal medicine units were not regarded as such. The students thought that there had been too little or just enough teaching of rehabilitation nursing. Lectures and functional teaching methods had helped students learn. There was no educational co-operation with other students within health care, but the need for it was recognized and considered important.

Discussion

The findings indicated that student nurses see rehabilitation nursing as consisting of the following discrete components: a patient, nurse and environment instead of considering it to make up of a nurse's comprehensive mode of work. Results can be used in nursing education to developing curricula and teaching methods and in the orientation of nurses who are supervising nurse students in clinical practice.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

-

POSTER 138**AUTORES/AUTHORS:**

Lemos Carolina , Chaves Lucieli Dias Pedreschi, Laus Ana Maria, Camelo Silvia Helena Henriques, Ferreira Janise Braga Barros

TÍTULO/TITLE:

Admissions to hospital in large teaching the period 1996-2011

Introduction : The representativeness of hospital's admissions in the Unified Health System and the importance of the hospital study in regional health system justify the initiative to investigate the dynamics of production of hospitalizations for physical (number of AIH processed / paid by SUS) and financial aspects of a teaching hospital , localized in the large state of São Paulo , with the goal of identifying production trends , as well as the factors and elements that can lead to possible variations. Objective: Characterize the dynamics of physical and financial hospitalizations in a teaching hospital in the state of São Paulo, through the Hospital Information System of the Unified Health System, according to specialty and year. Methodology : Evaluation research , using quantitative and qualitative data . For quantitative data, the collection was conducted documentary research on official database, the total number of hospitalizations in the specialties of clinical medicine, clinical surgery, obstetrics and pediatrics , in the period 1996-2011, using descriptive statistics. For qualitative data, interviews were conducted with members of the Senior Management from that hospital. The data were grouped by similarity of content and articulated quantitative data. Results: The study population consisted of 504,529 hospitalizations ; the present data is in the years correspondent to the lowest and highest value of hospital admissions regarding the physical and financial aspects of the period. The percentage of hospitalizations followed certain linearity, ranging from 5.52 % to 7.09 % in lower and higher production admissions, respectively. The amount of funding had a significant increase, and in 1996 accounted for 2.83 % of the funds expended, and in 2011 this amount represented 11.58 % of the costs of hospitalization. Analyzing the specialties, the surgical clinic in 1997 amounted to 4.92 % of admissions and in 2009 increased to 7.49 % , as financial resources, in 1996 the percentage of admissions paid was 2.73% , In 2010, this figure was 10.90% . In clinical medicine, admissions in 2007 accounted for 5.25%, in 2011 the percentage was 8.11 % , for the amount paid , there was an increase between 1997 and 2011 , from 2.75% to 14.03 % respectively. In the pediatric area in 1998, admissions represented 8.69 % and, in 2008, that number dropped to 4.64 % , as the financial amount in 1997 paid admissions accounted for 2.76 % in 2010 and increased to 12.88 % . In obstetrics, admissions in 1996 accounted 9.33% , and in 2010 was 4.58 % , compared to the financial production , in 1997 there was a percentage of 4.11 % in 2009 and increased to 9.73 % . Interviews emerged relevant aspects that can explain the variations of the physical and financial hospitalizations , namely: Embedding technology (including technological resources implies higher investments justifying spending on hospital admissions) ; Organization Network for Health Care (ordination of health services , with emphasis on primary care can justify the reduction in hospitalizations in pediatric and obstetrics , whose calls can be performed in less densely technology services , as well as growth of hospitalizations that require higher tech) and Demographic Profile (the progressive aging of the population , followed by the related comorbidities also influences the profile of admissions in surgery and internal medicine). Conclusions: Monitoring the qualitative and quantitative aspects of the hospital's admissions may provide subsidies for the planning process of the local health system, since it is possible to identify the influence of seasonality, as well as evidence of possible distortions in the local system of ambulatory care in patient flow and demand of the population outside the municipality . The results may show aspects of management, a field in which the nurse consolidates its activities in the formulation , pact , monitoring and evaluation of policies that focus on health services , and therefore about the care (LEMOS, CHAVES, 2011) . The monitoring of hospital enables the manager to structure the health care and hospital funding , constituting an important management tool . The organization of care networks , the age profile of the population and the incorporation of technology impacting on hospital care , particularly in admissions. It is understood that the results encourage the development of new evaluative research using information systems available , with a view to analyze possible readmissions , detailing the main procedures performed in the hospital , not only to identify aspects of the complexity of the cases treated , but also the admissions for primary care sensitive conditions .

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

LEMOS, C.; CHAVES, L. D. P. Produção de internações hospitalares, no Sistema Único de Saúde, na região de Ribeirão Preto, Brasil. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 727-735, 2011.

MENDES, A. C. G. et al. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 955-964, 2012.

POSTER 141**AUTORES/AUTHORS:**

Ramanand Chaudhary, Basant Karn

TÍTULO/TITLE:

Performance of Eastern Region ANM. Staff Nurses on Maternal and Neonatal Health Skills

Objectives:

The objectives of the study were to assess knowledge and performance skills of ANM Staff Nurses regarding Maternal and Neonatal health (Antenatal, Natal, Postnatal and Immediate Newborn Care) skills.

Methodology:

Descriptive analytical study design was used to assess knowledge and find out performance skills of ANM staff nurses on Maternal and Neonatal Health. The research was conducted in selected Primary Health Care Centre (PHCC) of Eastern Nepal. ANM staff nurses working in PHCC were included in the study. Data was collected using semi-structured questionnaire and skill check list based on the objectives. Descriptive statistics were used to analyze collected data.

Results:

The ANM staff nurses are most frequently involved in obstetric and new born care at PHHC. Over all knowledge of ANM staff nurse was better in antenatal, intra-natal and post natal care, while they were relatively poor in new born resuscitation.

The study showed that ANM staff nurses are most frequently involved in providing obstetric and new born care at PHCC. Each and every representative were found to be involved in MCH activities specifically 43.33% were attending 21-30 antenatal mothers, 56.66% had an opportunity to conduct 1 delivery at PHCC and majority (83.33%) were involved in providing post natal care to around 5 mothers. Majority of subjects (66.66%) found to have fair knowledge of antenatal care while half of them had fair and another half had good knowledge regarding childbirth and immediate newborn care. Majority of the participants (86.58%) had fair knowledge about post partum care of mother. Similarly 66.66% had fair knowledge about newborn resuscitation.

ANM staff nurses found to have very poor skills i.e. only 16.7%, 36.7% and 7% were competent in providing antenatal, intra-natal and post natal care respectively. Unfortunately none were found competent in new born resuscitation.

Discussion:

Knowledge is a back bone of skill & practice. While assessing the knowledge about antenatal care, history taking and physical examination were focused. Our findings showed that 66.66% ANM Staff Nurses had fair knowledge, 30% had good knowledge and only 3.33% had poor knowledge about antenatal care. As ANM Staff Nurses working at PHCC get frequent opportunity for antenatal care this might have contributed to their knowledge.

The study revealed that 50% ANM Staff Nurses at PHCC had fair and rest 50% had good knowledge about normal labor. Though opportunities for caring mothers in labor are least at PHCC, ANM staff nurses found to have good knowledge. This might have appeared because they have more interest in intranatal events and care. Being less frequently practiced with relatively high risky practice, intranatal care might have got extra attention by ANM Staff Nurses.

In reference to knowledge about post natal care 86.58% ANM Staff Nurses were found to have fair knowledge while 10% had good knowledge. Even they had more opportunity to interact with postnatal mothers in compare to intranatal mothers, the knowledge of ANM Staff Nurses were more about intranatal events and their care.

Newborn care is essential component of MCH care. The study showed that 66.66% respondents had fair knowledge, 13.33% had good knowledge and 20% had poor knowledge regarding newborn resuscitation. In comparison with antenatal, intranatal, postnatal knowledge about newborn resuscitation was least among all. The reason behind compromised status of knowledge regarding newborn resuscitation among ANM Staff Nurses might be an inadequate opportunity to resuscitate the newborn baby at PHCC.

Skill is primarily based on knowledge, attitude of health workers and opportunity to practice repeatedly. Skills of ANM Staff Nurses working at various PHCC of eastern region of Nepal were assessed on pregnant mothers at real clinic set up and anatomical model. All ANM Staff Nurses had opportunity to demonstrate their skill about antenatal & postnatal care on pregnant mother at PHCC while only 6.66% had opportunity to show their skills of intranatal care in actual situation rest 93.33% on anatomical model. Similarly skills

for newborn resuscitation were demonstrated on anatomical model.

While providing antenatal care to the mothers, 83.3% ANM Staff Nurses found to be incompetent where as 16.7% were competent. The fact might have appeared because health workers do not find it essential to provide complete comprehensive antenatal care and tend to escape several components. Similarly, 63.3% ANM Staff Nurses were incompetent to conduct normal delivery at PHCC and 37.7% were competent. The particular findings might have come because ANM Staff Nurses have less opportunity to conduct delivery at PHCC. The study further showed that, 93.3% ANM Staff Nurses were incompetent in providing postnatal care. The present finding might have so obvious because they have no access to the postnatal mothers in the community.

The study did not find any one competent for providing newborn resuscitation. Unfortunately most of the PHCC were lacking resuscitation equipments at clinic; some of the ANM Staff Nurses had never used those equipments. Thus it appeared to be an immediate concern for all of us.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. ESCAP/UNDP. Initiative for the achievement of Millennium Development Goals in Asia and the Pacific. Bangkok: ESCAP 2002.
2. Graham WJ, Bell JS, Bullough CH. Can skilled attendance at delivery reduce maternal mortality in developing countries? In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, eds. Safe Motherhood Strategies: a Review of the Evidence; Studies in Health Services Organization and Policy, 17. Antwerp: ITG Press, 2001:97-130.
3. Guidelines for assessment of skilled providers after training in maternal and newborn health care. JHPIEGO, 2004.
4. Harvey S.A., Ayabaca P., Boucar M., et al. Are Skilled Birth Attendants Really Skilled? A Multi-Country Study Of SBA Competence, 2003. www.qaproject.org.au
5. Maternal and Neonatal Health Program. MNH Program: Evaluation of MNH Clinical Training for Service Providers (DRAFT). Baltimore, MD: JHPIEGO, 2001:81.
6. McDermott J, Beck D, Buffington ST, et al. Two models of in-service training to improve midwifery skills: how well do they work? J Midwifery Women's Health 2001; 46:217-25.
7. McDermott J, Beck D, Dwi Yani F I, Soraya I, Muslim PA, et. al. Training Evaluation Report: Mother Care/Indonesia. Arlington, VA: Mother Care, John Snow, Inc., 1999:126.
8. Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant: a joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva, World Health Organization, 2004.
9. WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank. IMPAC - Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. Vo. I. WHO/RHR Geneva: World Health Organization, Department of Reproductive Health & Research, 2000.

POSTER 142**AUTORES/AUTHORS:**

Maria de Fátima da Silva Vieira Martins

TÍTULO/TITLE:

Traditional knowledge and behaviours in pregnancy

Introduction

To give birth to a child is doubtless one of the most significant events in a couple's life. Due to the union between the mother's body and the foetus during the pregnancy, all the influences around the mother's body as well as the manifestations oriented voluntarily by her, will have repercussions on the infant during his gestation period. All the cultures possess beliefs around the vulnerability of the mother and of the foetus during the pregnancy. The cultural notions concerning the physiology of the pregnancy, mostly evoked after the birth of the infant, explains most of the times the undesired result of an infant with physical and psychological deformations or simply sicknesses. It is believed that the mother's behaviour may directly affect the physiology of the reproduction and cause harm to the foetus.

It is quite easy to recall some myths or beliefs that have been transmitted during our childhood by our mothers and grandmothers. However its acceptance may be determined by various factors such as the level of cultural, educational and economical standard as well as the frequency of contact with the older generations. In fact, the elderly people who detain experienced knowledge, which is consolidated within time, have assured their transmission till us. The woman, by listening to tales and reports of experiences lived by others will herself configured her own beliefs and myths that will determine her attitudes, generate fears and worries from which she constructs the representation of her pregnancy.

Methods

The goals of the study were identifying if the pregnant women that attend the Public Health Service are, or not, influenced by traditional knowledge. Our study was initially based on the triangulation of data which in the development of our analysis allowed us to proceed with a mix of quantitative and qualitative facts based on the semi-structured interviews. These interviews were accompanied with the non-participant observation done over 100 women that had given birth in an Obstetrics Care Unit. Geographically this study was limited to the areas of Amares, Braga, Póvoa de Lanhoso, Terras de Bouro, Vieira do Minho and Vila Verde, which are located in the northeastern region of Portugal.

Results

It is through its body that mankind is inserted within a certain social and cultural space. The body produces, receives and decodes messages, thus continuously produces meanings. In popular culture, the image of the body is that of a body that acts over nature and is influenced by nature itself. A woman's body seems to hold a double force: vulnerable to exterior elements of the universe and at the same time dangerous to these same elements. Another conclusion results on the influence of the family in the beliefs and the conduct of the pregnant woman, which are done through inter-personal relations. The family, as a primary social unit, is in a position to transmit to its members the cultural elements that intervene over the beliefs and the concept of pregnancy. We concluded that the women altered their behaviors during the pregnancy in favor of certain myths and beliefs, thus assembling elements of safety, protection, preservation, faith and tradition. These elements are necessary since by assuring the continuity of the group's existence these practices determine the pregnancy experiences in a dynamic manner. It is also important to refer that in Portugal until a few decades ago, the maternal and infant mortality rates were extremely high. Therefore, every act around the mother means not only to protect the infant from this mortality but also to protect the mother herself during labour period and birth itself. This is the reason why women have adopted health protective attitudes in order to promote their own health and that of her child.

Discussion

Beliefs are associated to the notions of good and bad. Thus, all that is considered to be bad and unhealthy for mankind are forbidden in order to protect the different elements of the group from what may be harmful, for example death. We can highlight that within our study it was difficult to determine at what exact moment it became a difficult task for the knowledge of pregnancy to turn into a social status. The reason is because knowledge itself is part of the development of the woman during all her long socialization process. It remains within the family circle that we early begin to learn certain things that will allow the continuity of values, ways of thinking, beliefs that will initiate the woman's socialization process. Little by little the group of knowledge will grow, passing through school period, friendship relations and even at work, and health service professionals. In fact the family holds a social and cultural function, which assures the most elementary learning related with the language, rites, and beliefs. It remains fundamental in the health care

practice to understand the importance of the traditional knowledge.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Barbaut, J. (1990). O nascimento através dos tempos e dos povos. Lisboa: Terramar.

Bardin, L. (1995). Análise de conteúdo. Lisboa: Ed. 70.

Billon, J.; Forestier, D. (2000). Connaissances professionnelles et savoirs profanes». in G. Cresson, G., Schweyert (sous la direction de) Les usagers du système de soins, (229-243). Rennes : Editions C.N.S.P.

Collière, MF. (1989). Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Douglas, M. (1981). De la souillure Essai sur les notions de pollution et de tabou. Paris: FM/Fondations.

Helman, C. (1994). Cultura, Saúde e Doença. Porto Alegre: Artes Médicas.

Jackson, D. (2000). Secrets traditionnels de la grossesse, de la naissance et de la maternité. Singapour, Édition du Seuil.

Joaquim, T. (1983). Dar à luz, ensaio sobre as práticas e crenças na gravidez, parto e pós-parto em Portugal. Lisboa: Publicações D. Quixote.

POSTER 143**AUTORES/AUTHORS:**

Otilia Maria Silva Freitas , Clementina Morna , Gregório Magno Freitas , Maria Helena Gonçalves Jardim, Equipa PEVs

TÍTULO/TITLE:

DIAGNOSE FOR BETTER INTERVENE: HEALTH BEHAVIORS OF CHILDREN

Introduction: The national plan for 2012-2016 refers us to a priority objective: promote favorable health contexts throughout the life cycle, being the school environment a reference point to provide acquisition and promotion of healthy behaviors (WHO). Objectives: to diagnose the health behaviors of children in their school environment. Methods: A descriptive study was carried out in children from a school in the RAM attending on 5th and 6th school years. It was used a questionnaire adapted from the "Health behavior in school-aged children (WHO). The population was 270 students. Results: Most children are female (53%). In what concerns the oral hygiene, 30% of them do not brush their teeth or only brush them from time to time; 42% only changes the toothbrush when it is very much used, 52% do not use dental floss and 38% is followed by oral health consultation sometimes or never. As regards the feeding , 17% of the children does not take snack or only takes it sometimes, 35.3% drink soft drinks once or several times a day, 27.1% rarely or never eats raw vegetables, 22.2% rarely or never eats cooked vegetables, 28.1% does not eat fruit daily, 42% do not eat meat, fish or eggs daily and 58.5% does not consume legumes, 31.4% daily consumes one or several times a day goodies and 25.6% consumes pastry one or several times a day, 25.1% consume fried and salted food once or several times a day, 23.6% consume coffee once or several times a day. As for the sports 29.8% do not practice out of the school. In leisure-time 10.6% spends more than 5 hours a day watching television; 23.5% plays electronic games during two or more hours a day. Conclusion: the results reflect the need of intervention in several areas and there is a project being elaborated.

Keywords: Health behaviors, children, education.

Otilia Maria da Silva Freitas

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Añez, C.R. Reis; R.S., & Petrosvsky, E. L. (2008). Versão Brasileira do Questionário "Estilo de Vida Fantástico": Tradução e validação para adultos Jovens. Florianópolis;

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (Janeiro de 2012). Plano Nacional de Saúde 2012-2016;

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA. Secretaria Regional dos Assuntos Sociais. (2011 b). A Saúde com as Pessoas - PRS 2011-2016.

POSTER 144**AUTORES/AUTHORS:**

Ana Paula Prata, Célia Santos, Margarida Reis Santos

TÍTULO/TITLE:

Self-efficacy in childbirth education classes: a Delphi study

OBJECTIVES

To validate the nursing interventions that are more appropriate to the promotion and teaching of self-efficacy in childbirth education classes.

METHODS

In order to develop a nursing intervention model that includes the teaching of self-efficacy in childbirth education classes, we conducted first an exploratory study by means of literature review and semi-structured interviews to twenty-five mothers in the day of the discharged from the hospital; In a second phase, after the identification of the interventions for teaching and promotion of self-efficacy, we developed (using an expert panel) a qualitative study for validation of interventions, using a modified Delphi Technique. The number of rounds in the Delphi technique depends on how the method was started and the time that the researcher has available for data collection. Initially, according to Santos and Amaral (2004), four rounds were held, now it is common to find studies with just two or three rounds, and the technique can be initialized with a pre-prepared list, as happened in this study. The size and composition of the expert group depend on the nature of research and the number of domain experts available. There is no one ideal size, but the literature suggests dimensions between 10 and 50 experts (Santos and Amaral, 2004). The study was undertaken between June 2 and July 16, 2010, and involved a group of 72 experts from the Northern and Central areas of Portugal. The surveys were sent via e-mail. Inclusion criteria: expertise in childbirth education and/or in self-efficacy with at least two years of professional experience; agreed to participate in all phases of this study. Surveys that were incomplete or returned after deadline were excluded from this study.

Sample: the first round included 42 individuals [95.2% (40) nurses and 4.8% (2) psychologists; average age = 42.1 years, SD = 8.84]; the second round included 37 individuals [94.6% (35) nurses and 5.4% (2) psychologists; average age = 42.1 years, SD=8.85]. With regard to the level of consensus, we used 70% as the minimum level of agreement among the experts (Almeida et al., 2010). In the application of the Delphi technique were also taken into account its main features: participants' anonymity, controlled feedback and statistical response of the group.

RESULTS

In the first round, of the 72 surveys sent, we obtained 42 (58.9%) responses that met the inclusion criteria. During this round, 16 (34%) of the 47 proposed nursing interventions reached the minimum level of agreement among the experts (set at 70%). The interventions that did not achieve consensus (31) were restructured, some of them rewritten, and three more were added, as per the participants' suggestions. During the second round, of the 42 surveys sent, we obtained 37 (88%) responses. The interventions that were proposed for validation reached a consensus of more than 70% and thus a new round did not take place. The level of agreement ranged between 70 and 100%, and only one intervention reached 100% of agreement.

Some of the interventions that reach consensus were: To assess the level of self-efficacy (91.9%); To inquire about prior experiences of pain (89.2%); To teach about positive self-thinking (94.6%); To instruct on anxiety self-control techniques (73%); To positively reinforce the ability to be active in labor (90.5%) and To give qualitative feedback (to compliment, to reinforce one's capability) (95.1%).

DISCUSSION

The teaching and development of strategies for the management and control of labor are objectives to be achieved in childbirth education classes, so as to contribute to a positive and satisfying experience of labor. Self-efficacy refers to the confidence and belief about one's capability to cope with events that cause stress through the use of adaptive actions that allow the control of tasks considered challenging (Brites & Nunes, 2010). As argued by Manning and Wright (1983), the effectiveness of childbirth education classes can be increased if these include the teaching of self-efficacy.

This study allowed us to validate nursing interventions that will facilitate the teaching of self-efficacy in childbirth education classes. This step is extremely important as it provides the midwives with a much needed tool to make the childbirth education classes more effective, thus increasing a pregnant woman's confidence and contributing to greater satisfaction with childbirth. This change in the preparation of the pregnant woman may also help in the bonding process with the baby and even contribute to an increase of the birth

rate.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

REFERENCES

Almeida, M.A., Pergher, A.K., & Canto, D.F. (2010). Validation of Mapping of Care Actions Prescribed for Orthopedic Patients onto the Nursing Interventions Classification. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. Jan-Feb 2010

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_18.pdf

Brites, R., & Nunes, O. (2010). Uma nova escala de autoeficácia parental. Estudos sobre validação. *Actas do VII simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Braga: Universidade do Minho

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, pp.421-431

Santos, L. & Amaral, L. (2004). Estudos Delphi com Q-Sort sobre a web: a sua utilização em sistemas de informação. *Associação Portuguesa de Sistemas de Informação*. [Retrieved 01 Out. 2012 from <http://hdl.handle.net/1822/2280>

POSTER 146**AUTORES/AUTHORS:**

Mariana de Oliveira Fonseca-Machado, Nayara Hildegardes Resende, Flavia Aparecida Dias, Nara dos Santos Costa, Bibiane Dias Miranda Parreira, Juliana Cristina dos Santos Monteiro, Flávia Gomes-Sponholz

TÍTULO/TITLE:

Characterization of donors from a Brazilian Human Milk Bank

1. Objectives: i. identify the profile of donors of human milk, their motives for donation and people who have supported this practice; and ii. characterize the donation behavior of these women.
2. Methods: this was an observational and cross-sectional study developed at the domiciles of women registered as donors in the Human Milk Bank of Uberaba, Minas Gerais, Brazil. We adopted the following inclusion criteria: i. having donated breast milk between July and September/2011; ii. reside in Uberaba; iii. being at home in one of the three home visits; iv. agree to participate in research. Among the donors registered at the Human Milk Bank in this period and eligible for the study, eleven did not participate due to change/lack of telephone contact, change of city, refused to participate or were not found at home after three attempts of visits. Thus, 31 women were included in the study. Data were collected between July/2011 and January/2012 with an instrument adapted from a model previously validated¹, which contains the following variables: age; marital status; educational level; household income; occupation; parity; pre-natal care; number and location of pre-natal consultations; guidance on human milk donation; previous donations; causes and reasons for the discontinuation of the previous donations; reasons for non-donation in previous pregnancies; reasons for donation in the current pregnancy; and frequency of donations. Donors were invited to participate in the research through telephone contact. Once obtained the verbal consent, home visits were scheduled, considering the convenience of both parts as to the date and time. The interviews had an average duration of 20 minutes. Data were processed and analyzed using Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 21.0. We used univariate analysis. Qualitative variables were presented as absolute and relative frequencies distribution, and for quantitative variables we calculated the mean values, standard deviations, and minimum and maximum values. We followed the standards for research involving humans. The project was approved by the research ethics committee of the Universidade Federal do Triângulo Mineiro. At the end of the interview, all participants received information and guidance based on their needs.
3. Results: donors had an average age of 29.5 years old; were predominantly married (74,2%) and primiparous (61,3%); had an average education of 10.6 years; were mostly inserted in the labor market (58,1%); and belonged to a middle social class (54,9%). They all received prenatal care, mostly in private services (54,8%). However, a small portion (29%) received guidance about human milk donation during prenatal. The reasons given for the donation in the current pregnancy were excess of milk (58,1%), altruism (32,3%) and problems with the breasts (9,7%). The donation was made once a week. The main reason given by women who did not donate in previous pregnancies was that they didn't know the existence of the milk bank (62,5%). The reasons which led them to discontinue donations in previous pregnancies were: "dried milk" (50%) and the return to work (50%). 25.8% were supported by family, 19.4% by family and partner, 12.9% by family, partner and friends, 6.5% only by a partner, and 35.5% did not receive support.
4. Discussion: breastfeeding is especially recommended for premature infants because it has nutritional and immunological properties, promotes the bond between mother and child, decreases the rate of new hospitalizations, necrotizing enterocolitis, and retinopathy of prematurity². Despite this recommendation, mothers of premature babies have difficulties with breastfeeding³. In this context, is highlighted the role of the Human Milk Banks which act as strategic elements for the promotion, protection and support of breastfeeding and for public policies in favor of breastfeeding. It has been a challenge for Human Milk Banks increase the volume of donations and reach the growing needs of human milk. In this sense, recruit new donors and increase the volume and frequency of donations has become a priority for most banks⁴. According to the study results there is a limitation in promoting the practice of human milk donation, which approach should be better exploited by nurses. The lack of orientation on the subject during pregnancy reveals the need for awareness and update by nurses. From this, they will provide health education and mobilize actions to promote, support and improve the rates of human milk donation, as a result of the awareness of women about this practice. Implications for practice: since the success of the banks depends on its donors, knowing the characteristics of these women becomes a priority for increasing the volume and frequency of donations and allows the proper focus of the actions of dissemination of Human Milk Banks, especially in prenatal care³.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Alencar LCE, Seidl EMF. Doação de leite humano: experiência de mulheres doadoras. Rev saude publica. 2009;43(1):70-7.
2. Maayan-Metzger A, Avivi S, Schushan-Eisen I, Kuint J. Human Milk Versus Formula Feeding Among Preterm Infants: Short-Term Outcomes. Amer J Perinatol. 2012;29(2):121-26.
3. Santos DTS, Vannuchi MTO, Oliveira MMB, Dalmas JC. Perfil das doadoras de leite do banco de leite humano de um hospital universitário. Acta Sci Health Sci. 2009;31(1):15-21.
4. Thomaz ACP, Loureiro VM, Oliveira TS, Montenegro NCMF, Júnior EDA, Soriano CFR, et al. J Hum Lact. The human milk donation experience: motives, influencing factors, and regular donation. 2008;24(1):69-76.

POSTER 147**AUTORES/AUTHORS:**

MELTEM YILDIRIM, GUL KOKNEL TALU, MUGE ATICI, ELIF KAYA, UMRAN UGUR, SERAP GUVEL, OZGE SUKUT, MAKBULE BATMAZ

TÍTULO/TITLE:

THE EFFECT OF POSITIVE AFFIRMATIONS ON CHRONIC PAIN

Background: Chronic pain is defined as pain that has lasted longer than three to six months (Croft et al 2010). Among patients with chronic pain, emotional reactions can be seen easily. However in patients with chronic pain emotional reactions has been decreased. This situation may cause underestimation of pain by healthcare providers. As long as the pain becomes chronic; it requires new approaches other than usage of analgesic drugs. Therefore, psychological support should be provided in parallel with medical treatment (Soykan and Kumbasar, 1999).

Having control of his/her own pain shouldn't be considered as concentrating on pain. In opposite; by using certain distraction methods, the patient can have control on his/her pain (Soykan and Kumbasar, 1999). Distraction is a part of behavioral therapy in pain management (Goubert et al. 2004). As a distraction method; music, virtual reality, art therapy can be used (Gutiérrez-Maldonado et al. 2012; Soykan and Kumbasar, 1999). In addition to these methods; the positive known effect of affirmative words and using distraction with words can be helpful in chronic pain patients. In this context; the aim of this study was to investigate the effects of affirmations on the management of chronic pain.

Methods: The controlled-experimental study was carried out in the Algology Department of a university hospital in Istanbul, Turkey. The sample included 25 patients for experimental group and 25 patients for control group who have diagnosed with chronic pain by the Algology Department. The patients were selected randomly and asked to participate to the study voluntarily. An mp3 player which contains 20 minutes of media file includes 45 positive affirmations related with muscle relaxation and well-being was given to the patients in the experimental group and they asked to listen to the mp3 file at least once in a day for 7 days. During the experimental process the patients were called by phone on the end of the day and asked for their daily pain score with 0 to 10 Numeric Pain Scale. The same phone-calls were also made with the patients in the control group. The data were evaluated with descriptive tests, non-parametric analysis; Mann Whitney-U and Spearman's Correlation.

Results: 28% of the patients in experimental group stated that the affirmations were very helpful. 52% stated that the affirmations were partially helpful for relieving pain. The average pain score in 7-day between the experimental group (18.78) were significantly lower than the average pain scores of the control group (32.22) ($p=0.001$). The correlation between the average pain score in 7-day and the average number of tape repetitions were not statistically significant ($r_s= 0.170$, $p=0.417$). In experimental group ($n=25$); 28% ($n=7$) of patients stated that the affirmations were very effective and 32% ($n=13$) said that the affirmations were partly effective. Seventy-two percent ($n=18$) of the experimental group stated that they will continue listening to the affirmations.

Discussion: Affirmations have positive effects to activate the body and consciousness. However there aren't enough studies which investigate the effect of affirmations on chronic pain management. As a theory; for understanding and changing behaviors; affirmation is a new subject. The first experimental document about affirmations published in the late of 1990s. There are promising evidences on the effectiveness of affirmations on behavior change (Epton and Harris 2008). In the study that we conducted in Turkey in 2012; usage of affirmations has decreased the appearance of the symptoms during and 4 days after chemotherapy (Yildirim et al. 2012). In this study, affirmations were found very effective in reducing chronic pain in comparison with the control group.

In addition; there wasn't a significant correlation between the repetition of affirmation tape and the pain scores. It can be said that, the positive effect of affirmations is not related with the repetition number of the affirmation tape. It is mostly related with the regularity of the listening process as it's applied every day in this study. Therefore; the therapeutic effects of affirmations on chronic pain can be used in clinical area with assistance of nurses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Croft P, Dunn K, Blyth FM, Windt D (2010) Definition and measurement of chronic pain for population studies. In: Chronic Pain Epidemiology From Aetiology to Public Health. Edited By: Croft P, Blyth FM, Windt D. Oxford University Press. ISBN 978-0-19-923576-6. Soykan and Kumbasar, 1999.
2. Epton T, Harris PR (2008) Self-Affirmation promotes health behavior change, Self-Affirmation and Health Behavior. University of Sheffield, England 2-25.
3. Goubert L, Crombez G, Eccleston C, Devulder J (2004) Distraction from chronic pain during a pain-inducing activity is associated with greater post-activity pain. Pain, 110:220-227.
4. Gutiérrez-Maldonado J, Gutiérrez-Martínez O, Loreto-Quijada D, Nieto-Luna R (2012) The use of virtual reality for coping with pain with healthy participants. Psicothema, 24(4): 516-522.
5. Soykan A, Kumbasar H (1999) Kronik Ağrı Tedavisinde Psikiyatrik Yaklaşımlar. Klinik Psikiyatri, 2:109-116.
6. Yildirim M, Gulsoy H, Batmaz M, Ozgat C, Yesilbursali G, Ergen RS, Ekiz S (2012) The Effects of Affirmations and Nature Sounds on the Management of Symptoms Related to Chemotherapy. 16th International Nursing Research Coongress. Book of Abstracts, p3-4. ISBN: 978-84-695-6114-0.

POSTER 151**AUTORES/AUTHORS:**

Seher Ünver, Sacide Yildizeli Topçu, Ümmü Yıldiz Findik

TÍTULO/TITLE:

SURGICAL SMOKE, ME AND MY CIRCLE...

Objectives: Surgical incision and dissection with electro-surgery, laser ablation, and ultrasonic scalpel dissection are widely used and recognized as major advances in surgical technique. These techniques, however, intentionally destroy human tissue, which creates a gaseous by-product commonly referred to as surgical smoke and it can be seen, also smelled (Bigony, 2007). The risks of smoke plume exposure generated by these electro-surgery devices have been investigated since the 1980s (Tomita, 1981). The smoke can be seen and smelt easily and also can cause headache, watery eyes, nausea, bad smell permeation in the short term and cancer, dermatitis even pathogenic contamination in the long time (Ball, 1995). The purpose of the study is to determine the status of the exposure to the surgical smoke, the negative effects of it and the responses nurses take from their family members.

Methods: This study was carried out between April 1, 2013 - May 20, 2013 on 54 volunteer nurses working in operating room units at Trakya University Medical Faculty and Istanbul University Çapa Medical Faculty. Permission to conduct the study was obtained from the Director of Nursing Services and Clinical Director. In the data collecting form, there were questions about demographics, the operations they include as scrub or circulating and operation time, usage of smoke evacuation system and the feed-back they take from their family members. Demographic information was collected for descriptive purposes. Yes/No questions were asked about the participant's knowledge and opinion of surgical smoke. Multiple-choice questions were focused on clinical practice experiences with smoke. The data were evaluated by descriptive statistics and Chi-Square test. The results were evaluated with $p < 0.05$ significance level and 95% reliability interval.

Results and Findings: The mean age of nurses was 32.83 ± 6.41 and the average working period of time was 90.98 ± 75.47 months. Seventy seven point eight of them were living at least two people at home. Nurses were working meanly 90.98 ± 75.47 months, and daily 85 ± 4.13 hours as scrub, 4.37 ± 4.49 hours as circulating. Ninety two point six percent ($n=50$) of all the nurses reported that they know the meaning of surgical smoke; while 55.6% ($n=30$) were aware of the harmful effects of it. Sixty eight point five of nurses were aware of that aspiration catheters were alternatively used and they had any smoke evacuation system in their operating rooms. The most negative effect was throat irritation and the other negative effects were throat sore with 56.6% ($n=30$), nausea with 40.7% ($n=22$), watery eyes with 38.9% ($n=21$), weakness with 24.1% ($n=13$) and vertigo with 9.3% ($n=5$). Sixty two point seven of their family-members gave any feedback about surgical smoke when they return home. The others said "you smell bad/work". Nurses' suggestion about smoke was to have smoke evacuator devices.

Discussion: Similar to our study, Marzouk (1999) found that 96.6% of the OR personnel (staff) had knowledge about hazards in OR, which also included surgical smoke. In this study, 55.6% of the nurses were aware of the surgical smoke effects although Spearman et al. (2007) reported that in their study, 91% of the operating theatre nurses felt these effects. In this study, most of the nurses were experiencing headache and throat irritation while 31.3% of nurses and 15.6% of surgeons participated in Marzouk's (1999) study complained respiratory problems. Also in the literature, it is specified that nurses exposed to surgical smoke had reported eye, nose and throat irritation, headaches, nausea, dizziness, excessive coughing, fatigue, skin irritation, increased allergies and other disorders mainly affecting the airways (Ball, 2009; Rodriguez et al., 2009). In accordance with the literature, it was found that, nurses exposed to the smoke in operations while using electro-surgical devices (Ball, 2001; Shah, 2012). Smoke evacuation devices can be used effectively in limiting the exposure amount to surgical smoke and also decreasing hazards of it, however, these devices have not been used routinely and consistently in many operating rooms. Similar with the literature, both two hospitals in this study didn't use smoke evacuation devices. Operating room nurses working in these hospitals knew this issue but they relied that aspiration catheters may be used as an alternative to the smoke evacuation system. Spearman et al. (2007) stated that 18% of operating room nurses felt that precautions taken against surgical smoke were adequate and 64% of them felt that precautions were inadequate and 18% of them were not sure of the existing situation.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Bigony L. Risks associated with exposure to surgical smoke plume: A review of the literature. *AORN* 2007; 86: 1013-1020.
2. Tomita Y, Mihashi S, Nagata K, Ueda S, Fujiki M, Hirano M, Hirohata T. Mutagenicity of smoke condensates induced by CO₂-laser irradiation and electrocauterization. *Mutation Research* 1981; 89: 145-149.
3. Ball K.A. *Lasers: The perioperative challenge*. 2nd ed. Mosby, 1995.
4. Marzouk DA. Assesment of operating rooms in Ain Shams University Hospitals: Knowledge and experience of operating room personel about occupational hazards (part I). *The Egyptian Journal of Community Medicine* 1999; 17: 1-13.
5. Spearman J, Tsavellas G, Nichols P. Current attitudes and practices towards diathermy smoke. *Annals of the Royal College of Surgeons of England* 2007; 89: 162-165.
6. Ball K. Are your ORs smoke free? *Outpatient Surgery Magazine* 2009; No: 12. Available from URL: <http://www.outpatientsurgery.net>. Accessed 15 August 2013.
7. Rodriguez H.C, Albasini JLA, Aledo V.S, Lopez C.G. Surgical smoke: risks and preventive measures. *Cirugia Espanola (English Edition)* 2009; 85: 274-279.
8. Ball K.A. The hazards of surgical smoke. Course: Update for Nurse Anesthetists—Part 1, American Association of Nurse Anesthetists *Journal* 2001; 69: 125-132.
9. Shah N.R. Commentary on: "surgical smoke - a health hazard in the operating theatre: a study to quantify exposure and a survey of the use of smoke extractor systems in UK plastic surgery units". *Annals of Medicine and Surgery* 2012; 1: 23-24.

POSTER 153**AUTORES/AUTHORS:**

Keiko Suzuki, Minaka Nagata

TÍTULO/TITLE:

Association between psychological distress and social capital in communities and of workplace

Objectives: Social capital may influence mental health and the patterns of association differ according to its dimension. However, there are few studies that have taken this aspect into consideration. The aim of this study was to examine the association between social capital and mental health among residents in Japan.

Methods: A cross-sectional questionnaire study was conducted in Japan. The sample consisted of 943 residents aged 30-74 years. Psychological distress was assessed by Kessler's (K6) questionnaire¹) and four social capital indicators were investigated (cognitive, structural, bridging, workplace). Multiple logistic analyses were used to evaluate the association between psychological distress and social capital, demographics status, and other factors.

Results: Multivariate analysis revealed the following variables as factors significantly related to psychological distress: frequent job stress (OR=7.87, 95% CI: 3.08-20.08) and low social capital at the workplace (7.54, 1.54-36.05) for employed persons, and low cognitive social capital in communities (8.15, 2.20-30.18), feeling of poor health (6.42, 2.40-17.21), low social support (3.49, 1.11-10.96) age in the 30s or 40s (3.01, 1.05-8.67) for unemployed persons.

Discussion: Our findings revealed that workplace social capital for employed persons and cognitive social capital in communities for unemployed persons were associated with mental health. It is suggested that social capital increases the risk of depression through influences on the individual's own perception of social capital.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1) Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, Walters EE, Zaslavsky AM. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med.* 2002 Aug;32(6):959-76.

POSTER 154**AUTORES/AUTHORS:**

Miriam Lopes, Márcia M. F. Zago

TÍTULO/TITLE:

DEPRESSION IN ONCOLOGY PATIENTS: THEMATIC REVIEWS OF LITERATURE

Objective: to integrate knowledge about depression in cancer patients based on literature review from 1998 to 2009. Methods: thematic literature review using content analysis and results integrated by themes(1).The bibliographic survey was conducted through online search databases PubMed, SciELO and Scholar Google with the following key words in Portuguese, Spanish and English: depressão e câncer; depresión y cancer; depression and cancer. It was also included articles about implication of interpretative paradigm for the study or reflection on depression in cancer patients. Results and discussions: Five complete review were selected which results divided into two topics:“The depression in cancer patients from biomedical model perspective” and “The depression in cancer patients from human and social sciences perspective”.The cancer may present comorbidity associated to depression, mainly cancers of oropharyngeal, pancreatitis, breast, lung; less prevalent in colon, gynecological and lymphomas(2). There are various scales to evaluate the depression such as self-report, brief screening and structured clinical interview(2-5). Despite some antineoplastic agents have adverse effects like depression, antidepressants must be considered, since its use reduce depressive symptoms and the risk of suicide attempt caused by depression(3,6). The efficacy of psychotherapeutic treatment shows promise for relief of this symptoms(3,5-6). On the other hand, we observed that exist confusion in the use of the term depression and sadness, since they may reveal multiple meanings such as unhappiness, anguish and even sadness(4). Thus, the context of feelings produced by the subjects should be considered, besides including their life experience(7). Conclusions: the depression in cancer patients is a paradigmatic question. Considering that the nursing searches for a holistic, comprehensive care, must be alert to the signs and symptoms, whether it be depression or grief.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. VIEIRA, L. B.; PADOIN, S. M. M.; PAULA, C. C. Cotidiano e implicações da violência contra as mulheres: revisão narrativa da produção científica de enfermagem. Brasil, 1994-2008. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v,9, n.2, p.383-89. 2010.
2. MASSIE, M.J. Prevalência de depressão em pacientes com câncer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, n.32, p.57-71. 2004.
3. BOTTINO, S.M.B.; FRÁGUAS, R.; GATTAZ, W.F. Depressão e câncer. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v.36, n.3, p.109-15. 2009.
4. WASTESON, E.; BRENNE, E.; HIGGINSON, I. J.; HOTOPF, M.; LLOYD-WILLIAMS, M.; KAASA, S.; LOGE, J.H. Depression assessment and classification in palliative cancer patients: a systematic literature review. *Palliative Medicine*, v.23, n.8, p.739–53. 2009.
5. BOTTOMLEY, A. Depression in cancer patients: a literature review. *European Journal of Cancer Care*, London, v.7, p.181-91. 1998.
6. WILLIAMS, S.; DALE, J. The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: a systematic review. *British Journal of Cancer*, n.94, p.372-90. 2006.
7. WITTINK, M.N.; DAHLBERG, B.; BIRUK, C.; BARG, F.K. How older adults combine medical and experiential notions of depression. *Qualitative Health Research*, v.18, n.9, p.1174-83. 2008.

POSTER 157

AUTORES/AUTHORS:

Nnenna Weathers

TÍTULO/TITLE:

PERCEPTIONS OF HIV PRE-EXPOSURE CHEMOPROPHYLAXIS IN HIGH-RISK MEN

Objectives: To explore perceptions of interpersonal and socio-cultural barriers and facilitators to using and adhering to combined emtricitabine and tenofovir known as Truvada, among post-incarcerated, African American, HIV-negative men who have sex with men as compared with male to female transgender persons. HIV pre-exposure chemoprophylaxis, Truvada, has been recently FDA approved for use among HIV-negative persons at high risk for HIV. Truvada is most efficacious when used daily, with condoms at each sex act, with 2-3 month medical checks and counseling. **Methods:** This is a qualitative, ethnographic study using convenience sampling, and semi-structured questions in one and one half hour audio-recorded focus groups. Men who have sex with men (47) and male to female transgender persons participated in separate focus groups consisting of approximately 5-7 persons per group. Participants were recruited in collaboration with the Center for Health Justice (CHJ) and Men's Central Jail in Los Angeles (MCJ) California, U.S.A. **Results:** This is the first study to examine Truvada use and adherence among post-incarcerated persons, and male to female transgender persons. Most participants were unaware of Truvada as HIV pre-exposure chemoprophylaxis. Once informed, most participants perceived Truvada as an HIV-related conspiracy against African Americans. Both men who have sex with men and male to female transgender persons indicated ambivalence to use and adhere to Truvada given that condoms have known efficacy to prevent HIV and STD, therefore they may not use both simultaneously. A majority of male to female transgender persons indicated they would use Truvada as compared with MSM. **Discussion:** Nurses are in a prime position to educate and counsel high-risk persons about Truvada. This study was funded by a pilot grant from the Center for HIV Identification, Prevention and Treatment Services NIMH P30MH058107.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Grant RM, Lama JR, Anderson PL. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N Engl J Med* 2010; 363: 2587-2599. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1011205>. Accessed February 25, 2011.

Centers for Disease Control and Prevention. HIV in the United States: An overview. National Center for HIV/AIDS, Hepatitis, STD, and TB Prevention: Division of HIV/AIDS Prevention. 2010;

Mimiaga MJ, Reisner SL, Cranston K. et al. Sexual mixing patterns and partner characteristics of Black MSM in Massachusetts at increased risk for HIV infection. *J Urban Health*. 2009; 86(4): 602-603.

Adimora AA, Schoenbach VJ, Doherty IA. Concurrent sexual partnerships among men in the United States. *Am J Public Health*. 2007; 97(12): 2230-2237. PMID: 2089088

Raymond HF, McFarland W. Racial mixing and HIV risk among men who have sex with men. *AIDS Behav* 2009;13: 630-637.

Johnson WD, Diaz RM, Flanders WD et al. Behavioral interventions to reduce risk for sexual transmission of HIV among men who have sex with men (Review). *The Cochrane Collaboration* 2008. <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab001230.html>. Assessed February 2, 2010.

Khan MR, Epperson MW, Mateu-Gelabert P, Bolyard M, Sandoval M. Incarceration, sex with an STI- or HIV-infected partner, and infection with an STI or HIV in Bushwick, Brooklyn, NY: A social network perspective. *Am J Public Health*. <http://ajph.aphapublications.org/cgi/doi/10.2105/AJPH.2009.184721>. Accessed ahead of print on March 03, 2011.

Grinstead O., Zack B., Askew J., Eldridge G., Flanigan T., Morrow K., Seal D., Sosman J., Gaiter J., NacGowan R., Wolitski R (2004). Project START: HIV/STD/hepatitis prevention for young men being released from prison. www.cdc.gov/hiv/projects/projectSTART. Accessed March 18, 2009.

Liu AY, Kittredge PV, Vittinghoff E et al. Limited knowledge and use of HIV post- and pre-exposure prophylaxis among gay and bisexual men. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2008; 47(2): 241-247.

AIDS Project Los Angeles. Statistics and Trends in HIV Infection and AIDS. Los Angeles County State of California The United States of America Global Trends. September 2008.

http://journals.lww.com/jaids/fulltext/2007/11010/knowledge_and_use_of_preexposure_and_postexposure.24.aspx.
Assessed February 7, 2011.

POSTER 158**AUTORES/AUTHORS:**

MÜGE TUNCAY ALVUR, NURSAN ÇINAR, FUNDA AKDURAN, CEMILE DEDE, PINAR TOPSEVER

TÍTULO/TITLE:

IS THERE A CHANGE IN "ADDICTION SORES" OF SMOKING STUDENTS IN SEVEN YEARS IN SAKARYA UNIVERSITY

Objective: The last decades are characterised by large scaled public anti-smoking campaigns in media and education. To determine the addiction levels of tobacco smoking according to Fagerstrom Questionnaire and self perceived addiction among University students in Sakarya/Turkey and make a comparison between 2005 and 2012.

Methods: A 15-item questionnaire investigating socio-demographics, as well as smoking behavior (developed by the researchers) and Fagerstrom Questionnaire were applied to students of seven faculties and one vocational school of Sakarya University, Turkey. In 2005-2006 and 2012-2013 educational years, total number of registered students at these faculties/schools was 17541 and 25667, respectively. Questionnaires of 3399 consenting participants were analyzed. Self rated addiction level was dichotomized (No, Yes); Fagerstrom scores were grouped into three (very low-low: 0-4; moderate 5; high-very high 6-10).

Results : Less than one fourth of the participants (1560 males (41.6%), 2189 females (58.4%), mean age 20.4±2.6 years) were smokers (880 (23.4%), 148 (3.9%) ex-smokers, 2714 (72.4%) non-smokers). Out of 1028 smokers and ex-smokers, 818 (79.6%) answered the question on self perceived addiction; (327 (39.9%) "I am not addicted"; 491 (60.1%) "I am addicted. Out of 880 smokers, 790 (89.7%) answered the question "do you wish to quit smoking"; (522 (66.1%) "Yes"; 268 (33.9% "No"). Among the students who had the wish to quit smoking, 359 (69.3%) declared that they believed that they can quit. According to Fagerstrom score 3507 (93.5%) had very low-low addiction, 95 (2.5%) medium addiction, and 147 (3.9%) high-very high addiction. When compared the smoking prevalence was low in 2012 ($p<0.001$) but Fagerstrom scores among smokers displayed no difference ($2,9\pm 2.4$ vs $2,7\pm 2.4$).

Discussion: The result can be interpreted as the positive effects of legislative and educational interventions on tobacco consumption. There are students who claim smoking and their wish and belief in to quit. Those students have to be counseled/supported about smoking and how to quit smoking.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Maziak W., Rastam S., Eissenberg T., Asfar T., Hammal F., Bachir M.E., Fouad M.F., Ward K.D, Gender and smoking status-based analysis of views regarding waterpipe and cigarette smoking in Aleppo, Syria. *Preventive Medicine* 38 (2004) 479–484.
2. Maziak W., Hammal F., Rastam S., Asfar T., Eissenberg T., Bachir M.E., Fouad M.F., Ward K.D. Characteristics of cigarette smoking and quitting among university students in Syria. *Preventive Medicine* 39 (2004) 330– 336.
3. Celikel F.C., Celikel S., Erkorkmaz U. Smoking Determinants in Turkish University Students. *Int. J. Environ. Res. Public Health* (2009), 6, 2248-2257.

POSTER 159**AUTORES/AUTHORS:**

Daniel Silva, Ernestina Silva

TÍTULO/TITLE:

TOBACCO HABITS IN SCHOOL ADOLESCENTS

Introduction: The chronic noncommunicable diseases occupy the first places in the rates of morbidity and mortality in developed countries. Tobacco consumption is the major lifestyles factor causing chronic diseases and the vast majority begins consumption in adolescence. Smoking is the major cause of preventable premature death and disease and more than two thirds of EU smokers start smoking before the age of 18 and 94% under 25. The prevention and control of smoking have been a priority objective in the health policies of the EU. It requires close collaboration between different sectors and where education has a key role.

Objectives: To understand the smoking habits of adolescents and to identify factors associated with their consumption.

Methods: Ex-post-fact study, transversal, quantitative, descriptive and correlational in school adolescents from 7th to 12th grade in public schools in the city of Viseu in 2012. A questionnaire with a sample stratified proportional sharing for each school year, a total of 1390 students.

Results: The age of the sample was between 12 and 22 years old, 41.2% boys and 58.8% girls, 24.5% of the adolescents were smokers. The highest prevalence is between 17 and 19 years and the greater percentage of smokers jump stood from 12 (2.4%) for 13 (12%). At age of 15, 1 in 4.4 adolescents and at age 19, 1 in every 2.5 adolescents were smokers. We observed relationship ($p < 0.001$) between the smoking habits of parents and friends with the smoking habits of teenagers. Being informed about the dangers of smoking does not influence the smoking habit. We observed relationship ($p < 0.001$) between the attitude of parents permissiveness and children smoking habits. The lower satisfaction with school and family, the highest percentage of smokers. It was at school where they had the first contact with cigarettes (33.2%) and the reason mentioned was curiosity (54.1%). The vast majority smokes on the sly of the parents (81.1%).

Conclusion: Preventing initiation of tobacco use among adolescents and young people is crucial. The act of smoking is socially learned by the consumption prevention needs consistent and continuous programs as well as the example of teachers, parents and other young people.

Mindful of the incidence and prevalence of smoking as well the factors associated with its consumption, we recommend programs in Schools with involvements peers (classmates), family, media and legislative measures in order to reduce consumption and prevent the initiation of this habit.

The price increase has been shown to be an effective measure to limit consumption among young people. It is also essential to monitor and combat the illicit trade in tobacco and advertising bans.

Keywords: Tobacco; adolescents; health promotion

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

American Academy of Pediatrics (2009). Tobacco use. A Pediatric disease. Pediatrics. 124 (5), pp 1474-1487.

European Commission (2013). Economic analysis of the EU market of tobacco, nicotine and related products. Brussels. Available in http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/tobacco_matrix_report_eu_market_en.pdf

European Commission (2012). Attitudes of Europeans towards tobacco Report. Special Eurobarometer 385. Brussels: TNS Opinion & Social. Available in http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eurobaro_attitudes_towards_tobacco_2012_en.pdf

Jarvis, A. et al. (2012). A study on liability and the health costs of smoking. Update final report. DG SANCO of European Commission under contract ref. SANCO 2008/C6/046, GHK, London.

Machado A, Nicolau R, Dias CM (2009). Consumo de Tabaco pela população portuguesa. Dados do INS 2005-2006. Rev Port Pneumologia 2009, XV(6):1005-1027.

Matos, M.G. et al. (2012). A saúde dos adolescentes portugueses. Relatório do estudo HBSC 2010. Lisboa: Aventura Social e

Saúde.

US Department of Health and Human Services (2007). Best practices for comprehensive tobacco control programs – 2007. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

World Health Organization (2011). Report on the global tobacco epidemic. The MPOWER package. Warning about the dangers of tobacco. Geneva: WHO. Available in: http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/index.html

World Health Organization (2010). WHO technical manual on tobacco tax administration. Geneva: WHO. Available in http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563994_eng.pdf

ÍNDICE / INDEX

Mesa de comunicaciones 1: Medición de la atención sanitaria Concurrent session 1: Health care measurement	p. 1
Mesa de comunicaciones 2: Cuidados materno-infantiles Concurrent session 2: Mother and children Care.....	p. 5
Mesa de comunicaciones 3: Profesión / Gestión Concurrent session 3: Nursing Profession / Management.....	p. 15
Mesa de comunicaciones 4: Práctica Clínica Concurrent session 4: Clinical Practice	p. 21
Mesa de comunicaciones 5: Profesión / Gestión Concurrent session 5: Nursing Profession / Management.....	p. 45
Mesa de comunicaciones 6: Práctica Clínica Concurrent session 6: Clinical Practice	p. 58
Mesa de comunicaciones 7: Profesión / Gestión Concurrent session 7: Nursing Profession / Management.....	p. 73
Mesa de comunicaciones 8: Cuidadores / Dependencia Concurrent session 8: Caregivers / Dependency.....	p. 79
Mesa de comunicaciones 9: Cuidados a pacientes críticos / Urgencias Concurrent Session 9: Critical / Acute Care	p. 95
Mesa de comunicaciones 10: Cuidadores / Crónicos Concurrent session 10: Caregivers / Chronic patients	p. 107
Mesa de comunicaciones 12: Profesión / Gestión Concurrent session 12: Nursing Profession / Management.....	p. 116
Mesa de comunicaciones 13: Cáncer infantil / Cuidados paliativos Concurrent session 13: Children's Cancer / Palliative Care.....	p. 121
Mesa de comunicaciones 14: Promoción de la salud Concurrent session 14: Health promotion	p. 135
Sesión de Comunicaciones Orales Breves I Session of Oral Brief Presentations I	p. 159
Sesión de Comunicaciones Orales Breves II Session of Oral Brief Presentations II	p. 181
Mesa de comunicaciones 15: PCBE Concurrent session 15: EBP	p. 203
Mesa de comunicaciones 16: Promoción de la salud Concurrent session 16: Health promotion	p. 224
Mesa de comunicaciones 17: Cuidados a pacientes crónicos Concurrent session 17: Chronic Care.....	p. 245
Mesa de comunicaciones 18: Cuidados a pacientes crónicos Concurrent session 18: Chronic Care.....	p. 257
Mesa de comunicaciones 19: Cáncer / Dolor Concurrent Session 19: Cancer / Pain	p. 267
Mesa de comunicaciones 20: Práctica Clínica Concurrent session 20: Clinical Practice	p. 283
Mesa de comunicaciones 21: Salud / Género Concurrent session 21: Health / Gender	p. 302
Mesa de comunicaciones 22: Docencia Concurrent session 22: Nursing Education.....	p. 316
Sesión de Comunicaciones Orales Breves III Session of Oral Brief Presentations III	p. 333
Sesión de Comunicaciones Orales Breves IV Session of Oral Brief Presentations IV	p. 347
Sesión de Comunicaciones Orales Breves V Session of Oral brief Presentations V.....	p. 359
Sesión de Comunicaciones Orales Breves VI Session of Oral Brief Presentations VI	p. 370
Mesa de comunicaciones 23: Docencia Concurrent session 23: Nursing Education.....	p. 376
Sesión de Comunicaciones Orales Breves VII Session of Oral Brief Presentations VII	p. 396
Sesión de Comunicaciones Orales Breves VIII Session of Oral Brief Presentations VIII	p. 439
Sesión de Comunicaciones Orales Breves IX Session of Oral Brief Presentations IX	p. 464
POSTER 2.....	p. 497
POSTER 4.....	p. 498
POSTER 5.....	p. 500
POSTER 7.....	p. 502
POSTER 11.....	p. 505
POSTER 12.....	p. 508
POSTER 13.....	p. 511
POSTER 14.....	p. 513
POSTER 15.....	p. 516
POSTER 18.....	p. 518

POSTER 20.....	p. 521
POSTER 22.....	p. 523
POSTER 23.....	p. 525
POSTER 24.....	p. 527
POSTER 25.....	p. 529
POSTER 28.....	p. 531
POSTER 30.....	p. 534
POSTER 31.....	p. 536
POSTER 32.....	p. 538
POSTER 33.....	p. 540
POSTER 34.....	p. 543
POSTER 38.....	p. 545
POSTER 39.....	p. 547
POSTER 40.....	p. 549
POSTER 41.....	p. 550
POSTER 42.....	p. 553
POSTER 43.....	p. 556
POSTER 44.....	p. 558
POSTER 46.....	p. 561
POSTER 47.....	p. 563
POSTER 48.....	p. 565
POSTER 49.....	p. 567
POSTER 51.....	p. 569
POSTER 53.....	p. 572
POSTER 57.....	p. 574
POSTER 58.....	p. 576
POSTER 59.....	p. 579
POSTER 62.....	p. 582
POSTER 63.....	p. 585
POSTER 64.....	p. 587
POSTER 66.....	p. 589
POSTER 68.....	p. 591
POSTER 69.....	p. 593
POSTER 70.....	p. 596
POSTER 72.....	p. 599
POSTER 74.....	p. 601
POSTER 78.....	p. 603
POSTER 79.....	p. 606
POSTER 80.....	p. 608
POSTER 81.....	p. 611
POSTER 82.....	p. 613
POSTER 86.....	p. 615
POSTER 87.....	p. 616
POSTER 90.....	p. 618

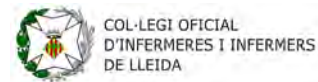
POSTER 92.....	p. 621
POSTER 94.....	p. 623
POSTER 95.....	p. 625
POSTER 96.....	p. 627
POSTER 103.....	p. 629
POSTER 104.....	p. 632
POSTER 106.....	p. 634
POSTER 108.....	p. 636
POSTER 109.....	p. 638
POSTER 111.....	p. 640
POSTER 112.....	p. 642
POSTER 113.....	p. 643
POSTER 115.....	p. 645
POSTER 118.....	p. 647
POSTER 119.....	p. 649
POSTER 120.....	p. 652
POSTER 122.....	p. 654
POSTER 123.....	p. 657
POSTER 127.....	p. 660
POSTER 129.....	p. 663
POSTER 130.....	p. 665
POSTER 132.....	p. 667
POSTER 135.....	p. 668
POSTER 136.....	p. 669
POSTER 137.....	p. 671
POSTER 138.....	p. 672
POSTER 141.....	p. 673
POSTER 142.....	p. 675
POSTER 143.....	p. 677
POSTER 144.....	p. 678
POSTER 146.....	p. 680
POSTER 147.....	p. 682
POSTER 151.....	p. 684
POSTER 153.....	p. 686
POSTER 154.....	p. 687
POSTER 157.....	p. 688
POSTER 158.....	p. 690
POSTER 159.....	p. 691
ÍNDICE / INDEX	p. 693



XVII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados

17th International Nursing Research Conference

Lleida, España
12-15 noviembre 2013



COMITÉ DE HONOR - HONOUR COMMITTEE

Presidencia de Honor - Honour Presidency

S. M. la Reina - Her Majesty the Queen



CASA DE S. M. EL REY

C R E D E N C I A L

Nº 199/2013

S.M. la Reina, accediendo a la petición que tan amablemente Le ha sido formulada, ha tenido a bien aceptar la

PRESIDENCIA DE HONOR

del **"XVII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS"**, que se celebrará en Lleida del 12 al 15 de noviembre próximo.

Lo que me complace participarle para su conocimiento y efectos.

PALACIO DE LA ZARZUELA, / 2 de julio de 2013

EL JEFE DE LA CASA DE S.M. EL REY,

SEÑOR DIRECTOR DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III

MADRID

COMITÉ DE HONOR - HONOUR COMMITTEE

D. Artur Mas i Gavarró

Muy Honorable Presidente de la Generalitat de Catalunya

D. Joan Reñé i Huguet (pte. confirmar)

Ilustrísimo Presidente de la Diputació de Lleida

D. Àngel Ros i Domingo

Ilustrísimo Alcalde de Lleida

D^a. Carmen Vela Olmo

Secretaria de Estado de Investigación, Desarrollo e Innovación.
Ministerio de Economía y Competitividad

D. Ramón Roca Enrich

Presidente del Consell Social de la Universitat de Lleida

D. Antonio L. Andreu Pérez

Director del Instituto de Salud Carlos III

D. Roberto Fernández Díaz

Rector Magnífico de la Universitat de Lleida

D. Pedro Cortegoso Fernández

Secretario General del Instituto de Salud Carlos III

D^a Ascensión Bernal Zamora

Subdirectora General de Servicios Aplicados, Formación e Investigación.
Instituto de Salud Carlos III

D^a. Margarita Blázquez Herranz

Subdirectora General de Redes y Centros de Investigación Cooperativa.
Instituto de Salud Carlos III

D. Alfonso Beltrán García-Echániz

Subdirector General de Programas Internacionales de Investigación y Relaciones
Institucionales. Instituto de Salud Carlos III

D^a. Montserrat Teixidor i Feixa

Ilustre Decana del Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya

D. Manel Domingo Corchos

Ilustre Presidente del Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya

D. Josep Maria Camps i Balagué

Ilustre Presidente del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Lleida

D. Xavier Matías-Giu

Director del Institut de Recerca Biomèdica de Lleida

COMITÉ ORGANIZADOR-ORGANISING COMMITTEE

Presidenta

President

Teresa Moreno Casbas

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Vicepresidenta

Vice-president

Montserrat Gea Sánchez

Comisión Consultora. Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Vocales

Vocals

Eva Abad Corpa

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

M^a Ángeles Cidoncha Moreno

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Consuelo Company Sancho

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Carmen Fuentelsaz Gallego

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Esther González María

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Ana González Pisano

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Javier Iruzubieta Barragán

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Rosa María López Pisa

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

M^a Isabel Orts Cortés

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Manuel Rich Ruiz

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

María Ruzafa Martínez

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Dolores Sánchez López

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Joana María Taltavull Aparicio

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Pablo Uriel Latorre

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Clara Vidal Thomas

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Isabel Feria Raposo

Comisión Consultora. Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Ana Mateo Cervera

Comisión Consultora. Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Joan Blanco Blanco

Facultad de Enfermería. Universitat de Lleida

Maria Montserrat Duch Clavé

Centro de Atención Primaria, ABS Pla d'Urgell.

Luisa Guitard Sein-Echaluze

Facultad de Enfermería. Universitat de Lleida

Carmen Mayayo Monreal

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida

Teresa Torner Benet

Facultad de Enfermería. Universitat de Lleida

COMITÉ CIENTÍFICO-SCIENTIFIC COMMITTEE

Presidenta

President

Carmen Fuentelsaz Gallego

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Vicepresidenta

Vice-president

Carmen Nuin Orrio

Universitat de Lleida

Vocales

Vocals

Eva Abad Corpa

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud
(Investén-isciii)

M^a Ángeles Cidoncha Moreno

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud
(Investén-isciii)

Consuelo Company Sancho

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud
(Investén-isciii)

Esther González María

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud
(Investén-isciii)

Ana González Pisano

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud
(Investén-isciii)

Javier Iruzubieta Barragán

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud
(Investén-isciii)

Rosa María López Pisa

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud
(Investén-isciii)

Teresa Moreno Casbas

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud
(Investén-isciii)

M^a Isabel Orts Cortés

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud
(Investén-isciii)

Manuel Rich Ruiz

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud
(Investén-isciii)

María Ruzafa Martínez

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud
(Investén-isciii)

Dolores Sánchez López

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud
(Investén-isciii)

Joana María Taltavull Aparicio

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud
(Investén-isciii)

Pablo Uriel Latorre

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud
(Investén-isciii)

Clara Vidal Thomas

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud
(Investén-isciii)

Silvia Esteban Sepúlveda

Comisión Consultora. Unidad de Investigación en
Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Juan Carlos Fernández Domínguez

Comisión Consultora. Unidad de Investigación en
Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Dolores Izquierdo Mora

Comisión Consultora. Unidad de Investigación en
Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Teresa Botigué Satorra

Facultad de Enfermería. Universitat de Lleida

Miquel Àngel Calderó Solé

Mútua Asepeyo. Lleida

Dolors Fauria Roma

Hospital Universitario Josep Trueta. Girona

Mercè Folguera Arnau

Hospital de Santa Maria - Gestió de Serveis
Sanitaris. Lleida

Mercè Porté Llotge

Centro Atención Primaria Santa Maria. Lleida

Conflicto de intereses

Conflict of interest

Barbara Villalonga Beltran

Centro de Salud Arquitecte Bennassar. Palma de
Mallorca

Emilia Sánchez Ruiz

EUIFN Blanquerna. Barcelona

Felipe Esteban Aizpuru

Servicio Vasco de Salud (Osakidetza)

INFORMACIÓN DE INTERÉS

Localización



Palacio de Congresos de Lleida

Avda. Tortosa, 4

25005 Lleida (España)

GPS 41°37'10.11"N / 0°38'13.19"E

www.lallotjadelleida.cat/es

MUY IMPORTANTE: En todo momento deberá llevar en lugar visible la identificación del congreso.

USEFUL INFORMATION

Location



Palacio de Congresos de Lleida

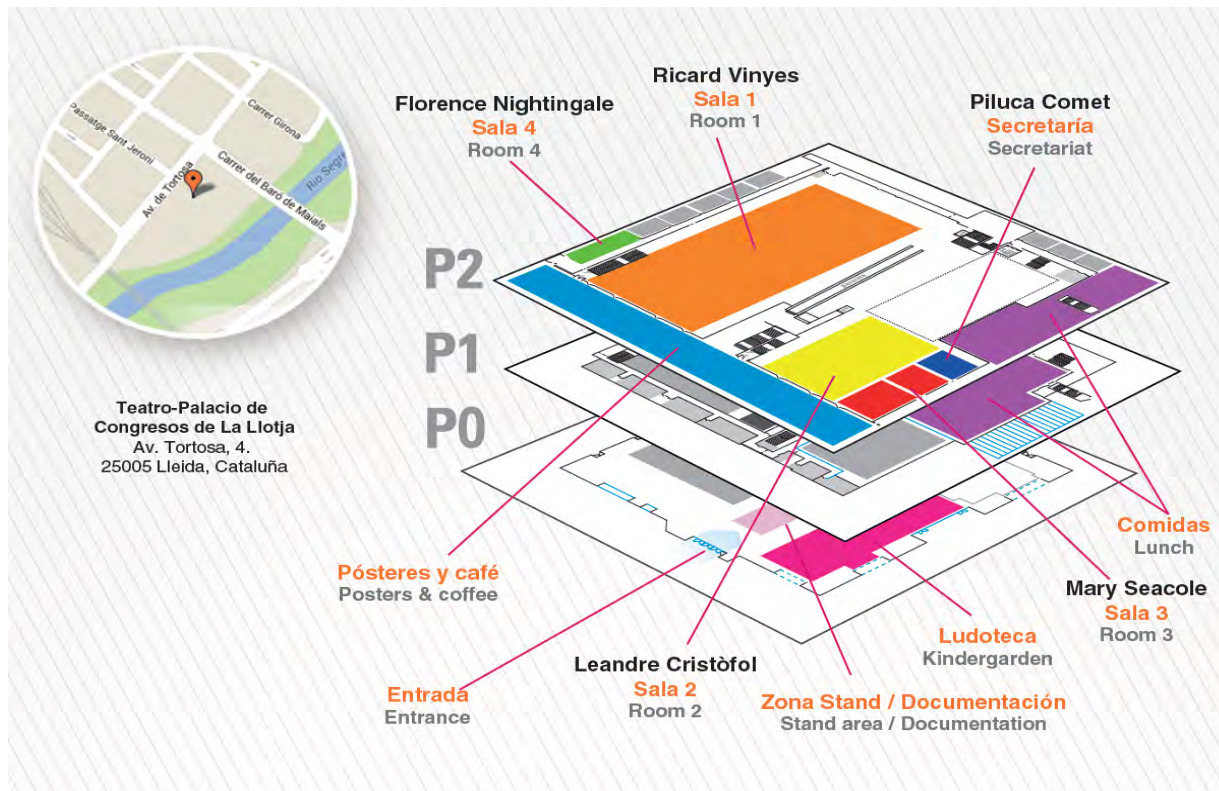
Avda. Tortosa, 4

25005 Lleida (España)

GPS 41°37'10.11"N / 0°38'13.19"E

www.lallotjadelleida.cat/en

VERY IMPORTANT: Please wear your identification/name badge and ensure it is visible throughout the conference.



Entrega de documentación

La documentación del Encuentro podrá recogerse a partir del día **12 de noviembre a las 15:00 horas**.

La documentación que se le entregará incluye:

- Identificador personal con el código de barras que debe llevar siempre visible durante el Encuentro para asistir a las sesiones científicas y actos sociales, así como para acceder a la cena (si ha reservado y abonado su plaza).
- Memoria USB extraíble con el borrador del libro de ponencias. La versión definitiva con su correspondiente ISBN estará disponible posteriormente en la página Web del Encuentro, así como en www.isciii.es/investen/.
- Auriculares que **debe llevar a todas las sesiones con traducción simultánea**.
- Hojas de evaluación del encuentro y de los pósteres que deberá entregar en las urnas correspondientes.
- Crucigrama que deberá entregar con su NOMBRE antes de la clausura para participar en el sorteo del premio, que será otorgado a uno elegido al azar de entre los correctamente cumplimentados. Para su recogida el autor debe estar en la sala en el momento del sorteo.
- Tickets de las comidas. El Comité Organizador no se hace responsable de la pérdida u olvido.

Redes sociales

- El hashtag del Encuentro es **#Inves13**. Este año queremos premiar al **"Investuitero"** más activo. Es decir, al usuario de la persona inscrita en el Encuentro que más *tuits* publique durante los días del evento, medidos por las apariciones de nuestro hashtag. También premiaremos al perfil de la persona inscrita en el Encuentro que más RT consiga a un sólo *tuit* con dicho hashtag, durante el mismo periodo. Se excluyen los miembros de Investén-isciii o de la organización.
- Las otras redes sociales del Encuentro son:
 - twitter: @investenisciii, @jconnectplus, @ccejib
 - facebook:
es-es.facebook.com/investen.es
www.facebook.com/pages/JBI-COnNECT-España/204136052988965
- Las sesiones plenarias serán retransmitidas. Encontrará toda la información en el siguiente enlace: <https://encuentros.isciii.es/lleida2013/>

Registration Desk

Registration desk will open from November **12th at 15:00**.

The folder you will receive includes:

- Personal ID badge that you must wear visibly during the Conference for attending the scientific sessions and social events, as well as for attending the dinner (if you have booked and paid your place).
- USB Memory containing the provisional version of the Book of Abstracts. The final version will be available on the website and also on www.isciii.es/investen/
- Earphones, for the **sessions with simultaneous translation**.
- Conference's and posters' evaluation sheets to be handed in the corresponding boxes.
- An Spanish crossword puzzle that you must hand in, please remember to include YOUR NAME, before the closing ceremony to be subject to participate in the draw for the price, which will be randomly selected among the correctly completed ones. The author must be present at the moment of the draw.
- Tickets for meals. The Organising Committee will not be responsible of their loss or oversight.

Social networks

- The meeting hashtag is **# Inves13**. This year we would like to reward the most active *twitterer participating in the Conference ("Investuitero")*. The award will go to the user profile who publishes more tweets during the days of the event, measured by the presence of our hashtag in the tweet. We will also give an award to the profile of the person registered that get more RT to a single tweet with that hashtag, during the same period. Members of Investén-isciii and the organization will be excluded.
- Others social networks to be take into account:
 - twitter: @investenisciii, @jconnectplus, @ccejib
 - facebook:
es-es.facebook.com/investen.es
www.facebook.com/pages/JBI-COnNECT-España/204136052988965
- Plenary sessions will be available via streaming. You will find all the information at: <https://encuentros.isciii.es/lleida2013/>

Cena 7 vinos, 7 paisajes

14 de noviembre a las 21:00 horas:

- **Cena del Congreso**, en el restaurante "El Mirador dels Camps Elisis" (Av. Tarradellas 45-47. Lleida). El **aforo es limitado**, por lo que se recomienda reserve su plaza al realizar la inscripción. Para asistir a la cena será imprescindible presentar su identificador a la entrada. El precio de la cena es de 25€. Para más información: hostlleida.newscoill.com/es/item.php?id=2

Horarios y servicios disponibles

- La Secretaría (**Sala Piluca Comet**) permanecerá abierta el miércoles y el jueves en horario **de 8:30 a 14:00 horas y de 15:30 a 19:00 horas** y el viernes **de 8:30 a 12:00 horas**. La Secretaría está a su disposición para solucionarle los problemas y dudas relacionadas con la organización del Encuentro. Y también tendrá a su disposición un libro de sugerencias y mejoras.
- Se acondicionará un espacio para depositar las maletas bajo la estricta responsabilidad de los asistentes y sin vigilancia por parte de la organización del evento.
- Los **moderadores de las sesiones** se encontrarán en las salas correspondientes 15 minutos antes del comienzo de la sesión.
- Para información sobre los horarios, actividades y localización de las mismas, y para cualquier información sobre los actos sociales y la información turística de la ciudad, diríjase al **Punto de Información**, que estará a su disposición **en los mismos horarios que la Secretaría**.
- El auditorio dispondrá de conexión Wi-Fi gratuita en el área de celebración del congreso. Las claves de acceso estarán disponibles en el Punto de Información. Además, habrá una serie de ordenadores en el área de exhibición de pósters. **Los ponentes podrán consultar su presentación en los mismos**.
- Habrá un servicio de traducción simultánea en el Salón de Actos. Para el uso de los receptores será imprescindible la entrega del **DNI o tarjeta identificativa**.

Dinner 7 wines, 7 landscapes

On November 14th at 21:00h:

- **Conference's Dinner**, at Restaurant "El Mirador dels Camps Elisis" (Av. Tarradellas 45-47. Lleida). The **capacity is limited**, thus we recommend you to book your place at registration. **Identification badge** will be **required** for accessing the dinner. The price of the dinner is 25€. For more information: hostlleida.newscoill.com/es/item.php?id=2

Services available

- The Secretariat (**Room Piluca Comet**) will be open on Wednesday and Thursday **from 8:30 to 14:00 and from 15:30 to 19:00**, and on Friday **from 8:30 to 12:00**. Please direct any enquiry or problem about the organisation of the conference to the Secretariat. A book of suggestions will be available at the Secretariat.
- The organization will arrange a place for suitcases under responsibility of the attendees and with no surveillance by the Organisation.
- The **chair persons** will be available in every room 15 minutes before each session.
- Information about the programme, timetable, activities and locations, social events or touristic information, will be available at the **Information Point**, which will be open at the same time than the Secretariat.
- Free Wi-Fi connection will be available at the conference's area. Please ask for the access passwords at the Information Point. Besides, there will be some computers in the poster exhibition area for attendees' use. **Speakers may check their presentations at these computers**.
- There will be simultaneous translation in the Auditorium. For the use of the receptors a **passport or ID card will be required**.

Colocación de los Pósteres

La organización se **encargará de la impresión y colocación de todos los pósteres**. Se recomienda a los autores llevar copias reducidas, tamaño DINA 4, para ofrecer a los asistentes. A partir del día 15 de noviembre a **las 12:00 horas**, los autores podrán recoger su póster si lo desean. Aquellos pósteres que no hayan sido recogidos antes del día 15 de noviembre a las **14:00 horas**, serán destruidos.

Muy importante: si a fecha **13 de noviembre a las 15 horas** ninguno de los autores de su poster ha recogido su documentación, se retirará el póster del área de exposición. Si se incorpora más tarde de esta fecha al congreso, pónganse en contacto con la organización.

Todos los pósteres podrán consultarse en la página web de Investén-isciii (www.isciii.es/investen/) durante los días del congreso y la siguiente semana.

Premios*

La organización otorgará los siguientes premios a las comunicaciones mejor valoradas de cada modalidad:

- **Premio a la mejor comunicación oral.** Inscripción gratuita, devolución de la inscripción para un autor.
- **Premio a la mejor comunicación oral breve.** Inscripción gratuita, devolución de la inscripción para un autor.
- **Premio al mejor póster.** Inscripción gratuita, devolución de la inscripción para un autor.
- **Premio al mejor póster del Rincón del Alumno de primer ciclo.** 1 lote de libros. Patrocinado por la Revista **ROL de Enfermería**.
- **Premio al mejor póster del Rincón del Alumno de segundo ciclo (EIR y Máster).** 1 lote de libros. Patrocinado por la **Revista ROL de Enfermería**.

Los premios se entregarán durante el Acto de Clausura, y será imprescindible que al menos **uno de los autores se encuentre presente** para recogerlo. En caso contrario, el premio pasará al siguiente trabajo mejor valorado. La organización podrá requerir la identificación mediante DNI de la persona que recoja el premio

*Cuando el primer premio sea otorgado a un trabajo donde alguno de los autores pertenece al grupo Investén-isciii o a la organización del Encuentro, el autor premiado renunciará al premio en metálico, sin menoscabo de que se le otorgue el certificado correspondiente y se publique en la web su trabajo como el acreedor de dicho premio.

Placing of posters

The organisation will be in charge of **printing and placing the posters**. We recommend that you bring 50 reduced copies (DIN A4) so the attendees can take one with them. From November 15th at **12:00**, the authors may remove their poster if they wish. All posters remaining at November 15th at **14:00** will be destroyed by the organisation.

Very important: if none of the authors has arrived to the Conference on **November 13th at 15 pm**, the poster will be withdrawn from the exhibition area. If you arrive after this time, please contact the Organisation.

All posters will be available on www.isciii.es/investen/ during the whole duration of the conference and during the next week.

Prizes*

The organization will award the following prizes to the best evaluated presentation of each modality:

- **Prize to the best oral presentation.** Free registration, return money to one author.
- **Prize to the best oral brief presentation.** Free registration, return money to one author.
- **Prize to the best poster.** Free registration, return money to one author.
- **Prize to the best poster of the Fulltime Undergraduate Student's Corner.** 1 batch of books. Sponsored by the journal **ROL de Enfermería**.
- **Prize to the best poster of the Master Student's Corner.** Sponsored by the journal **ROL de Enfermería**.

Prizes will be awarded during the Closing Ceremony, and it will be required that **one of the authors is present**. Otherwise, the prize will be awarded to the second best evaluated presentation. The organization reserves the right to request the ID card of the person awarded.

*When in the communication awarded, one of the authors belong to the group Investén-isciii or to the organization, the communication will obtain the certificate and will be published on the web.

Crucigrama

Se otorgará un premio al crucigrama correctamente cumplimentado y elegido al azar durante la ceremonia de clausura.

Premio: fin de semana en la casa rural El Caño (Galinduste-Salamanca)

<http://www.galinduste.com/>

Accreditación

El XVII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados está acreditado con **0,9 créditos** de formación continuada por el Consejo Catalán de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias (CCFCPS) y la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud (CFC).



Para obtener dicha acreditación será necesario **asistir al 100%** de las sesiones plenarias, **y pasar el control de código de barras a la entrada y a la salida de dichas sesiones**. El Comité Organizador no se puede responsabilizar de la pérdida u olvido del código de barras o de la cumplimentación del correspondiente trámite.

Información sobre Investén-isciii y el Centro Colaborador Español de JBI

A lo largo de todo el encuentro existirá un stand donde usted podrá recibir información sobre las actividades que realiza la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii). En dicho stand estará disponible la información de contacto de los miembros de Investén-isciii y de su Comisión Consultora.

Habrá un stand del Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia. Durante el Encuentro y en la **sala MR12** se realizarán sesiones informativas sobre el acceso a la plataforma JBICONNECT+ (es.connect.jbiconnectplus.org/). Para conocer los horarios e inscribirse consulte el tablón de anuncios colocado en la puerta de dicha sala.

También contaremos con espacios cedidos a Asociaciones de Pacientes y ONGs. Por favor, acerquese a ellos a fin de conocer sus actividades y explorar posibles puntos de interés en el ámbito de la investigación en cuidados.

Crossword

A prize will be awarded to Spanish crossword puzzle completed successfully and randomly selected during the closing ceremony.

Prize: weekend farmhouse El Caño (Galinduste-Salamanca)

<http://www.galinduste.com/>

Accreditation

The accreditation is only valid in Spain. Thus, attendees from other countries don't have to scan their attendance at the entrance of the rooms.

Information on Investén-isciii and the JBI Spanish Collaborating Centre

During the whole conference there will be a stand where you will find information about the activities of the Nursing and Healthcare Research Unit (Investén-isciii). All the contact information of the member of Investén-isciii and its Consultant Committee will be available in this stand.

There will be a stand of the Spanish Collaborating Centre of the Joanna Briggs Institute for Evidence Based Healthcare.

There will also be stands for Patients Associations and NGOs. Most of them will only speak Spanish, if you like to contact them, please do not hesitate to contact organization for help with the translation.

**(INFORMACIÓN PARA ASISTENTES ESPAÑOLES)
(INFORMATION ONLY FOR SPANISH ATTENDANTS)**

Asesoría de proyectos de investigación

La Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii) pone a tu disposición una oficina de asesoría durante el XVII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Este servicio está dirigido a aquellos asistentes que deseen obtener información y/o asesoría metodológica para el desarrollo de proyectos de investigación en cuidados.

Concretamente, la oficina de asesoría ofrece información en castellano sobre:

- Cuestiones metodológicas en la realización de proyectos de investigación (metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa).
- Cuestiones de bioestadística.
- Fuentes de financiación para la realización de proyectos de investigación.

Si deseas realizar alguna consulta durante el Encuentro puedes solicitarla inscribiéndote en la lista situada en la Secretaría, según el siguiente horario:

Miércoles 13	
15:30 -16:30	Preferentemente temas relacionados con el análisis estadístico.
Jueves 14	
11:00 – 12:00	Preferentemente investigación cuantitativa. Orientación y apoyo metodológico. Fuentes de financiación y presentación de solicitudes.
12:00 – 13:00	Preferentemente investigación cualitativa. Orientación y apoyo metodológico.

**Recuerda que la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii) tiene un servicio permanente de asesoría on line, donde podrás realizar tu consulta. Se te asignará un asesor que se responsabilizará del seguimiento de la misma. Puedes acceder a este servicio en:
<http://investigacionencuidados.es/asesoria/>**

NOTA: La organización del XVII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados, no se hace responsable de las opiniones vertidas por los participantes en dicho evento y reconoce su potestad de no publicar, en su libro de ponencias, los contenidos que considere que atentan contra los derechos fundamentales reconocidos en la normativa vigente.








¡¡Te esperamos en Vitoria del 11 al 14 de noviembre de 2014!!

El plazo para el envío de resúmenes es el **3 de junio de 2014 (20:00 GMT)**

We look forward to seeing you in Vitoria from 11th to 14th of November 2014!!

The deadline for abstracts submission is **June 3rd 2014 (20:00 GMT)**

12 Noviembre (16:00-20:00) 12 November

15:00	Entrega de documentación (Lugar: Palacio de Congresos La Llotja) – Registration (Location: Palacio de Congresos La Llotja)						
15:45	<p>Talleres. Se celebrarán fuera del Palacio de La Llotja. Habrá un servicio de autobuses para su traslado que saldrá a las 15.45 h del Palacio de la Llotja</p> <p>Los talleres se celebrarán de forma simultánea y tendrán un número limitado de plazas. El criterio de admisión será el orden de inscripción y pago. El listado de los admitidos estará disponible en la página web del congreso el día 4 de noviembre: https://encuentros.isciii.es/lleida2013</p> <p>No se admitirá ninguna inscripción, ni cambio en los talleres después del día 8 de noviembre.</p> <p>Todos los talleres están acreditados por la Comisión de formación continuada de las profesiones sanitarias de Cataluña.</p> <p>All the workshops are in SPANISH. Workshops will be held simultaneously. The number of participants of each Workshop will be limited. The admission criterion will be the order of registration. The list of admitted people will be available on the web page of the conference on November 4th: https://encuentros.isciii.es/lleida2013</p>						
20:00	<p style="text-align: center;">TALLER 1 </p> <p style="text-align: center;">Introducción a la investigación: metodología cualitativa</p> <p style="text-align: center;">(0,7 créditos)</p> <p style="text-align: center;"><i>Rosa Mª López Pisa</i></p>	<p style="text-align: center;">TALLER 2 </p> <p style="text-align: center;">Introducción a la investigación: metodología cuantitativa</p> <p style="text-align: center;">(0,7 créditos)</p> <p style="text-align: center;"><i>Mariángeles Cidoncha Moreno</i></p>	<p style="text-align: center;">TALLER 3 </p> <p style="text-align: center;">Introducción a la práctica basada en la evidencia</p> <p style="text-align: center;">(0,7 créditos)</p> <p style="text-align: center;"><i>Eva Abad Corpa</i></p>	<p style="text-align: center;">TALLER 4 </p> <p style="text-align: center;">Estadística avanzada: Análisis multivariante</p> <p style="text-align: center;">(0,7 créditos)</p> <p style="text-align: center;"><i>Teresa Gómez García</i></p>	<p style="text-align: center;">TALLER 5 </p> <p style="text-align: center;">Estudios de evaluación de pruebas diagnósticas</p> <p style="text-align: center;">(0,7 créditos)</p> <p style="text-align: center;"><i>Carmen Fuentelsaz Gallego</i></p>	<p style="text-align: center;">TALLER 6 </p> <p style="text-align: center;">Escritura y difusión científica</p> <p style="text-align: center;">(0,7 créditos)</p> <p style="text-align: center;"><i>Javier Iruzubieta Barragán</i></p>	<p style="text-align: center;">TALLER 7 </p> <p style="text-align: center;">Estrategias de análisis en investigación cualitativa</p> <p style="text-align: center;">(0,7 créditos)</p> <p style="text-align: center;"><i>Joana Maria Taltavull Aparicio</i></p>

8:00 Entrega de documentación - Registration

9:00 Acto de Inauguración - Opening ceremony 🎧

9:45 Bienvenida del Comité Organizador – Welcome 🎧

CONFERENCIA INAUGURAL - OPENING CONFERENCE



SALA - ROOM RICARD VINYES

10:00

11:00

11:00 Café y Exhibición de pósteres – Coffee and Poster exhibition

	Mesa de comunicaciones 1	Mesa de comunicaciones 2	Mesa de comunicaciones 3	Mesa de comunicaciones 4
11:30	Medición de la atención sanitaria	Cuidados materno-infantiles	Profesión / Gestión	Práctica Clínica
-	Concurrent session 1	Concurrent session 2	Concurrent session 3	Concurrent session 4
13:00	Health care measurement	Mother and children Care	Nursing Profession / Management	Clinical Practice
	Moderador / Chair: Javier Iruzubieta	Moderador / Chair: Ana González	Moderador / Chair: Consuelo Company	Moderador / Chair: Maria Taltavull
	🎧 SALA - ROOM Ricard Vinyes	SALA – ROOM Leandre Cristòfol	SALA - ROOM Florence Nightingale	SALA – ROOM Mary Seacole

P. Caltran M (Brasil): «Cultural adaptation for Brazil of the Satisfaction With Appearance Scale – SWAP and results of the pre-test»

Muñoz Sellés E (España): «Uso, aplicación y demanda de Terapias alternativas y complementarias en atención al parto. (PREU112/06)»

De Vliegheer K (Bélgica): «The experiences of home nurses with the integration of health care assistants in home nursing»

Nuin C (España): «El rol de la enfermería en las relaciones sociales de la persona mayor frágil»

O. Freitas N (Brasil): «Transcultural adaptation of the Perceived Stigmatization Questionnaire (PSQ) for burns victims in Brazil»

De Molina Fernández MI (España): «Aspectos relacionados con el nivel de satisfacción y el grado de cumplimiento de expectativas tras el parto »

Risco Vilarasau E (España): «Transitional care in dementia: from formal home care to nursing home care »

Negrón Fraga A (España): «Entradas en Internet sobre "Enfermería Familiar y Comunitaria" a lo largo del año 2012» (VIRTUAL)

Miguel Ruiz D (España): «Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA) en población hospitalizada diagnosticada de esquizofrenia: propiedades métricas»

Muñoz Jiménez D (España): «Lactancia materna a los 6 meses del nacimiento en el marco de implantación de guías de buenas prácticas»

Ferreira LM (Portugal): «A systematic review on nursing interventions fostering adaptation in women with breast cancer. » (VIRTUAL)

Recio Ramos S (España): «Grupos de riesgo clínico (CRG) en personas mayores de 65 años: una herramienta para la proactividad»

Gómez Del Pulgar G^a Madrid M (España): «Validación de la "Escala ECOEnf" para la evaluación de competencias en estudiantes de Grado en Enfermería.»

De Molina Fernández MI (España): «Valoración de la ansiedad de las mujeres ante el parto, un aspecto a considerar»

Lavedán Santamaría A (España): «Epidemiology of post-fall syndrome in community-dwelling elderly »

Montesó Curto P (España): «Relación de ayuda o counselling en la interacción social y vida cotidiana de las personas con Fibromialgia. » (VIRTUAL)

Figueiredo Carvalho ZM (Brasil): «Mishel uncertainty in illness scale for family members en personas con paraplejia - traducción y validación »

Silva E (Portugal): «Las experiencias de los padres con la hospitalización del recién nacido prematuro»

Ryoha M (Japón): «Management skills demonstrated in nursing practice and learned from work-related experience in Japan»

Lizarbe Chocarro M (España): «La importancia del autocuidado en 48 pacientes portadores de gastrostomía radiológica percutánea»





Otero-García L (España): «Immigrant women's access and participation in family planning, prenatal, and postnatal care programs»

Martí Cavallé M (España): «Perfil TIC de posibles usuarios de una web 2.0 para cuidadores de enfermos crónicos»




Lira De Lima L (Brasil): «Apoyo matricial y salud mental en la atención primaria brasileña: análisis cualitativa sobre el cuidado resolutivo»

13 Noviembre - 13 November

13:15 Comida - Lunch

	Mesa de comunicaciones 5	Mesa de comunicaciones 6	Mesa de comunicaciones 7	Mesa de comunicaciones 8
15:00	Profesión / Gestión	Práctica Clínica	Profesión / Gestión	Cuidadores / Dependencia
-	Concurrent session 5	Concurrent session 6	Concurrent session 7	Concurrent session 8
16:30	Nursing Profession / Management	Clinical Practice	Nursing Profession / Management	Caregivers / Dependency
	<i>Moderador / Chair: Eva Abad</i>	<i>Moderador / Chair: Carmen Fuentelsaz</i>	<i>Moderador / Chair: Dolores Sánchez</i>	<i>Moderador / Chair: Rosa M^a López</i>
	 SALA - ROOM Ricard Vinyes	 SALA - ROOM Leandre Cristófol	 SALA - ROOM Florence Nightingale	 SALA - ROOM Mary Seacole
	Lima Serrano M (España): «La hiperfrecuentación en atención primaria de salud y urgencias hospitalarias»	Sichieri K (Brasil): «La mortalidad asociada con medicamentos potencialmente inapropiados: una revisión sistemática y meta-análisis»	Pan R (Brasil): «Hospital admissions profile for burns acute treatment of children and adolescents, Brazil, 2005-2010» (VIRTUAL)	Romero Serrano R (España): «Las redes de apoyo familiar y la perspectiva de género»
	Domenech Climent N (España): «Educar en Higiene: la mirada desde una revista de Divulgación Sanitaria de 1935»	Seabra De Farias A (Brasil): «Perfil epidemiológico de la tuberculosis en indígenas de São Gabriel da Cachoeira, Amazonia brasileña»	Saray Kilic H (Turquía): «The Evaluation of Intensive Care Unit Experience of Patients»	Martí Cavallé M (España): «Perfil de la cuidadora de pacientes crónicos en Terres de l'Ebre »
	Gil Ruiz MI (España): «Mujeres inmigrantes y acceso a la analgesia epidural en el momento del parto. Una realidad tangible. » (VIRTUAL)	Piñón Villar MDC (España): «Calidad de vida al diagnóstico y al año de seguimiento de pacientes con cáncer colorrectal»	Cruz E (Brasil): «Surveillance cultures for detection of multi-drug resistant enterobacteria»	Lancharro Taverro I (España): «Opiniones y discursos de las mujeres en torno al plan de atención a cuidadoras familiares en Andalucía»
	Palmar Santos AM (España): «La coordinación sociosanitaria como necesidad. La perspectiva de los profesionales de enfermería. »	Navarro Martinez L (España): «Implementación de tratamiento de condilomas con ácido tricloroacético en consulta de enfermería de ginecología»	Yildirim M (Turquía): «The effect of pain management education on pain beliefs and pain levels of orthopedic surgery patients »	García Rodríguez MT (España): «Prevalencia de dependencia para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y deterioro cognitivo»
	Chacón Garcés S (España): «Incremento de los registros de enfermería en primaria sobre el adulto joven tras aplicar un programa de captación»	Duque Alzate R (España): «Estudio retrospectivo de pre valencia de infección y complicaciones de intervenciones en sala técnica y no quirófano»	Scotini Freitas P (Brasil): «Perioperative glycemic control: integrative review»	Santos Rosado Marques MDF (Portugal): «El cuidador familiar de la persona con depresión»
	Fernando Amaral A (Portugal): «Ambiente de práctica de cuidados individualizados que relación?»	Henriques V (Portugal): «Autoexamen testicular: una oportunidad para la intervención en enfermería» (VIRTUAL)		Farré Almacellas M (España): «Costes de los cuidados de los pacientes con demencia en España»

13 Noviembre - 13 November

<p>Mesa de comunicaciones 9</p> <p>16:45 Cuidados a pacientes críticos / Urgencias</p> <p>-</p> <p>18:15</p> <p>Concurrent session 9</p> <p>Critical / Acute Care</p> <p><i>Moderador / Chair: Miquel Àngel Calderó</i></p> <p> SALA - ROOM Ricard Vinyes</p>	<p>Mesa de comunicaciones 10</p> <p>Cuidadores / Crónicos</p> <p>Concurrent session 10</p> <p>Caregivers / Chronic patients</p> <p><i>Moderador / Chair: Esther González</i></p> <p> SALA - ROOM Leandre Cristòfol</p>	<p>Mesa de comunicaciones 12</p> <p>Profesión / Gestión</p> <p>Concurrent session 12</p> <p>Nursing Profession / Management</p> <p><i>Moderador / Chair: Ana González</i></p> <p> SALA - ROOM Mary Seacole</p>
<p>Amigó Tadin M (España): «Práctica sexual de riesgo y demanda de profilaxis para infecciones de transmisión sexual al servicio de urgencias.»</p>	<p>Rodrigo Gil JM (España): «Monitorización de las alteraciones urinarias después del diagnóstico de ictus agudo»</p>	<p>López Cortacans G (España): «Coste utilidad de un programa que potencia el rol enfermero para el manejo de la depresión en atención primaria »</p>
<p>Falcó-Pegueroles A (España): «La exposición al conflicto ético en el cuidado del paciente crítico: variables asociadas»</p>	<p>Ramos-Morcillo AJ (España): «Análisis de un recurso Web con información y recursos para prescribir a pacientes: Cuidando.org»</p>	<p>Negrón Fraga A (España): «Registro de Resultados en Planes de Cuidados, análisis cuantitativo y cualitativo en un centro de salud» (VIRTUAL)</p>
<p>Carmona Monge FJ (España): «Incidencia y factores de riesgo de la bacteriemia relacionada con catéter en cuidados críticos» (VIRTUAL)</p>	<p>Sánchez Padilla M (España): «Efectividad de un programa de ejercicios propioceptivos en la tercera edad»</p>	<p>Cebrián M (España): «Opinión de los profesionales de salud sobre el control de tratamientos de larga duración en adolescentes»</p>
<p>Figueiredo Carvalho ZM (Brasil): «Conocimiento de los enfermeros sobre acogida con clasificación de riesgo en urgencia y emergencia»</p>	<p>Lapeña Moñux YR (España): «La enfermera ante el reto de la gestión del paciente crónico complejo »</p>	<p>Fernández Batalla M (España): «Informes clínicos generados con sistemas expertos: la transferencia del lenguaje normalizado al natural en enfermería:»</p>
<p>Crespo-García Mendizabal A (España): «Estudio de incidencia de morbi-mortalidad en pacientes afectados por ACV hemorrágico, durante las primeras 48 h.»</p>	<p>Gonzalez Gil T (España): «“Cuidar y ya está”: la experiencia de los cuidadores de pacientes que han sufrido un ictus. Estudio fenomenológico»</p>	<p>Rodrigo Pedrosa O (España): «Conceptos básicos para hacer emerger el modelo de la profesión de enfermería en el contexto sociocultural español actual»</p>
<p>Laredo Aguilera JA (Alemania): «Nivel de satisfacción laboral de los enfermeros de los diversos servicios de urgencias de la provincia de Córdoba» (VIRTUAL)</p>	<p>Serrano Parra MD (España): «Influencia de la Resiliencia en la Salud Mental percibida en mayores de 60 años»</p>	<p>Pallarés À (España): «El análisis etnográfico de los servicios clínicos mejorar desempeño »</p>
<p>Figueiredo Carvalho ZM (Brasil): «Evaluación funcional en portadores de accidente vascular encefálico utilizando el índice de Tinetti»</p>		<p>Guilherme C (Brasil): «Efecto del apoyo espiritual en los parámetros clínicos en las mujeres con cáncer de mama: un estudio piloto»</p>
<p>18:30 Actuación Colla castellera Els Marracos de la Universidad de Lleida - Traditional "Human Tower built" made by Els Marracos team from the Lleida University</p>		

14 Noviembre - 14 November

SESIÓN PLENARIA – PLENARY SESSION







La investigación en cuidados en el marco de la Unión Europea – Healthcare Research in European Framework

Moderadora / Chair: Carmen Fuentelsaz Gallego

   SALA - ROOM RICARD VINYES

- 9:00** ● *Financiación Europea en el marco de DGSANCO.* **Eibhilin Manning**. DG de Salud y Consumo. Comisión Europea.
- *European Funding within the DGSANCO framework.* **Eibhilin Manning**. DG Health and Consumers. Unit Innovation for Health and Consumers.
- 11:00** ● *Financiación Europea en el marco del Programa Horizonte 2020.* **Josefina Enfedaque**. Coordinador de Comunicaciones ERA. DG de Investigación e Innovación. Comisión Europea.
European Funding within the Horizon 2020 Framework. **Josefina Enfedaque**. ERA Communications Coordinator. DG Research & Innovation. European Commission.
- *Experiencia española en proyectos europeos.* **Teresa Moreno Casbas**. Responsable de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii). Instituto de Salud Carlos III.
The Spanish experience in European projects. **Teresa Moreno-Casbas**. Head of the Nursing and Healthcare Research Unit (Investén-isciii). Institute of Health Carlos III.

11:00 Café y Exhibición de pósters – Coffee and Poster exhibition

	Mesa de comunicaciones 13	Mesa de comunicaciones 14	Comunicaciones orales breves I	Comunicaciones orales breves II
11:30	Cáncer infantil / Cuidados paliativos	Promoción de la salud	Oral brief presentations I	Oral brief presentations II
-	Concurrent session 13	Concurrent session 14		
13:00	Children's Cancer / Palliative Care	Health promotion	<i>Moderador / Chair:</i>	<i>Moderador / Chair:</i>
	<i>Moderador / Chair: María Ruzafa</i>	<i>Moderador / Chair: M^a Isabel Orts</i>	<i>Consuelo Company y Manuel Rich</i>	<i>Clara Vidal y Miquel Àngel Calderó</i>
	   SALA - ROOM Ricard Vinyes	 SALA – ROOM Leandre Cristòfol	 SALA - ROOM F. Nightingale	 SALA – ROOM Mary Seacole

Gavala Arjona JM (España): «Efectividad de la educación en el cuidador principal de un niño con una enfermedad oncológica»

Gelabert Binimelis A (España): «Evaluación de actitudes y conocimientos de los enfermeros ante el alcohol y la atención al drogodependiente.»

Detalle en página siguiente

Detalle en página siguiente

González-María E (España): «Intervenciones no farmacológicas para prevenir o tratar el dolor en niños con cáncer. Revisión sistemática»

Martín Vergara N (España): «Adecuación nutricional en sujetos con riesgo nutricional»

Details in next page

Details in next page

Cerqueira C (Portugal): «Mantener la familia en equilibrio cuando se cuida de un niño con cáncer: una perspectiva desde la persona que cuida»

Arceo-Vilas A (España): «Valoración del estado nutricional en población de 40 y más años»

Orozco Mares I (México): «Explicaciones simbólicas sobre la muerte como recurso de bienestar para el enfermo y su familia»

Cepeda Bautista MM (España): «Valoración del riesgo de desnutrición en pacientes con Ictus Agudo»



Karn B (Nepal): «Stress among Parents of Intellectually Disabled Individuals of Sustha Manasthiti Baal Kalyan Bidhyalaya, Dharan, Nepal»

Tapia Casellas C (España): «La alimentación de nuestros adolescentes Asperger: estado nutricional a partir de datos de la consulta de Enfermería»

Villares Ojea M (España): «Uso de las tics en oncohematología»





Martín Vergara N (España): «Intervención de educación nutricional en pacientes a riesgo nutricional del programa de atención domiciliaria»





Carralero Montero A (España): «Educación para la Salud como estrategia para mejorar la adhesión al tratamiento. Revisión Sistemática.»

<p align="center">Comunicaciones orales breves I</p> <p align="center">Oral brief presentations I</p>  <p align="center">SALA - ROOM Florence Nightingale</p> <p align="center"><i>Moderador / Chair: Consuelo Company y Manuel Rich</i></p>	<p align="center">Comunicaciones orales breves II</p> <p align="center">Oral brief presentations II</p>  <p align="center">SALA – ROOM Mary Seacole</p> <p align="center"><i>Moderador / Chair: Clara Vidal y Miquel Àngel Calderó</i></p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sanchez Diaz M (España): «La utilización de los Planes de Cures en los centros de Atención Primaria de la Conca d'Òdena» 2. García Fernández G (España): «Concordancia entre la información registrada en los documentos prequirúrgicos y la observada por enfermería de quirófano» 3. Sichiari K (Brasil): «Tiempo medio de cuidado del paciente crítico en un hospital escuela en el marco del Nursing Activities Score (NAS)» 4. Gatell Angles MG (España): «Evaluación de un protocolo para asegurar la continuidad de cuidados en diferentes niveles asistenciales» 5. Rojas L (Costa Rica): «Análisis de las tesis en la maestría de Enfermería Gineco-Obstétrica y Perinatal de la UCR» 6. Gallego Caminero G (España): «¿Quiénes eran y cómo actuaron en ambos bandos, las enfermeras de la Guerra Civil Española?» 7. Torres Penella C (España): «Enfermería republicana y represión franquista en la ciudad de Lleida durante la Guerra Civil (1936-1939)» 8. Bonmati-Tomás A (España): «El aprendizaje basado en el análisis de casos y la simulación: metodologías docentes para unir teoría con práctica» 9. Tejero Vidal LL (España): «Competencias en la gestión de las Hijas de la Caridad en el Hospital de Lleida (1792 – 1812)» 10. Silva Cardoso ML (Portugal): «Influencia del ambiente sobre los resultados de la práctica de enfermería» 11. Da Rocha Pimentão A (Brasil): «El estrés entre profesionales de enfermería de un hospital en la Amazonia brasileña» 12. Romero Serrano R (España): «Visibilidad de los cuidados: Análisis sobre la disciplina enfermera en el alumnado de postgrado » 13. Hidalgo García C (España): «El mantenimiento de los productos de curas en atención primaria: UNA ASIGNATURA PENDIENTE» 14. Fernández-Salazar S (España): «Análisis del impacto de Twitter como herramienta de difusión de una iniciativa para visibilizar los Cuidados de Enfermería» 15. Mora López G (España): «La observación como técnica para la mejora de la atención en las urgencias hospitalarias. » 16. Olivé Ferrer MC (España): «La cirugía de sustitución protésica de rodilla (PTR) desde la perspectiva del paciente» 17. Guerra Martín MD (España): «Evaluación de la implantación del programa Forma Joven. ¿Existen diferencias respecto a otras acciones no programadas?» 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fernández Pallarés P (España): «Efectividad de una guía de buenas prácticas para prevenir caídas en mayores de 65 años hospitalizados» 2. Catalán Edo MP (España): «Evaluación de los registros enfermeros durante el proceso de hospitalización » (VIRTUAL) 3. Fernandez Sanchez JD (España): «Percepción de profesionales de Enfermería sobre su ambiente de trabajo en un hospital de tercer nivel» 4. Blanco J (España): «El frotis superficial no es un método de recogida de muestras válido para diagnosticar infección en Úlceras por Presión» 5. Cobo Cuenca AI (España): «Epidemiología de la lesión medular y su implicación en los cuidados enfermeros» 6. García Ibarra C (España): «Manejo de la seguridad informática por el personal de una unidad de cuidados intensivos (uci)» 7. García Velasco L (España): «Estudio de factores que más estresan al personal de enfermería en una unidad de cuidados intensivos» 8. Rodríguez Gonzalo A (España): «Cultura de Innovación en los Profesionales de Enfermería» 9. Cidoncha Moreno MA (España): «Perfil investigador de los diplomados sanitarios» 10. Gómez-García T (España): «Descripción de la financiación en cuidados por el Fondo de Investigación Sanitaria según la clasificación de Carga de Enfermedad» 11. Abad Corpa E (España): «Efectividad de las intervenciones enfermeras: estudio descriptivo de la producción científica internacional» 12. Fernández-Lasquetty Blanc B (España): «Uso de Internet y herramientas web 2.0 por las enfermeras gestoras españolas» 13. Martín-Espinosa NM (España): «La reflexividad de los estudiantes de Enfermería en las prácticas clínicas» 14. Gilart E (España): «Trivial como método didáctico alternativo para fomentar el aprendizaje en los estudiantes de enfermería» 15. Comas Serra MA (España): «Disonancia entre teoría y práctica durante las estancias clínicas de alumnos en unidades de hospitalización pediátrica.» 16. Ramos-Morcillo AJ (España): «Impacto de la enseñanza de la practica basada en la evidencia en estudiantes de enfermería» 17. Pedraza Anguera AM (España): «Presentación de una escala para la evaluación de competencias de los EIR de pediatría.» 18. Jover Mallol M (España): «La acreditación de Competencias en la profesión, empezamos a opinar» 19. Hurtado Pardos B (España): «Validación de contenido de ítems generadores de malestar docente en profesorado universitario de Enfermería en Cataluña» 20. Martín Rivera BE (España): «Percepción del practicum específico en la unidad de cuidados intensivos. Experiencias de tutores y alumnos»





14 Noviembre - 14 November










13:15 Comida - Lunch



	Mesa de comunicaciones 15	Mesa de comunicaciones 16	Mesa de comunicaciones 17	Mesa de comunicaciones 18
15:00	PCBE	Promoción de la salud	Cuidados a pacientes crónicos	Cuidados a pacientes crónicos
-	Concurrent session 15	Concurrent session 16	Concurrent session 17	Concurrent session 18
16:30	EBP	Health promotion	Chronic Care	Chronic Care
	Moderador / Chair: <i>Eva Abad</i>	Moderador / Chair: <i>Carmen Fuentelsaz</i>	Moderador / Chair: <i>Maria Taltavull</i>	Moderador / Chair: <i>M^a Ángeles Cidoncha</i>
	 SALA - ROOM Ricard Vinyes	 SALA - ROOM Leandre Cristòfol	 SALA - ROOM F. Nightingale	 SALA - ROOM Mary Seacole
	Bermejo Pablos C (España): «Proceso de implantación de guías de buenas prácticas para el cuidado de la ostomía en atención especializada »	Gallego Jiménez M (España): «Educación sexual para el aumento de conocimientos de los riesgos derivados de las relaciones sexuales en adolescentes»	Fernandez Ortega P (España): «Previous fall, medication and neurological factors related to cancer patients injuries: 4 years of experience in a cancer center.»	Pedraz Marcos A (España): «Artritis reumatoide: cómo las enfermeras pueden apoyar a los pacientes en su afrontamiento»
	Salvat Plana M (España): «Evaluación de la disfagia en el paciente con ictus agudo: adherencia a las recomendaciones de las Guías y resultados»	Lima Serrano M (España): «Efecto de un programa escolar en actitudes y conductas sobre áreas de sexualidad, sustancias adictivas y seguridad vial»	Rocha JC (Brasil): «Prevalence and factors associated with hypertension and pre-hypertension in women enrolled strategy to family health of »	Bonmatí-Tomás A (España): «Estudio GAMCA: Percepción de la enfermedad crónica en personas de origen gambiano residentes en Cataluña»
	Fernández-García S (España): «Evolución de caídas en mayores de 65 años hospitalizados tras implantar un programa de buenas prácticas »	Rainho C (Portugal): «Estilo de vida de los estudiantes de enseñanza superior en el norte de Portugal»	Lucieli Dias Pedreschi C (Brasil): «Regional assessment of comprehensive care for cardiovascular diseases»	Marqués Macías MP (España): «Formar parte de un proyecto de investigación con intervención educativa: percepción de los participantes.»
	Granado Font E (España): «Implementación de la evidencia en el manejo integral en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica »	Sánchez Ocaña C (España): «Exploración de recursos para un desarrollo positivo en adolescentes de una zona de transformación social de Sevilla»	Prata AP (Portugal): «The importance of competencies for nurses' mobility»	Morales Jinez A (México): «Significado del cuidado de enfermería para los adultos mayores en estado de cronicidad»
	Lopez-Medina IM (España): «El liderazgo enfermero en la implementación de evidencias: un análisis cualitativo desde el modelo PARIHS.»	López Reyes S (España): «¿Cómo abordan los padres el consumo de tabaco en sus hijos adolescentes?»	Yamazumi Y (Japón): «Job-Leaving in New Nurses in Japan in their Sixth Month of Employment»	Esquinas C (España): «Seguimiento del tratamiento con CPAP en atención primaria. Estudio comparativo randomizado de equivalencia »
	Martinez JA (España): «La aplicación clínica de conclusiones basadas en evidencia CATs (Critically Appraised Topics). ¿Está influyendo en los resultados de salud?»	Chacón Garcés S (España): «Actividad física y factores de riesgo de la población adulta joven vs madura: registros de enfermería en atención primaria»		Gerenabarrena E (España): «Conocimiento de los pacientes sobre el tratamiento de larga duración» (VIRTUAL)
		Lima Serrano M (España): «Influencia de rasgos sociodemográficos de adolescentes de secundaria sobre sus estilos y calidad de vida»		Piñón Villar MDC (España): «Calidad de vida y dependencia de pacientes trasplantados hepáticos.»

	Mesa de comunicaciones 19	Mesa de comunicaciones 20	Mesa de comunicaciones 21	Mesa de comunicaciones 22
16:45	Cáncer / Dolor	Práctica Clínica	Salud / Género	Docencia
-	Concurrent session 19	Concurrent session 20	Concurrent session 21	Concurrent session 22
18:15	Cancer / Pain	Clinical Practice	Health / Gender	Nursing Education
	Moderador / Chair: Ana González	Moderador / Chair: Clara Vidal	Moderador / Chair: Teresa Moreno	Moderador / Chair: Esther González
	 SALA - ROOM Ricard Vinyes	 SALA - ROOM Leandre Cristòfol	 SALA - ROOM F. Nightingale	 SALA - ROOM Mary Seacole
	García Rodríguez MT (España): «La ansiedad antes y después del trasplante hepático»	Fernández-Salazar S (España): «Adaptación cultural, validación de contenido y prueba piloto del Cuestionario "Nursing Teamwork Survey".»	Silva Freitas OM (Portugal): «Stress of pre-term neonate: Contributions of nursing intervention »	Lana Perez A (España): «Inteligencia emocional y conductas de riesgo para la salud en estudiantes de enfermería»
	Bosch-Farré C (España): «La Resiliencia en las mujeres supervivientes al Cáncer de Mama» (VIRTUAL)	Plaza Del Pino FJ (España): «Islam en el hospital: La visión de los pacientes musulmanes.»	Sardo D (Portugal): «Living in the prison: how to identify the women's health needs» (VIRTUAL)	Tenorio Matanzo M (España): «Violencia de Pareja en alumnas de enfermería»
	Fuentelsaz-Gallego C (España): «Diagnóstico del dolor en niños con cáncer. Revisión sistemática»	Pujol Puig J (España): «Habilidad empática de los profesionales de la rehabilitación funcional domiciliaria»	Tarrats L (España): «Effectiveness of hyoscine butylbromide (buscopan®) in first stage of labour in case of cervix rigidity- the pilot study-»	Basurto S (España): «Percepción de los estudiantes de Enfermería sobre los valores profesionales en nuestro país.»
	Moreno Rodríguez RM (España): «Eficacia de la termoterapia local en el dolor producido por la administración endovenosa periférica de Oxaliplatino.»	Delgado-Hito P (España): «El proceso de producción de conocimiento en la práctica enfermera de cuidados intensivos a través de la reflexividad»	Pan R (Brasil): «Mothers' perspective of school reintegration of children victims of burns» (VIRTUAL)	Lleixà Fortuño M (España): «Estrés en los estudiantes de enfermería: estudio comparativo pre y post prácticas. »
	Bellido-Vallejo JC (España): «Validez y fiabilidad del Resultado "Nivel del dolor" de la Clasificación de Resultados de Enfermería»	Seguranyes Guillot G (España): «Nivel de competencia e intención de ejercicio profesional percibidos por las matronas residentes de Cataluña»	De Oliveira Fonseca-Machado M (Brasil): «Women abused by their partners: factors associated with violence during pregnancy»	Sarria Guerrero JA (España): «Impacto sobre el aprendizaje percibido por el alumno durante el proceso Simulación de Alta fidelidad»
	Hernández Méndez S (España): «Percepción del paciente relacionado con el manejo del dolor en un hospital universitario»		Tarrats L (España): «Prevalence of cervical rigidity among women in labour»	Cidoncha Moreno MA (España): «Evaluación de conocimientos a los 9 meses de un programa de formación online en lectura crítica dirigido a enfermeras»
				Alegre Ramón V (España): «Segundo curso de Grado: oportunidad de mejora en la asignatura Enfermería del Adulto y el Anciano»
18:15	Exhibición de pósteres – Poster exhibition			

14 Noviembre - 14 November

	Comunicaciones orales breves III	Comunicaciones orales breves IV	Comunicaciones orales breves V	Comunicaciones orales breves VI
18:30	Oral brief presentations III	Oral brief presentations IV	Oral brief presentations V	Oral brief presentations VI
19:10	Moderador / Chair: M ^a Isabel Orts	Moderador / Chair: Javier Iruzubieta	Moderador / Chair: María Ruzafa	Moderador / Chair: Maria Taltavull
	 SALA - ROOM Ricard Vinyes	 SALA - ROOM Leandre Cristòfol	 SALA - ROOM F. Nightingale	 SALA - ROOM Mary Seacole
	Ribeiro AS (España): «Úlceras por Presión en un centro socio-sanitario ¿Hacia dónde vamos?»	De La Rica Escuin M (España): «La demencia avanzada; situación de enfermedad avanzada-terminal.»	Martins MM (Portugal): «Family health nursing: developing an European common understanding – a Delphi study»	Parejo Arrondo MT (España): «Catéter central de inserción periférica (PICC) en oncología: 827 catéteres en tres años en una consulta de enfermería.»
	Cánovas-Tomás MÁ (España): «El modelo de relación enfermera-cuidador familiar desde la perspectiva de los profesionales» (VIRTUAL)	Ramos Morcillo AJ (España): «Enfermeras y personas al final de la vida ¿de qué hablan?»	Reis Santos M (Portugal): «Physical Activity and Inactivity Habits among Portuguese Adolescents»	Martin-Espinosa NM (España): «Percepción de la adherencia a estilos de vida saludables en personas con factores de riesgo cardiovascular»
	Saiz Vinuesa MD (España): «Implantación de una Guía de Buena Práctica para la prevención de caídas: Percepción de los pacientes hospitalizados»	Pinto C (Portugal): «La condición de salud de los pacientes con cáncer colorrectal durante el camino terapéutico» (VIRTUAL)	Gröndahl W (Finlandia): «Quality of care can be improved by patient education»	Sánchez Ortega MA (España): «Evaluación de la Capacidad de Autocuidado en pacientes crónicos atendidos en una consulta de enfermería »
	Ribeiro AS (España): «Curar o paliar; ¿Qué cuesta más? Análisis de costes del tratamiento de una herida crónica en función de su finalidad.»	Robles Brabezo JM (España): «Cuidados paliativos en un hospital de agudos: ¿qué le hacemos a los pacientes?»	Akduran F (Turquía): «Nursing students' views on nursing innovation»	Juan-Porcar M (España): «Cuidadores familiares de la persona con trastorno mental grave en el hogar»
	Colomer Codinachs M (España): «Análisis del perfil de las personas mayores en programa de hemodiálisis, en una Unidad de Nefrología »	Velarde García JF (España): «Vivencias del profesional de enfermería en el cuidado paliativo del paciente crítico terminal»	Simsek O (Turquía): «Correlation between Complaints of Somatization and Obsessive Compulsive Disorders»	Fernández Leyva A (España): «Salud autopercebida y afrontamiento del dolor crónico en mujeres con fibromialgia» (VIRTUAL)
	Botigüé T (España): «Riesgo de desnutrición como factor pronóstico de mortalidad a los 2 años en ancianos de la comunidad»	Modrego Aznar MF (España): «La necesidad de comunicación entre niveles asistenciales para la continuidad de los cuidados en enfermería.» (VIRTUAL)	Verderoce Vieira M (Brasil): «Satisfaction and burden in nursing workers in mental health »	Guevara García MÁ (España): «Evaluación de la Calidad de Vida en pacientes con Esclerosis Múltiple: evidenciando las necesidades de cuidados»
	Lana Perez A (España): «Prevalencia de factores de riesgo conductuales de un segundo cáncer primario en España»	Montes Muñoz MJ (España): «Cáncer de mama. Mastectomía y reconstrucción inmediata. Experiencias de las mujeres»	Bayındır Çevik A (Turquía): «Development of Turkish Version of the Perceived Diabetes Self-Management Scale: Psychometric Properties»	Esteban Sepúlveda S (España): «Vivencia de las enfermeras ante el dolor expresado por los pacientes»
	Arlandis Casanova M (España): «Estudio comparativo entre la diplomatura y el grado en enfermería en la asignatura de enfermería de salud mental»			
	Simões Figueiredo A (Portugal): «Concepciones del profesor de enfermería en Portugal - una identidad en construcción »			
21:00	Cena de congreso. Restaurante "El Mirador dels Camps Elisis". (IMPRESINDIBLE IDENTIFICADOR CONGRESO)			
	Conference's dinner. Restaurant "El Mirador dels Camps Elisis". (CONFERENCE IDENTIFICATION REQUIRED)			

	Mesa de comunicaciones 23	Comunicaciones orales breves VII	Comunicaciones orales breves VIII	Comunicaciones orales breves IX
9:00	Docencia	Oral brief presentations VII	Oral brief presentations VIII	Oral brief presentations IX
-	Concurrent session 23			
11:30	Nursing Education	Moderador / Chair:	Moderador / Chair:	Moderador / Chair:
	Moderador / Chair: Rosa M ^a López	Manuel Rich y Carmen Nuin	Silvia Esteban y Montse Gea	M ^a Isabel Orts y M ^a Ángeles Cidoncha
	   SALA - ROOM Ricard Vinyes	 SALA - ROOM Leandre Cristófol	 SALA - ROOM F. Nightingale	 SALA - ROOM Mary Seacole
	Berenguer-Poblet M (España): «Adaptación y Validación de un cuestionario: "La actitud enfermera y la familia". Fase inicial.»	<i>Detalle en página siguiente</i>	<i>Detalle en página siguiente</i>	<i>Detalle en página siguiente</i>
	Pérez-Campos MA (España): «Adaptación cultural, validación y prueba piloto de la decisional involvement scale »	<i>Details in next page</i>	<i>Details in next page</i>	<i>Details in next page</i>
	Martins MM (Portugal): «Proyecto de educación en enfermería de la familia: una perspectiva portuguesa»			
	Alves A (Portugal): «Cuidar en la diversidad las expectativas y las perspectivas de los estudiantes de enfermería»			
	Ortuño Soriano I (España): «Actitud y motivación hacia la investigación de profesionales de enfermería y estudiantes de grado»			
	López Ibort N (España): «Identificación de estresores durante las Estancias Clínicas II en alumnos de Enfermería»			
	Ten Hoeve Y (Países Bajos): «Dutch nursing students orientation on and attitudes towards nursing at the beginning of their education »			
	Sousa Carvalho A (Portugal): «Relación entre el bienestar psicológico y la percepción general de salud en una muestra de estudiantes»			
<hr/>				
11:30	Café y Exhibición de pósteres – Coffee and Poster exhibition			
	CONFERENCIA DE CLAUSURA - CLOSING CONFERENCE			
12:00	<i>El impacto de la crisis financiera y las medidas de austeridad en la salud.</i>		  	SALA - ROOM RICARD VINYES
-	Helena Legido-Quigley BSc MSc PhD. Profesora de Salud Global en la London School of Hygiene & Tropical Medicine.			
13:00	<i>The impact of the financial crisis and austerity measures on health.</i>			
	Helena Legido-Quigley BSc MSc PhD. Lecturer in Global Health in the London School of Hygiene & Tropical Medicine.			
	<i>Moderadora / Chair: Montserrat Gea Sánchez</i>			
13:15	Entrega de premios y acto de clausura (Sólo se entregarán los premios cuando al menos uno de los autores firmantes del trabajo esté presente).			
	Closing ceremony and awards (The prizes will be awarded only to those present).			

<p align="center">Comunicaciones orales breves VII Oral brief presentations VII  SALA - ROOM Leandro Cristófol <i>Moderador / Chair: Manuel Rich y Carmen Nuin</i></p>	<p align="center">Comunicaciones orales breves VIII Oral brief presentations VIII  SALA – ROOM Florence Nightingale <i>Moderador / Chair: Silvia Esteban y Montse Gea</i></p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Nieto Martínez ME (España): «Eficacia de la presencia de madres con experiencias positivas en lactancia en la educación para la salud» 2. Ruzafa-Martínez M (España): «Diseño y validación de un cuestionario para determinar los conocimientos y hábitos en higiene corporal infantil HICORIN®» 3. Tamame San Antonio M (España): «La eficacia de mantener el cordón umbilical limpio y seco en prematuros vs a la cura con antisépticos.» 4. Fernández Y Fernández-Arroyo M (España): «Impacto del perfil profesional sobre una intervención: la evaluación de los programas de Educación Maternal» 5. Ferrer Gil M (España): «¿Existe asociación entre ciclo lunar y parto?» 6. Albornos-Muñoz L (España): «Resultados de lactancia materna tras la implantación de buenas prácticas en la promoción de la lactancia materna» 7. Hernández Méndez S (España): «Resultados en Cuidados de ostomías al año del inicio de la implantación de la Guía de buenas prácticas de la RNAO® » 8. Estrada D (España): «Estudio cuasiexperimental de una intervención educativa a pacientes hipertensos» 9. Luque Montilla MR (España): «Revisión de calidad de páginas webs sobre enfermería basada en la evidencia» (VIRTUAL) 10. Méndez Cantera N (España): «Evolución de resultados NOC en el diagnóstico NANDA Conocimientos deficientes (diabetes)» 11. Iniesta Sánchez J (España): «Estrategias para la prevención y disminución de caídas en el medio hospitalario» 12. López Pérez K (España): «Las Buenas Prácticas en la atención domiciliaria a personas dependientes: visión de los profesionales sociosanitarios » 13. Bagot Prats M (España): «La percepción de las condiciones laborales del personal en un hospital público de tercer nivel» 14. Castro Sánchez E (Reino Unido): «Alfabetización en salud en emigrantes: revisión sistemática e integradora de la literatura» 15. China Jimémez B (España): «Estudio descriptivo: infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años» 16. Catalán Edo MP (España): «Novedades en los cuidados de enfermería a lactantes intervenidos de estenosis hipertrófica de píloro» (VIRTUAL) 17. Picart Nogue MA (España): «Terapia inhalatoria en lactantes. Mantenimiento de mascarillas y cámaras inhalatorias por parte de los progenitores.» 18. González Gallego M (España): «¿Cómo desayunan los niños de 4 a 6 años y de 10 a 12 años en nuestra zona básica de salud?» 19. Andrade L (Portugal): «El impacto de los hijos en la familia» 20. Salvadó Hernández MC (España): «Vivencias y proceso de adaptación a la enfermedad, del padre y los hermanos de un niño con diabetes tipo 1» 21. Meseguer Liza C (España): «Relación entre la realización de ejercicio físico y el consumo de alcohol en adolescentes» 22. Lopes M (Brasil): «El consumo de alcohol, el estrés laboral y los factores asociados con el personal de una universidad pública» 23. Farré Pagès N (España): «Abordaje de las infecciones de transmisión sexual en atención primaria: nuevos retos para enfermería» 24. Lana Pérez A (España): «Riesgo de cáncer vinculado a conductas en profesionales de enfermería y usuarios de atención primaria de salud» 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ünver S (Turquía): «From Correct Words to Correct Care: Wrong Usage of the Term Pressure Sore among Turkish Nurses» 2. Sriyani Padmalatha K (Sri Lanka): «Assessment of access, use and their attitudes towards Information Technology among Operation Theatre Nurses of Sri Lanka.» 3. Cardoso R (Portugal): «Nursing Leaders' Perceptions on Social Visibility of Nursing Activity in Portugal » 4. Gonçalves MN (Portugal): «The current nurse manager – which need of formation» 5. Da Silva Vieira Martins MDF (Portugal): «The professionals and families inter-confluences in health education» 6. Lavoie-Tremblay M (Canadá): «Engaging Patients into Redesigning Care Processes » 7. Durat G (Turquía): «Correlation between Dietary Applications in Hypertension Patients and Eating Disorders» 8. Ertuğ N (Turquía): «The effect of clothes on blood pressure measurement in normotensive subjects» 9. Bayındır Çevik A (Turquía): «Evaluation of cardiometabolic risks in the adult population of Rize » 10. Gökay P (Turquía): «Effects of Experience and Fear of Falling on Daily Activities of Patients with Osteoarthritis » 11. Aktaş D (Turquía): «Effects of the Home Care Service on the Life Quality of the Patients with Gynecological Cancer » 12. Valenzuela Pascual F (España): «Pain neurophysiology education for the management of Chronic Low Back Pain (CLBP): A narrative-based systematic review.» 13. P. Caltran M (Brasil): «Health status, self-esteem and depression in burn victims post-discharge from hospitalization» 14. Gago E (Portugal): «Education in the Process of Interaction between the Nurse and Elderly Person / Family in the Community» 15. Solbakken R (Noruega): «Homebound elderly, receiving help from the Home Care Services - a descriptive study of fall events.» 16. Trisyani M (Indonesia): «Recognition of Taboos Food and Activities among Pregnant Women in West Java» 17. Pan R (Brasil): «Brazilian cultural adaptation of the questionnaire Costs of Caring for Children with Cancer» (VIRTUAL) 18. Turan F (Turquía): «Complementary alternative approaches used by the parents who have epileptic children at epilepsy management» 19. İşler A (Turquía): «Validity and Reliability of the Turkish Version of the Seizure Self-Efficacy Scale for Children »

Comunicaciones orales breves IX

Oral brief presentations IX



SALA – ROOM Mary Seacole

Moderador / Chair: M^a Isabel Orts y M^a Ángeles Cidoncha

1. Herranz S (España): «Disfagia Orofaringea en las Unidades de Rehabilitación de Trastornos Neurológicos de un Centro Socio-Sanitario.»
2. Saiz Vinuesa MD (España): «Aplicación de Reiki y otras terapias complementarias en cuidados intensivos (uci): percepción del personal.»
3. Rodríguez Molino R (España): «Renovación de conocimientos en RCP y desfibriladores en personal sanitario.»
4. Cachón Pérez JM (España): «Importancia del medio ambiente de la unidad de cuidados intensivos para el cuidado del paciente con síndrome confusional»
5. Antorn Ortiz M (España): «Alta resolución de enfermería en la demanda aguda por síntomas respiratorios de vías altas»
6. Puigvert Vilalta M (España): «Las Enfermeras en la Gestión de la Patología Aguda de Baja Complejidad (PABC) »
7. Lira De Lima L (Brasil): «Dialéctica de las relaciones de cuidado en el cotidiano de la atención primaria a la salud de Brasil»
8. O. Freitas N (Brasil): «Percepción de los enfermeros acerca de los cuidados paliativos y el manejo del dolor en la UCI»
9. Chicote Aylagas PN (España): «¿Infrautilizamos el Índice Tobillo Brazo?»
10. Rangel Teixeira E (Brasil): «Dimensión psicosomática de las personas con hipertensión arterial»
11. Seabra De Farias A (Brasil): «Condiciones de producción de la Tuberculosis Multiresistente: percepciones del enfermo»
12. Pumar-Méndez MJ (España): «Barreras actitudinales para la implementación de estrategias para el abordaje de la cronicidad» (VIRTUAL)
13. García Ibarra C (España): «Análisis de la calidad de vida del enfermo celíaco adulto»
14. Sapena Fortea N (España): «Expectativas de conocimiento de los pacientes que van a someterse a una artroplastia total de cadera o de rodilla»
15. Herreros López P (España): «Percepción de los padres de los paciente pediátricos oncológicos el día del trasplante de progenitores hematopoyéticos »
16. Torner Benet MT (España): «Consumo de energía en estudiantes universitarios de ciencias de la salud »
17. Ruiz Calatayud C (España): «Elaboración de un documento informativo al alta para el paciente hepatectomizado»
18. Alvira Balada MC (España): «La reacción del cuidador informal de pacientes con demencia, en el domicilio o instituciones en 8 países europeos»
19. Peñalver-García P (España): «Intervenciones para la deshabituación tabáquica en la esquizofrenia: revisión bibliográfica»
20. Carranza Naval MJ (España): «El bienestar subjetivo, la dependencia funcional, el apoyo social y la calidad de vida en ancianos institucionalizados»
21. Miró Bonet R (España): «La ley de atención a la dependencia: análisis de su implementación a través de los textos legales (PI110123)»
22. Mora López G (España): «Análisis de las condiciones de la Teoría de las Transiciones de Meleis del cuidador familiar en un hospital.»

Pósteres - Posters

Rincón del alumno de primer ciclo – Fulltime undergraduate Student's corner




1.	Xampeny Higuera A (España)	«Quemaduras en la atención primaria»
2.	Laso De La Vega Pardo L (España)	«Nomofobia en los adolescentes de Burgos»
4.	Guitard A (España)	«Uso de las redes sociales en los alumnos de 1º de enfermería de la Universidad de Lleida (UdL).»
5.	Hernández Méndez S (España)	«La prescripción enfermera en España. El estado de la cuestión.»
7.	Madrigal González S (España)	«Grupos de autoayuda para favorecer la lactancia materna»
8.	Morelló Gendre M (España)	«La hipnosis, una alternativa para el alivio del dolor en el parto.»
9.	Serrano Bargués MC (España)	«Posibles consecuencias en la salud del niño de la depresión posparto infradiagnosticada»
10.	Prim Gatnau L (España)	«La diabetes en la escuela»
11.	Martín Martínez S (España)	«¿Apoyo educativo o dietas estructuradas? En busca de la mejor estrategia para abordar la obesidad infantojuvenil»
12.	Torres Salguero C (España)	«Intervención dirigida a población diabética subsahariana de Lleida desde una perspectiva de desigualdades en salud»
13.	Díaz Hurtado V (España)	«Formación sanitaria del cuidador informal en los cuidados del paciente paliativo en el domicilio»
14.	Roure Torné M (España)	«Estresores y ansiedad en los cuidados paliativos: Una propuesta de cambio en el Plan de Estudios de Enfermería»
15.	Masot Ariño O (España)	«Protocolo para el correcto mantenimiento de la vía subcutánea en cuidados paliativos aplicados en el domicilio.»
16.	Martinez Martinoli O (España)	«Conocimientos de enfermería sobre el reservorio subcutáneo (Port-a-Cath) ®. »
17.	Peralta Nueno C (España)	«Sesión de educación sanitaria para paciente de ictus y familiares en el Hospital San Jorge de Huesca»
18.	Viñals Castells JN (España)	«Propuesta de un protocolo de atención prehospitalaria dirigido a posibles lesionados medulares. »
19.	Guerrero Navarro M (España)	«Elaboración Programa de Promoción y Educación para la Salud dirigido a Cuidadores Principales de Pacientes Dependientes.»
20.	Eritge Carulla N (España)	«Estreñimiento y terapias alternativas y complementarias en personas mayores»
21.	Cia Puyuelo A (España)	«Ansiedad y depresión. Consulta de enfermería de atención primaria»
22.	Vázquez De La Paz Á (España)	«Registro del consejo de la actividad física en un centro de atención primaria (CAP)»
23.	Hernández Méndez S (España)	«Integrar el abandono del hábito de fumar en la práctica diaria de la enfermería. Guía de buena práctica de la RNAO®»
24.	Saura Torres G (España)	«Revisión de la literatura sobre intervenciones de enfermería en pacientes con celiaquía»
25.	Tella Aldomà À (España)	«Programa de prevención del cáncer de colon en personas con predisposición genética.»
26.	Molins Escuder M (España)	«Una nueva herramienta para la valoración prehospitalaria del dolor en el paciente politraumatizado.»
27.	Calvo Moya EM (España)	«Intervención de enfermería en el paciente con cáncer de vejiga tras ser sometido a una cistectomía radical»
28.	Enachescu FM (España)	«Tapiz rodante antigraavitatorio vs hidroterapia: estudio comparativo»


Rincón del alumno de segundo ciclo (Máster y EIR) – Master student's corner



30.	González Teruel MDM (España)	«Determinación de la prevalencia de alteraciones del sueño en personas institucionalizadas en un centro sociosanitario»
31.	Lafarga Molina L (España)	«¿Aumenta el riesgo de Síndrome Confusional Agudo en los pacientes críticos ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos»
32.	Gonzalez Teruel MDM (España)	«Eficacia de un programa de intervención de enfermería en la prevención del síndrome confusional agudo »
33.	Pérez Conesa MC (España)	«Conocimientos y manejo de la fiebre en padres de niños entre 2 meses y 2 años: un estudio multicéntrico.»
34.	Rull Bes E (España)	«Eficacia de un programa de alta precoz del prematuro con la integración de un soporte web »
35.	Recio Ramos S (España)	«Influencia del ejercicio físico en el grado de sobrepeso u obesidad de los adolescentes»

36. Zafra Agea JA (España)	«Proyecto Portal web 2.0 "Salut i Escola Virtual"»
37. Martín Delgado L (España)	«Percepción de la enfermera sobre la utilización de la aplicación informática Estación Clínica»
38. Fernández Batalla M (España)	«El Instituto Nacional de Estadística como representación de la predisposición a presentar problemas de cuidados»
39. Fernández Batalla M (España)	«Análisis de la Evolución Histórica del Concepto de Entorno en la disciplina enfermera y su relación con el Cuidado. »
40. Martínez Segura E (España)	«¿Es la expertez del profesional de Enfermería clave en la Recepción, Acogida y Clasificación del paciente en Urgencias?»
41. Herrero Montes M (España)	«Prevalencia de úlceras de pierna en pacientes en diálisis en Cantabria»
42. Adell M (España)	«Calidad de vida y técnicas de diálisis desde la perspectiva de género»
43. Morón Ugalde A (España)	«Revisión de la sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes con patología dual y estrategias de abordaje»
44. Cañellas N (España)	«Evaluación de una intervención educativa de terapia inhalada en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica»
45. Fernández Carod N (España)	«Calidad asistencial y calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca en atención primaria»
Pósteres en español – Spanish posters 	
46. Aiguadé Aiguadé R (España)	«Reeducación del equilibrio del paciente anciano mediante Propiofoot»
47. Córcoles Jiménez P (España)	«Pérdida de autonomía para actividades básicas de la vida diaria en mayores de 65 años en relación con hospitalización»
48. Puigvert Vilalta C (España)	«Percepción de la capacidad de los pacientes en diálisis peritoneal para afrontar situaciones estresantes »
49. Garate Echenique L (España)	«Implementación de Guías de Práctica Clínica de acceso vascular para pacientes con tratamiento endovenoso prolongado»
50. López Ibor N (España)	«Resultados a un año de implantación del protocolo de cuidados de vías venosas periféricas en el Hospital Lozano Blesa»
51. Soto Cámara R (España)	«Hipotermia terapéutica moderada tras parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria: revisión bibliográfica»
52. Zuriguel Pérez E (España)	«Pensamiento crítico enfermero: estado de la cuestión a través del análisis de la producción científica.»
53. Agudo S (España)	«Percepción de la sociedad sobre los cuidados paliativos. La visión de la muerte en la sociedad.»
54. Monedero Charro S (España)	«Resultados proyecto EPERV: validación escala predicción y evaluación del riesgo de violencia »
57. Rascón-Hernán C (España)	«Necesidades de las familias en el cuidado del niño a post-UCIN.»
58. Pedraza Anguera AM (España)	«El bullying continúa...»
59. Pedraza Anguera AM (España)	«Seguimiento de un programa de autoestima en la escuela»
60. Zafra Agea JA (España)	«Matutinidad/Vespertinidad durante la adolescencia. Dentro del Programa "Salut i Escola".»
61. Molina Carbonell M (España)	«Aplicación del modelo de atención centrado en el paciente y familia en niños ingresados por broncoespasmo agudo.»
62. Cunillera Batlle M (España)	«Que sabían y que aprendieron los niños asmáticos de 8 a 14 años sobre su enfermedad»
63. Lozano C (España)	«Dimensiones de la evaluación del desarrollo social positivo en la infancia»
64. Alvarez Diez RM (España)	«La voz de las madres lactantes sobre nuestros cuidados»
66. Toral Lopez I (España)	«Efectividad de una intervención de alta precoz de recién nacidos prematuros con seguimiento en domicilio»
68. Fernandez Ruiz VE (España)	«Cuidados materno – infantiles: beneficios del cuidado canguro y el colecho ¿Realmente es beneficioso para el recién nacido?»
69. Morera Balaguer J (España)	«Percepción de la calidad de interacción entre fisioterapeutas y padres de niños tratados en Atención Temprana.»
70. Laguna Peláez C (España)	«Plan preventivo de accidentes domésticos local y sostenible: la familia como agente de salud»
72. Gilart E (España)	«Enfermería y coeducación: una nueva herramienta para tratar la deconstrucción de roles y estereotipos»
73. Tomás Cánovas L (España)	«Indefensión de las mujeres frente a la violencia»
74. Crespo-García Mendizabal A (España)	«Aplicación de crioterapia y queratolíticos en verrugas vulgares y plantares en atención primaria pediátrica.»

76.	Falcó Pegueroles AM (España)	«Las terapias complementarias en el cuidado de la salud en los estudiantes universitarios »
78.	Martín Vergara N (España)	«Los resultados de la espirometría como material de motivación para cambiar el hábito de consumo de tabaco»
79.	Lima Serrano M (España)	«La influencia del alcoholismo sobre la salud familiar»
80.	Wennberg Capellades L (España)	«Análisis de la relación entre la exposición a la publicidad de alcohol y el consumo de los menores en Cataluña »
81.	Hernández Méndez S (España)	«Satisfacción de los usuarios con la atención recibida al alta en un hospital universitario »
82.	Navarra Llorens M (España)	«Incidencia de la Parada Cardio Respiratoria extrahospitalaria en una zona rural en el "Alt Pirineu".»
83.	Alcazar Diaz L (España)	«Grado de satisfacción sobre las caminatas organizadas y dirigidas por enfermería de atención primaria. Prueba piloto. »
86.	Ramos Español J (España)	«El poder las TICs en los cuidados de enfermería »
87.	Fernandez Ruiz VE (España)	«La automedicación en Corvera (Murcia)»
88.	Toro Chornet A (España)	«Prevención en los errores de la medicación domiciliaria»
90.	Laguna Peláez C (España)	«Impacto de un proyecto preventivo de diabetes tipo 2 en la calidad de vida relacionada con la salud de los participantes»
91.	Falcó-Pegueroles A (España)	«Envejecimiento y salud: impacto de una sesión de Qiqong en la variabilidad cardíaca en personas mayores de 55 años»
92.	Trindade LDL (Brasil)	«Cuidadores de personas mayores con la enfermedad de Alzheimer: la salud en intrafamiliar»
94.	Ruiz Hernández P (España)	«Catéter PICC versus catéter reservorio: experiencia en pacientes de la unidad de oncología»
95.	Tomás-Sábado J (España)	«Metodología Delphi en la validación de la etiqueta diagnóstica temor al proceso de morir»
96.	Olivé Ferrer MC (España)	«La fibromialgia desde la perspectiva de personas afectadas y sus familias a través de la etnografía enfocada»
97.	Barreto Morales R (México)	«Salud, prevención y detección oportuna del cáncer de mama: una nueva visión en el concepto relación médico-paciente. »
99.	Braña Marcos B (España)	«Diagnósticos prevalentes de las mujeres con cáncer de mama recientemente diagnosticado. Calidad de vida»
101.	Ventura Puertos PE (España)	«Resiliencia de los ciudadanos/as cordobeses/as ante los desahucios: una aproximación enfermera»
103.	Lleixà Fortuño M (España)	«Mejorar el autocuidado y la salud mental positiva de cuidadoras de personas con esquizofrenia. Prueba piloto»
104.	Herrera Chacón I (España)	«Esquizofrenia y terapias complementarias: Revisión bibliográfica.»
105.	Enjo Pérez I (España)	«Formación enfermera en la provincia de Lleida: situación actual»
106.	Medialdea MJ (España)	«El diseño de entorno de aprendizaje constructivista relacionado a la práctica clínica de los estudiantes de Enfermería.»
108.	Amoros Cerda S (España)	«Reflexión del estudiante de grado de enfermería sobre la innovación docente en la adquisición de competencias clínicas»
109.	González González R (España)	«Evaluación de presencialidad en espacio europeo de educación superior de metodología docente basada en pizarra virtual»
110.	López Ibor N (España)	«Evaluación del Practicum desde la perspectiva de las alumnas del curso de adaptación al Grado»
111.	Rabiais I (Portugal)	«La experiencia de aprendizaje emocional del cuidado en enfermería: un estudio de caso»
112.	Martínez Segura E (España)	«¿Formamos bien a los estudiantes de la asignatura Enfermería en situaciones críticas en el Servicio de Urgencias?»
113.	Iniesta Sánchez J (España)	«Jornadas de Enfermería: una herramienta para el crecimiento profesional»
115.	Serrabassa Funoll C (España)	«Resultados del cuestionario de participación para la elaboración de un nuevo código ético para las enfermeras catalanas»
117.	Trindade LDL (Brasil)	«Implicaciones de dos modelos asistenciales en las cargas de trabajo de los profesionales de salud de la atención básica»
118.	Macedo AP (Portugal)	«Carga de trabajo de los enfermeros en unidades de cuidados intensivos: relevancia del Nursing Activities Score»
119.	Morera Balaguer J (España)	«Comunicación entre médico y paciente: una revisión bibliográfica»
120.	Arlandis Casanova M (España)	«La percepción de las enfermeras sobre su contexto laboral»
121.	Alvarez Baza MDC (España)	«Comunicación interna en un Servicio de Urgencias Hospitalario»
122.	Riba Bellera L (España)	«Gestión en cuidados. Registro y valoración de creencias y valores: percepción de enfermeras de atención primaria. »

123. Jimenez Masero G (España)	«Aspectos legales en la calidad del registro de incidencias de enfermería»
125. Zapata Rojas A (España)	«Cumplimiento de la higiene de manos de los profesionales sanitarios del Hospital Arnau de Vilanova de Lleida»
126. Ramos Mateos MA (España)	«Diseño y valoración del manual de acogida para enfermeros noveles en una unidad de hospitalización quirúrgica»
127. Quintero Solís ML (España)	«Coordinación interniveles como respuesta a la hiperfrecuentación de pacientes institucionalizados»
128. Sola Miravete ME (España)	«La prevención de la síndrome confusional aguda durante la hospitalización desde una visión enfermera»
129. Rodríguez Molino R (España)	«Estudio en pacientes con EAP en urgencias»
130. Bocchino A (España)	«Efectividad de la información preoperatoria sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos»
Pósteres en inglés – English posters 	
132. Cevirme A (Turquía)	«Intercultural sensitivity among nursing and midwifery students and contributing factors»
133. Rodrigues J (Portugal)	«The supporting role of the supervising nurse in the development of emotional skills in nursing students.»
135. Bayındır Çevik A (Turquía)	«The problem solving skills of Turkish nursing students and the success in nursing process applications»
136. Sjølie BM (Noruega)	«Nursing students learning regular mapping and improvement work regarding to forestall malnutrition in homebound elderly »
137. Hupli M (Finlandia)	«Nurse students' views on nursing rehabilitation and its teaching»
138. Lucieli Dias Pedreschi C (Brasil)	«Hospital admissions in large teaching the period 1996-2011»
140. Cruz E (Brasil)	«Implantation of the safe surgery program in a Brazilian teaching hospital»
141. Chaudhary R (Nepal)	«Performance of Eastern Region ANM. Staff Nurses on Maternal and Neonatal Health Skills»
142. Da Silva Vieira Martins MDF (Portugal)	«Traditional knowledge and behaviours in pregnancy»
143. Gonçalves Jardim MH (Portugal)	«Diagnose for better intervene: health behaviors of children»
144. Prata AP (Portugal)	«Self-efficacy in childbirth education classes: a Delphi study»
145. Rodrigues L (Portugal)	«Fears of children in pediatric urgency context: the nurse as emotional manager»
146. De Oliveira Fonseca-Machado M (Brasil)	«Characterization of donors from a Brazilian human milk bank »
147. Yildirim M (Turquía)	«The effect of positive affirmations on chronic pain»
151. Ünver S (Turquía)	«Surgical Smoke, Me and My Circle...»
154. Lopes M (Brasil)	«Depression in oncology patients: thematic reviews of literature»
157. Weathers N (Estados Unidos)	«Perceptions of HIV pre-exposure chemoprophylaxis in high-risk men »
158. Akduran F (Turquía)	«Is there a change in "addiction sores" of smoking students in seven years in Sakarya university»
159. Silva D (Portugal)	«Tobacco habits in school adolescents»

Colaboran:




Patrocinan:



Márcalo en tu calendario!

Mark in your calendar!



XVIII Encuentro Internacional de
Investigación en Cuidados
18th International Nursing
Research Conference

Vitoria-Gasteiz, España
11-14 noviembre 2014

<https://encuentros.isciii.es/vitoria2014/>