

# Vitoria-Gasteiz 2014

#inves14

## Libro de Ponencias Books of abstracts

### XVIII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados 18<sup>th</sup> International Nursing Research Conference

Vitoria-Gasteiz, España  
11-14 noviembre 2014



MINISTERIO  
DE ECONOMÍA  
Y COMPETITIVIDAD



Instituto  
de Salud  
Carlos III



Colaboran:

Collaborate:



Patrocinan:

Sponsor:



ISBN: 978-84-697-1894-0

Edita: Instituto de Salud Carlos III

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii). Madrid, 2014.

*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: Profesión / Gestión

### Concurrent Session 1: Nursing Profession / Management

#### AUTORES/AUTHORS:

Estíbaliz Trojaola Larrea, Antxon Apiñaniz Fernandez, Naiara Parraza Díez

#### TÍTULO/TITLE:

Evaluación de las derivaciones y diagnósticos de alergias tras la aplicación de la técnica Skin Prick Test por enfermera

#### Justificación

En los últimos decenios se está registrando un aumento de las enfermedades alérgicas en todo el mundo. ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma guidelines) refleja en una revisión del 2010 que el 10%-20% de la población mundial tiene problemas de rinitis, rinitis alérgica o asma(1)

GA2LEN realizó estudios en los que se observó que la relevancia clínica de sensibilización a alérgenos inhalantes puede variar significativamente en función del alérgeno, así como del país donde se realizó la prueba cutánea, proponiendo la introducción de procedimientos normalizados y homogeneizados.(2) En este sentido propone una batería homogeneizada de 18 alérgenos para diagnosticar correctamente a lo largo de toda Europa(3)

Genéricamente se acepta que el prick test es uno de los métodos válidos para la realización de pruebas cutáneas de lectura inmediata, de mayor especificidad y primer escalón en el diagnóstico de enfermedades mediadas por IgE.(4) Dada su sencillez, alta sensibilidad, seguridad, bajo coste, permitir la selección de una batería múltiple de alérgenos y tener una buena correlación con otras pruebas diagnósticas, se trata de una herramienta muy útil para el primer nivel asistencial(5) como es la Atención Primaria. Es una prueba mínimamente invasora, que evalúa de forma simultánea varios alérgenos y proporciona resultados tanto inmediatos como visibles, pudiendo ser valorada satisfactoriamente por los pacientes y médicos en Atención Primaria por la rapidez en el diagnóstico y tratamiento de patologías alérgicas como rinitis, rinoconjuntivitis y asma.

En la bibliografía consultada no se han encontrado estudios sobre las derivaciones de la atención primaria a los medios hospitalarios en pacientes con sospecha de enfermedad alérgica. Un estudio valora la realización de las pruebas cutáneas por enfermeras y sus pacientes de asma alérgico para reducir las intervenciones de evitación del alérgeno, aunque reconocen que se necesitan estudios adicionales para determinar si las pruebas de punción cutánea tienen un potencial para mejorar la relación coste-efectividad del cuidado del asma en la práctica general a través de la orientación adecuada de asesoramiento para evitar el alérgeno(6).

Es importante identificar correcta y precozmente los síntomas de un paciente como causados por alergia para no prescribir tratamientos o medidas de evitación en base a sospechas no confirmadas que podrían producir algún tipo de yatrogenia y para evitar en lo posible el o los factores desencadenantes confirmados e instaurar pronto el tratamiento adecuado a cada caso. Así mismo es importante una estrecha colaboración entre los dos niveles asistenciales con el fin de asegurar una elevada calidad y efectividad del diagnóstico y tratamiento de la alergia, en beneficio de cada paciente concreto (7)

La puesta en marcha de la técnica de prick test en un centro de salud del área de atención primaria de Álava en 2009, nos llevó a realizar un estudio piloto sobre la derivación de pacientes a los servicios de alergias hospitalarios antes y después de la instauración de la técnica, comparando con el año 2008, año en que no se realizaba prick test en el centro de salud y el 2009 año en que se comenzó a realizar dicha técnica. El resultado fue una disminución de un 38,7% en la derivación de pacientes al medio hospitalario. Tras estos resultados nos pareció muy interesante realizar más estudios en este sentido y comparar la derivación desde los centros que realizan prick test frente a otros centros que no realizan dicha práctica

#### Objetivo

Comparar el número de pacientes derivados desde los centros de atención primaria de Álava en los que las enfermeras realizan la técnica skin prick test frente a la derivación desde los centros en los que no se realiza dicha técnica.

#### Material y método

Estudio observacional.

#### Sujetos

Pacientes de unidades de atención primaria urbana de 18 y 60 años con sospecha/diagnóstico de alergia, derivados al servicio de alergias y con realización o no de prick test durante los años 2009-2013.

En el período 2009- 2013 hay 11 centros de salud en comarca Araba donde se realiza SPT y 36 donde no se realiza.

Criterios de inclusión: Pacientes con sospecha de alergia, reacción cutánea alérgica, bronquitis, bronquiolitis, rinitis, rinoconjuntivitis y asma.

Criterios de exclusión: enfermedad epidérmica que afecte a la piel de los brazos, tratamiento con corticoides no suspendido 1 semana antes de la realización de la prueba.

Material: el material utilizado es una batería estandarizada según normativa internacional (laboratorio Probelte Pharma) y que incluye:

- Dermatophagoides farinae (ácaro)
- Dermatophagoides pteronyssinus (ácaro)
- Mezcla 5 árboles (Agnus, Betuna, Frxinus, Platanus, Quercus)
- Gramíneas cultivadas (Avena, Hordeum, Secale, Triticum)
- Gramíneas espontáneas (Dactylis, Festuca, Lolium, Phleum, Poa)
- Mezcla de hierbas (Artemisa, Chenopodium, Plantago, Taraxacum)
- Alternaria Alternata (hongo)
- Mezcla de hongos I (Alternaria, Chaetomium, Cladosporium, Fusarium)
- Mezcla de hongos II (Mucor, Pullularia, Rhizopus)
- Gato
- Perro

#### Variables y recogida de datos

A través de los registros electrónicos de datos del programa Osabide se recoge la edad, sexo, fecha de derivaciones al servicio de alergias hospitalario, fecha de diagnóstico de alergia, fecha de realización de prick test.

#### Análisis de datos

Mediante Chi Cuadrado se compara la proporción de los pacientes derivados al servicio de alergología hospitalario desde los centros en que se realiza SPT y desde los que no realizan SPT. Y se analiza gráficamente la evolución por años de las derivaciones, diagnósticos de alergia y prick test realizados.

#### Resultados

Durante los años 2009-2013, en los centros de salud de Comarca Araba son atendidos 15897 pacientes con sospecha de alergia en su historia clínica, con realización de SPT o derivación al servicio de alergias hospitalario. La edad media es de 39 años y el 58.3% son mujeres.

10178 pacientes son atendidos en un centro de salud donde realizan SPT, practicándose esta prueba en el 10.8% de ellos.

El 43% de los pacientes que acuden a un centro de salud donde se realiza SPT es derivado al servicio de alergias del hospital frente al 45% ( $p=0.002$ ). Sin embargo son diagnosticados de alergia en menor proporción (63 frente a 66%,  $p<0.001$ ).

Hay diferencias estadísticamente significativas en el número de diagnósticos de alergia, PT y derivaciones a lo largo de estos 5 años.

#### Discusión

A la vista de estos resultados y teniendo en cuenta los problemas relacionados con el registro de datos en la historia clínica, parece interesante realizar la técnica prick test en Atención Primaria, aunque al tratarse de datos agregados no es posible establecer la asociación entre la realización del SPT y la derivación a la atención especializada por lo que se deberían realizar más estudios tipo ensayo clínico o estudios longitudinales para confirmar la disminución real de derivaciones hospitalarias realizando prick test en atención primaria

Si tras realizar nuevos estudios se observara claramente la asociación entre realizar prick test en atención primaria por parte de enfermería y la disminución de la interconsulta hospitalaria seria de utilidad generalizarla, para disminuir los costes económicos y sociales

Palabras clave

Derivación. Alergia. Prick test.

Abreviatura

SPT: Skin Prick Test

### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

- (1) J.L. Brozek, J. Bousquet, C.E. Baena-Cagnani, S. Bonini, G.W. Canonica, T.B. Cassale, R. Gerth van Wilk, K. Ohta, T. Zuberbier, H.J. Shünemann. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma guidelines: 2010 revision. The journal of allergy and Clinical Immunology. Volume 126, Issue 3, pages 466-476, September 2010.
- (2) L.M.Heinzerling, G.J. Burbach, G. Edenharter, C. Bachert, C. Bindslev-Jensen, S. Bonini, J. Bousquet, L. Bousquet-Rouanet, P.J. Bousquet, M. Bresciani, A. Bruno, P. Burney, G.W. Canonica, U. Darsow, P. Demoly, S. Durham, W.J. Fokkens, S. Giavi, M. Gjomarkaj, C. Gramiccioni, T. Haahtela, M.L. Kowalski, P. Magyar, G. Muraközi, M. Orosz, N.G. Papadopoulos, C. Röhnelt, G. Stingl, A. Todo-Bom, E. von Mutius, A. Wiesner, S. Wöhr, T. Zuberbier. GA2LEN skin test study I: GA2LEN harmonization of skin prick testing: novel sensitization patterns for inhalant allergens in Europe. Allergy 2009; 64: 1498-1506
- (3) Bousquet, P.J; Burbach, G; Heinzerling, LM; Edenharter, G; Bachert, C;Binslev-Jensen, C; Bonini, S; Bousquet-Rouanet, L; Demoly, P; Bresciani, M; Bruno, A; Gjomarkaj, M; Canonica, GW; Darsow, U; Durham, S; Fokkens, WJ; Giavi, S; Gramiccioni, C; Papadopoulos, NG; Haahtela, T; Kowalski, ML; Magyar, P; Muraközi, G; Orozs, M; Rönelt, C; Stingl, G; Todo-Bom,A; von Mutius, E; Wiesner,A; Wöhr, S; Bousquet, J; Zuberbier, T (2009) GA2LEN skin test study III: minimum battery of test inhalent allergens needed in epidemiological studies in pattients. Allergy, 64(11):1656-1662.Last modified:29 Mar 2010 16:08
- (4) César Martin Bozzola (2002). Pruebas cutáneas de lectura inmediata. Técnica, lectura e interpretación. Archivos de Alergia e inmunología clínica 2002;33;SUPL.2:S51-S57
- (5)Morell Bernabé JJ, Mora Gandarilla I y Grupo de Vías Respiratorias. Guía rápida del Protocolo de Identificación de la alergia. El Pediatra de Atención Primaria y la identificación de la alergia. Protocolo del GVR (publicación P-GVR-3)[consultado 04/07/2010] Disponible en [www.aepap.org/gvr/protocolos.htm](http://www.aepap.org/gvr/protocolos.htm)
- (6) Sibbald B; Barnes G &Durham S.R. (1997). Skin Prick testing in general practice: a pilot study. Journal of advance Nursing 26, 537-542
- (7) Jiménez Cortés,A., Mora Gandarillas,I. y Grupo de Vías Respiratorias. Protocolo de Identificación de la Alergia. El pediatra en Atención Primaria y la Identificación de la Alergia. Protocolo del GVR

**AUTORES/AUTHORS:**

María José Martínez Madrid, M<sup>a</sup> Ángeles Rol de Lama, Teresa Gómez-García, María Lidón López Iborra, María del Pilar Heredia Reina, Emma Alonso Poncelas, Rocío Santos Serrano, Juan Antonio Madrid Pérez, Por el grupo RETICEF-SYCE

**TÍTULO/TITLE:**

Trabajo a turnos. Influencia sobre la cronodisrupción en el personal de enfermería

**Introducción y objetivos:**

Actualmente, un gran número de personas, cerca de un 20% de la población europea, se encuentran inmersas en trabajos a turnos, en los que de forma rutinaria, deben trabajar durante la noche en contra de su reloj biológico, y a causa de esta situación, son propensos a sufrir distintos trastornos agrupados en la denominación SWD (del inglés, shift work disorders)(1,2).

Los SWD afectan a entre el 10 y el 44,3% de los trabajadores a turnos, según diversos estudios(3,4). Se caracterizan por una excesiva somnolencia y/o insomnio asociado al trabajo a turnos, aumentando así el riesgo de sufrir accidentes laborales, la tasa de absentismo y la dificultad para concentrarse, así como un mayor riesgo de depresión y ansiedad. Los SWD no sólo afectan a la calidad del sueño de los trabajadores y a su seguridad en el trabajo, sino también a su calidad de vida. Además de los trastornos ya citados, el trabajo a turnos se ha relacionado con numerosos problemas de salud, entre los que destacan enfermedades cardiovasculares(5), problemas gastrointestinales, reproductivos(6,7), sobrepeso, obesidad y mayor riesgo de incidencia de algunos tipos de cáncer(8,9). Tres de los posibles mecanismos a través de los cuales se aumenta el riesgo de sufrir dichas enfermedades son la desincronización circadiana, la privación parcial de sueño crónica y la supresión, inducida por la luz, de la síntesis de melatonina durante los turnos de noche(10).

Sin embargo, los individuos difieren en cuanto a la forma de tolerar el trabajo a turnos, presentando distintos efectos sobre el sueño y otros parámetros de salud. Así, encontramos distinta tolerancia en función de factores como: género, edad(11), personalidad, cronotipo matutino o vespertino (según su preferencia por acostarse y levantarse temprano o tarde, respectivamente), flexibilidad, (capacidad para dormir y trabajar en horas no habituales) y la resistencia frente al estrés. Estos factores conviene tenerlos en cuenta a la hora de programar las rotaciones de los turnos de trabajo.

Por lo tanto, es necesaria una investigación epidemiológica para conseguir una forma aceptable de evaluar los síntomas de los SWD con el fin de estudiar su prevalencia, su asociación con problemas de salud en función del tipo de turnicidad y de otros factores relevantes para comprender mejor cómo aliviar los trastornos que sufre este colectivo.

Se han propuesto muchos tipos de turnos de trabajo para promover el rendimiento y reducir la cronodisrupción, sin embargo, pocos estudios se han dedicado a evaluar los beneficios de estos turnos en condiciones reales de trabajo. El objetivo de este estudio es caracterizar el impacto de diferentes turnos sobre el sistema circadiano, mediante monitorización circadiana ambulatoria (MCA) en el personal de enfermería.

**Métodos:****Sujetos**

Para llevar a cabo este trabajo se contó con la colaboración de 286 enfermeros (45 hombres y 241 mujeres), con edades comprendidas entre los 22 y 62 años, con 8 turnos distintos de trabajo: fijo de 8 h de día (8D), fijo de noche (FN), mañana con noches (MN), tarde con noches (TN), fijo de 12 h de día (12D), antiestrés (AS) y rotatorio completo (R3).

Todos los participantes eran sujetos sanos y sin problemas físicos que pudieran condicionar el sueño (como por ejemplo asma, síndrome de piernas inquietas, apnea obstructiva del sueño,...).

Este estudio cumple los principios bioéticos estipulados en la declaración de Helsinki. Los datos de todos los participantes se incluyeron en una base de datos y se protegieron de acuerdo a la ley española 15/1999 del 13 de Septiembre. Además, todos los

participantes recibieron la información de las características del estudio y cumplieron y firmaron el consentimiento informado para la inclusión en el estudio.

#### Diario de sueño y comidas

A lo largo de la semana del estudio los voluntarios completaron un diario de sueño y comidas diseñado por el laboratorio de Cronobiología de la Universidad de Murcia en el que los sujetos recogían diariamente, mediante anotación manual, los siguientes datos: hora de acostarse en la cama, hora de dormir, hora de despertar, hora en la que el sujeto se levantaba de la cama, siestas y hora de las tres comidas principales.

#### Cuestionarios realizados

El día del inicio del estudio los voluntarios completaron el test de Horne y Ostberg traducido al castellano, que permite mediante 19 preguntas clasificar a cada individuo en función de su tipología circadiana (vespertina, indefinido o matutino); así como el test de Calidad de sueño de Pittsburg (PSQI), este cuestionario consta de 24 preguntas. De ellas, 19 las debe contestar el propio sujeto, y 5 el compañero de habitación o de cama. Las 20 restantes, incluidas las que debe contestar el compañero de habitación o cama, que se centran en aspectos tales como la calidad de sueño que dice tener el sujeto, o la frecuencia de ciertos eventos –como las dificultades para dormirse durante la primera media hora o si se experimentan pesadillas– se contestan mediante una escala de ordinal con 4 grados. Generalmente, el tiempo en el que se suele completar la encuesta oscila entre 5 y 10 minutos.

Las preguntas que componen el PSQI, según sus autores, fueron extraídas de diversas fuentes: la intuición clínica, la experiencia en el diagnóstico y tratamiento de pacientes aquejados de alteraciones del sueño, de la revisión de los cuestionarios de sueño previamente publicados, y de la experiencia que se obtuvo del uso del propio cuestionario durante un trabajo de campo de 18 meses de duración.(12)

#### Variables estudiadas

Cada sujeto fue estudiado durante una semana completa, registrándose simultáneamente los ritmos de temperatura de la piel de la muñeca, de actividad motora y posición corporal, mediante un dispositivo multicanal (Kronowise™, Chronolab, Univ. de Murcia). Tras el registro, se evaluó, tanto para cada sujeto como para el total del grupo, la robustez circadiana mediante el índice de función circadiano (CFI) de la variable integrada TAP (compuesta por actividad, posición y temperatura periférica de la piel)(13), la estabilidad del ritmo entre los distintos días de registro (IS)(14) con independencia de la forma de onda del ritmo, y la calidad de sueño (SQ), a partir del valor del L5 (las 5 horas consecutivas de mínimos valores) del TAP expresado en una puntuación de 0 a 10, (donde 10 indica una buena calidad del sueño). Como marcador de fase se seleccionó el punto medio de L5 del TAP, y estos resultados además se contrastaron con los obtenidos del cuestionario de Calidad de sueño de Pittsburg.

#### Resultados:

Para el análisis del cuestionario de Horne y Ostberg se contó con las respuestas de 230 sujetos, que mostraron una puntuación media de 51,1 (DE 10,41). El 56,1% (129) se clasificaron como de tipo indefinido, mientras que el 22,6% (52) tenían un tipo moderadamente matutino y un 3% (7) presentaron un tipo claramente matutino. En el extremo opuesto se clasificó al 2,6% (6) con un tipo claramente vespertino, y el 15,7% (36) presentó un tipo moderadamente vespertino.

Para el cuestionario de Calidad de sueño de Pittsburg se obtuvo una media global de 6,57 (DE 3,31) en una escala de 0 (mejor calidad del sueño) a 21 (peor calidad del sueño). De las dimensiones que la componen (medidas en escala de 0 a 3), el valor más alto se mostró en la calidad subjetiva del sueño, con un valor medio de 1,33 (DE 0,6) seguido por la latencia del sueño, con un valor medio de 1,31 (DE 0,95). Las dimensiones con los valores medios más bajos son la utilización de medicación para dormir, con una media de 0,75 (DE 0,817), la disfunción durante el día, con una media de 0,75 (DE 0,727) y la duración del sueño, con 0,76 (DE 0,85).

La evaluación del estatus del sistema circadiano en el personal de enfermería mediante MCA mostró un valor de IS de 0,49+/-0,02 en los sujetos de turno de 8D y de 0,52+/-0,02 en el turno de 12D. Los valores de SQ fueron de 8,47+/-0,06 y 8,53+/-0,08

respectivamente. El CFI fue de 0,60+/-0,01 en el turno de 8D y de 0,61+/-0,01 en el turno de 12D. El análisis del cuestionario de Pittsburg mostró mejores puntuaciones en los turnos 8D y 12D que en los turnos FN, MN, TN y R3. El dato más desfavorable lo obtuvieron las enfermeras incluidas en el turno FN, con valores de IS de 0,27+/-0,02, CFI de 0,46+/-0,01, SQ de 7,71+/-0,13, y valores de TL5 más retrasados (5:50+/-1:17). El resto de turnos presentan valores intermedios entre el turno 8D y el FN.

Discusión:

La evaluación del estatus del sistema circadiano en el personal de enfermería mediante MCA evidenció que los sujetos incluidos tanto en el turno 8D como el turno 12D presentan mayor estabilidad, y un sueño más profundo y de mayor calidad durante la noche, por lo que presentan menor efecto cronodisruptor. Por el contrario, un turno FN, al contrario de lo que se podría esperar, por ser un turno fijo, produce mayor inestabilidad en los ritmos y un sueño más superficial. Por ello, como implicaciones para la práctica clínica, sería recomendable, en los turnos que tienen incluidas noches, utilizar turnos rotatorios de tipo antiestrés o rotatorio completo que en sustitución de los turnos MN o TN.

Agradecimientos:

Estudio financiado por: RD12/0043/0011, RD12/0043/0006, SAF2013-49132-C2-1-R e IPT-2011-0833-900000, incluyendo cofinanciación con Fondos FEDER.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Asaoka, S. et al. Factors associated with shift work disorder in nurses working with rapid-rotation schedules in Japan: the nurses' sleep health project. *Chronobiol. Int.* 30, 628–36 (2013).
2. Wang, X.-S., Armstrong, M. E. G., Cairns, B. J., Key, T. J. & Travis, R. C. Shift work and chronic disease: the epidemiological evidence. *Occup. Med. (Lond)*. 61, 78–89 (2011).
3. Chapdelaine, S., Paquet, J. & Dumont, M. Effects of partial circadian adjustments on sleep and vigilance quality during simulated night work. *J. Sleep Res.* (2012).
4. Kamdar, B. B., Tergas, A. I., Mateen, F. J., Bhayani, N. H. & Oh, J. Night-shift work and risk of breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer Res. Treat.* 138, 291–301 (2013).
5. Esquirol, Y. et al. Shift work and cardiovascular risk factors: new knowledge from the past decade. *Arch. Cardiovasc. Dis.* 104, 636–68 (2011).
6. Gamble, K. L., Resuehr, D. & Johnson, C. H. Shift work and circadian dysregulation of reproduction. *Front. Endocrinol. (Lausanne)*. 4, 92 (2013).
7. Mahoney, M. M. Shift work, jet lag, and female reproduction. *Int. J. Endocrinol.* 2010, (2010).
8. Antunes, L. da C., Jornada, M. N. da, Ramalho, L. & Hidalgo, M. P. L. Correlation of shift work and waist circumference, body mass index, chronotype and depressive symptoms. *Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.* 54, 652–656 (2010).
9. Erren, T. C. et al. Shift work and cancer: the evidence and the challenge. *Dtsch. Arztebl. Int.* 107, 657–662 (2010).
10. Smith, M. R. & Eastman, C. I. Shift work: health, performance and safety problems, traditional countermeasures, and innovative management strategies to reduce circadian misalignment. *Nat. Sci. Sleep* 4, 111–32 (2012).
11. Costa, G. & Di Milia, L. Aging and shift work: a complex problem to face. *Chronobiol. Int.* 25, 165–81 (2008).
12. Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R. & Kupfer, D. J. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 28, 193–213 (1989).
13. Ortiz-Tudela, E., Martínez-Nicolas, A., Campos, M., Rol, M. Á. & Madrid, J. A. A new integrated variable based on thermometry, actimetry and body position (TAP) to evaluate circadian system status in humans. *PLoS Comput. Biol.* 6, e1000996 (2010).
14. Van Someren, E. J. et al. Bright light therapy: improved sensitivity to its effects on rest-activity rhythms in Alzheimer patients by application of nonparametric methods. *Chronobiol. Int.* 16, 505–518 (1999).



**AUTORES/AUTHORS:**

Meltem Yildirim, Gulden Karaca, Makbule Batmaz

**TÍTULO/TITLE:**

Self-Perceived Roles among Operating Room Nurses: A Qualitative Study

Objectives: Operating room nursing is a professionalism which was defined as the first specialized working area in nursing (McGarvey et al. 2000, Kanan 2011). According to American Nurses Association; operating room (OR) nurse is a professional who uses nursing care plan to provide physiological, psychological, socio-cultural and spiritual needs of the patient (Kanan, 2011). In other words, operating room is the conscious of an unconscious patient. Operating room nurses have the role of defending patient's rights, and give a complex care to a patient who is dependent for his/her care (Hamlin et al. 2009). OR nurse has 4 main roles in the operating theatre. As the OR nurses can be the manager of the department, also they have the roles of education, being the sterile (scrub) nurse and the circulating nurse during the operation (Goodman and Spry, 2013).

The responsibilities of scrubs or circulating OR nurse are evaluating the patient in preoperative period, informing the patient and the family, defending the patient's rights, coordinating activities related with patient care, providing good communication and collaboration with the healthcare team, maintaining asepsis and observation of physiological and psychological status of the patient (Goodman and Spry, 2013).

As operating room nurses have many roles that are specific with their profession; it is very important to have continuous education programmes in the hospitals for OR nurses to internalize their roles. However nowadays in Turkey, orientation programs of OR nurses rarely focus on their perceived roles. Most of the in-service training programs include the subjects related with routine procedures, safety instructions and hospital protocols. In the study of Göçmen (2004) it was found that more than half of the operating room nurses in the sample didn't have an in-service training program and when the subjects they would like to be informed were found as operation room team and its working principles, informing the patients and supporting patient's psychological needs. As it can be seen in Göçmen's study, the nurses' education needs are mostly related with their defined roles. Besides, there aren't enough research findings about how nurses perceive their roles. Therefore the aim of this study was to investigate the self-perceived roles of operating room nurses.

Material and Methods: This qualitative study was conducted in the operating rooms of two private hospitals with written institutional permission between December 14th, 2013 and February 3rd, 2014. The aim of the study explained to the operating room nurses and all the nurses (n=20) accepted to participate in the study and gave written consent for making a voice-record during the interview. It was explained that the voice-record can be given in mp3 format to themselves in they would like to have it. Each interview took 15 minutes approximately. The interviews were done in a private resting room, only with the interviewer and the participant. Before the interview; demographic and work-related characteristics of the nurses were questioned. All the voice-records were evaluated by the researchers and a thematic analysis was done. According to the thematic analyses four main themes were found: (a) autonomy (b) roles (c) obstacles (d) being respected.

Results: Among the nurses participated in the study (n=20); only 6 of them were male and the average age was found 28 years. The average year of working in an operating room was found 6.7 years. Five nurses stated that they didn't become a nurse with their own desire, and only two nurses said that they didn't want to start their career in the operating room. All the nurses said that they are happy to work in operating room. When the reasons of being happy in operating room investigated; it was found that the main

supportive reasons were high satisfaction level, working in a distinctive area, dynamism, helping patients and enhancing health status. The nurses who think that their autonomy is restricted stated that the restriction is related with surgeons' opportunity to give primary decisions. The nurses who think that they can use their autonomy in the operating room stated that they can use their autonomy only during sterilization and equipment management. The most common perceived roles of an operating room were found observing, carefulness, being empathetic, and being conscientious. The main reasons for not being able to use their expected roles were found intensive working conditions, institutional procedures, hierarchy and insufficient number of staff. Most of the nurses stated that the community doesn't know who is an operating room nurse well enough. Besides they stated that; the operating room nurses have more respect in the eyes of community in comparison with the staff nurses in clinics because of the difficulties of a surgical operation. Similarly; most of the nurses stated that the surgeons don't perceive nursing as a respected profession and they explained that this could be related with surgeon's personality, nurse's attitude, knowledge and skills.

Discussion: According to this qualitative study; it can be said that the operating room nurses were happy to work in the operating room. In addition; they think that they have limited autonomy, experience certain obstacles while they try to fulfill their responsibilities. The roles of operating room nurses are not well known by the other team members in the operating room. Therefore to create a common knowledge in the department, in-service training programs need to be improved. Besides the new operating room nurses, other team members such as secretaries, doctors, assistants, other staff should be informed about the roles and importance of operating room nurses. With this kind of in-service trainings all the healthcare members would be aware of their own roles besides the roles of others. So that; the autonomy of operating room nurses will be increased. Consequently; in the present study, it was seen that the perceived roles among operating room nurses overlap with the basic philosophy of the nursing profession. Thus, it can be said that nurses are mostly aware of their roles, however their roles needs to be perceived deeply by the other healthcare members in the operating theatre.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Göçmen Z (2004) Ameliyathane Hemsirelerinin Ameliyathane Hemsireliği Oryantasyon Programı İçerisine İlişkin Görüşleri. C.Ü. Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(1):12-24.
2. Kanan N (2011) Nörosirürji Ameliyathane Hemsiresinin Rol ve Sorumlulukları. I.Ü. F.N. Hem. Deg, (19)3:179-186.
3. McGarvey HE, Chambers MGA, Boore JRP (2000) Development and Definition of the role of the Operating Department Nurse: A Review. Journal of Advanced Nursing, 32(5):1092-1100.
4. Goodman J, Spry C (2013) Essentials of Perioperative Nursing. Jones and Barlett Learning, USA, p:6.
5. Hamlin L, Richardson-Terch M, Davies M (2009) Chapter 1: Perioperative Nursing, in: Perioperative Nursing: An Introductory Text. Elsevier, Australia.

**AUTORES/AUTHORS:**

M<sup>a</sup> Amparo Pérez Campos, Serafín Fernández Salazar, Francisco P. García Fernández, Beatriz López-Barajas Hernández, Isabel M<sup>a</sup> López Medina, Josefa Juárez Ruiz, Pedro L. Pancorbo Hidalgo

**TÍTULO/TITLE:**

Enfermería basada en evidencias, trabajo en equipo y entorno laboral en hospitales con distinto modelo organizativo

La capacidad de una organización para cumplir sus objetivos depende en gran parte de su estructura organizativa, la cual incluye elementos como la gestión de recursos, líneas de autoridad y comunicación, proceso de toma de decisiones, etc. En el caso de las instituciones sanitarias, el objetivo principal es mantener y/o mejorar la salud de la población proporcionando una atención segura y de calidad, aspecto en el que ha hecho especial hincapié durante los últimos años.

Los profesionales de enfermería, como grupo con mayor presencia en el sistema de salud, constituyen una pieza clave dentro las organizaciones sanitarias, ya que, entre otras cosas, desempeñan un papel fundamental en la monitorización y vigilancia de los pacientes, previniendo sucesos adversos como lesiones asociadas a caídas o infecciones nosocomiales (1).

Diversas investigaciones llevadas a cabo en hospitales muestran que existen características de la organización como el estilo de liderazgo, el tamaño de la plantilla enfermera y su grado de autonomía a la hora de tomar decisiones, el apoyo recibido por sus superiores, la comunicación con otros profesionales de la salud o el grado de trabajo en equipo que influyen en la percepción de la calidad de los cuidados, aparición de burnout o satisfacción laboral, entre otros (2,3). Además, la estructura organizacional determina la cultura de la organización, conjunto de normas y valores comunes a todos los trabajadores que influyen en la predisposición y capacidad para implementar nuevas ideas (4).

La mayoría de estas investigaciones se han realizado en países anglosajones, siendo necesario conocer si los resultados obtenidos en dichos países pueden ser trasladados a nuestro ámbito. Además, la comparación entre distintos modelos de organización permitirá identificar aspectos clave que influyen en el desempeño laboral de los profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario.

En esta comunicación se presentan algunos resultados iniciales del proyecto MOHEBE, cuyo propósito es establecer la influencia que el modelo organizativo de hospitales pueda tener sobre la implementación por profesionales de enfermería del modelo de práctica clínica basada en evidencias.

**OBJETIVO**

Analizar la percepción del trabajo en equipo, entorno laboral y uso de evidencias de los profesionales de enfermería en dos grupos de hospitales públicos con distinto modelo organizativo.

**MÉTODOS**

Ámbito: hospitales del Servicio Andaluz de Salud (SAS) en Jaén (6 centros) y de la Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir (ASAG), dependiente de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía (6 centros).

Diseño: estudio descriptivo transversal mediante encuesta administrada en formato online y papel entre febrero y abril de 2014.

Sujetos: profesionales de enfermería (enfermeras N=298 y auxiliares N=108) asistenciales y gestores de los centros participantes.

Variables/instrumentos: variables sociodemográficas (género, edad, categoría profesional, experiencia, tipo de centro); uso, actitud y conocimiento de Práctica Basada en Evidencias (PBE) con cuestionario de efectividad clínica y práctica basada en la evidencia, EBPQ (5) (19 ítems; escala 1 mínimo - 7 máximo); percepción del entorno laboral (participación enfermera en asuntos del centro, fundamento enfermero de la calidad de los cuidados, liderazgo de los gestores enfermeros, adecuación de los recursos humanos, relación médico-enfermera) con escala del entorno de práctica enfermera del Nursing Work Index, PES-NWI (6) (31 ítems; escala 1 totalmente en desacuerdo - 4 totalmente de acuerdo) y grado de trabajo en equipo (confianza, orientación de equipo, respaldo, modelo mental, liderazgo) con cuestionario de trabajo en equipo en enfermería, NTS (7) (37 ítems; escala 1 nunca - 5 siempre).

Análisis de datos: análisis descriptivo mediante medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes y uso de pruebas no paramétricas (U Mann-Whitney, Chi-cuadrado) para comparación entre grupos de hospitales. La favorabilidad del entorno de trabajo se ha determinado mediante la clasificación establecida por Lake et al. (8), según la cual el entorno puede ser favorable (cuando cuatro o cinco de las subescalas tienen una puntuación media superior a 2,5), mixto (cuando dos o tres subescalas tienen una puntuación media superior a 2,5) o desfavorable (una o ninguna de las subescalas tienen una puntuación media superior a 2,5).

## RESULTADOS

Muestra compuesta por 277 profesionales de centros SAS y 128 de centros ASAG, en su mayoría mujeres (84,5%), con edad comprendida entre 40 y 59 años en el 70,7% de los casos. Un 54% de enfermeras y un 38% de auxiliares tenían más de 20 años de experiencia. Los profesionales de centros ASAG son más jóvenes ( $X^2= 147,301$ ;  $p<0,001$ ) y tienen menos años de experiencia, tanto las enfermeras ( $X^2= 145,656$ ;  $p<0,001$ ) como las auxiliares ( $X^2= 46,567$ ;  $p<0,001$ ).

La mediana (M) para la puntuación total de cada cuestionario fue: EBPQ 4,21 (IQR 1,56); PES-NWI 2,77 (IQR 0,77) y NTS 3,57 (IQR 0,65). Los profesionales de los centros ASAG puntuaron mejor en actitud hacia la PBE ( $M=5,67$  vs  $5,33$ ;  $p<0,001$ ) y total del cuestionario PES-NWI ( $M=3,06$  vs  $2,65$ ;  $p<0,001$ ) y todas sus dimensiones: participación en asuntos del centro ( $M=2,89$  vs  $2,33$ ;  $p<0,001$ ); fundamento enfermero de la calidad de los cuidados ( $M=3,30$  vs  $2,80$ ;  $p<0,001$ ); recursos humanos ( $M=3,00$  vs  $2,25$ ;  $p<0,001$ ); relación médico-enfermera ( $M=3,00$  vs  $2,67$ ;  $p<0,001$ ); exceptuando la de liderazgo de los gestores enfermeros ( $p=0,773$ ). Un 74,8% de los profesionales de los centros ASAG perciben su entorno laboral como favorable frente a un 35,2% de los profesionales que trabajan en centros SAS ( $X^2= 49,732$ ;  $p<0,001$ ). No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de hospitales con respecto a la puntuación de trabajo en equipo ( $p=0,703$ ).

## DISCUSIÓN

Los profesionales de enfermería que trabajan en hospitales ASAG valoran mejor su entorno laboral y refieren una actitud más positiva hacia la PBE, sugiriendo que los factores organizacionales de estos centros favorecen contextos de cuidados en los que sus profesionales se sienten más satisfechos y muestran mejor disposición para implementar evidencias. Este estudio es el primero, en nuestro conocimiento, en comparar los modelos organizativos de hospitales SAS y hospitales ASAG.

Implicaciones para la práctica: los aspectos contextuales de las organizaciones sanitarias influyen en los resultados de salud. Identificar modelos organizativos que fomenten un clima laboral positivo para su implantación en otros hospitales contribuirá a la prestación de cuidados de calidad.

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.

Pérez Campos, M<sup>a</sup> Amparo es beneficiaria de una ayuda de Formación de Profesorado Universitario (FPU) del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- 1- Kutney-Lee A, Lake ET, Aiken LH. Development of the Hospital Nurse Surveillance Capacity Profile. *Res Nurs Health*. 2009; 32(2):217-228.
- 2- Warshawsky NE, Havens DS. Global use of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Nurs Res*. 2011; 60(1):17-31.
- 3- Kalisch BJ, Lee H, Rochman M. Nursing staff teamwork and job satisfaction. *J Nurs Manag*. 2010; 18(8): 938–947.
- 4- Scott SD, Pollock C. The Role of Nursing Unit Culture in Shaping Research Utilization Behaviors. *Res Nurs Health*. 2008; 31(4):298–309.
- 5- de Pedro Gómez J, Morales-Asencio JM, Sesé Abad A, Bennasar Veny M, Ruiz Román MJ, Muñoz Ronda F. Validación de la versión española del cuestionario sobre la práctica basada en la evidencia en enfermería. *Rev Esp Salud Pública*. 2009; 83(4): 577-586.
- 6- de Pedro Gómez J, Morales-Asencio JM, Sesé Abad A, Bennasar Veny M, Artigues Vives G, Pericàs Beltrán J. Validación y adaptación al español de la escala del entorno de práctica enfermera del Nursing Work Index. *Metas de Enferm*. 2009; 12(7): 65-73.
- 7- Fernández-Salazar S, Pérez-Campos MA, López-Medina IM, Sánchez-García I, López-Barajas Hernández B, García-Fernández FP, Pancorbo-Hidalgo PL. Adaptación cultural, validación de contenido y prueba piloto del Cuestionario “Nursing Teamwork Survey”. En: Libro de ponencias: XVII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid, Instituto de Salud Carlos III Unidad de Investigación de Cuidados en Salud (Investén-isciii); 2013. p. 283-285.
- 8- Lake ET, Friese CR. Variations in Nursing Practice Environments. Relation to Staffing and Hospital Characteristics. *Nurs Res*. 2006; 55(1):1–9.

## Mesa de Comunicaciones 2: Cáncer / Cuidados Paliativos

### Concurrent Session 2: Cancer / Palliative Care

#### AUTORES/AUTHORS:

Angela Cristina Barrias da Costa, Violeta Serrano Monge, Alejandro Lendínez Mesa, Ana Sofia Fernandes Ribeiro, Ramona Mesa Lendínez, Beatriz Ogando Díaz

#### TÍTULO/TITLE:

Sentimientos del cuidador principal presentes en el ingreso de su familiar en una Unidad de Cuidados Paliativos

**OBJETIVOS:** Explorar los sentimientos que se generan en el cuidador principal, tras el ingreso de su familiar en la unidad de cuidados paliativos (UCP); Conocer la percepción del nivel de dependencia del paciente, por parte del cuidador principal; Averiguar la necesidad de ingreso que percibe el cuidador del paciente en la UCP; Conocer las dificultades que presentan los cuidadores en el manejo domiciliario.

**MÉTODO:** Estudio observacional y descriptivo transversal de tipo cualitativo con enfoque fenomenológico, con el objetivo de estudiar los fenómenos (experiencias) tal como se presentan y la manera en que los vive la propia persona. En este caso, es intentar ver a cada cuidador como a un ser con respuestas y sentimientos propios, y solo él los experimenta de manera única (1). El presente estudio ha tenido una duración aproximada de 7 meses, entre Noviembre de 2013 a Junio de 2014. La recogida de información se ha realizado en la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) de la Fundación Instituto San José, hospital de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, en Madrid. Los sujetos del estudio fueron los cuidadores principales de los pacientes que ingresaron en la UCP de la FISJ, y que venían derivados desde su domicilio, o desde el hospital de referencia, cuando su estancia hubiera sido inferior a 15 días aproximadamente. El método utilizado para la recogida de información sobre los sentimientos de los cuidadores fue una única entrevista con preguntas abiertas y definidas previamente según una categorización previa del estudio. El hecho que sea una entrevista semiestructurada ha permitido adecuar tanto la secuencia como la formulación de las preguntas, en función de cada sujeto entrevistado (2). La entrevista se ha grabado en un equipo de audio-grabación. Al principio de la entrevista se han recogidos datos socio demográficos de los participantes tales como fecha de realización de la entrevista, parentesco, edad y sexo, y después la misma se realizó siguiendo el guión previamente establecido. El análisis y la interpretación de los datos se hicieron mediante el análisis de contenido. Esta es una estrategia largamente utilizada en investigación cualitativa que incluye un conjunto de técnicas de organización de comunicaciones/ informaciones, cuyo objetivo es la búsqueda de sentido contenido en documentos, material colectado en las entrevistas o notas de campo, destacando temas/tópicos y conceptos/conocimientos (3).

**Limitaciones y aspectos éticos:** La muestra obtenida ha sido escasa, pero muy rica en información aunque por limitación de tiempo, no se ha llegado a una saturación del discurso, y habría que seguir buscando sujetos para el estudio. Siguiendo los principios de la Declaración de Helsinki (4), se ha mantenido el anonimato y confidencialidad de los datos recogidos en el presente estudio, tal como la voluntariedad para participar en el mismo. Para ello, se ha presentado a los sujetos, de forma verbal y escrita, una hoja de información y consentimiento informado en los cuales figuran los datos del investigador, así como del derecho de revocar su decisión de participación en el estudio.

**RESULTADOS:** Los tres participantes que han aceptado participar comparten relación de parentesco y genero siendo las tres mujeres, esposas y con edad superior a 60 años.

Entre los resultados más relevantes se encuentra que las dimensiones establecidas a priori han resultado ser las categorías encontradas y son: manejo en domicilio y necesidades de cuidados del enfermo, motivos de ingreso del paciente en la UCP y sentimientos del cuidador al ingreso. En total se han establecido 4 categorías principales, la mayoría de ellas, comunes a todas las entrevistas realizadas. Analizando el contenido de las tres entrevistas resaltan varios problemas relacionados con el cuidado en domicilio, entre ellos la sobrecarga, el cansancio físico, la impotencia, la rabia y el enfado. El código común a todos los relatos ha sido la sobrecarga, lo que ha podido precipitar el ingreso, sin que ese motivo fuera el principal, como se puede ver en uno de los relatos de la Sr<sup>a</sup>. E. "Porque claro, era muy curioso, se vuelven muy egoístas. Él llegaba a las 8h, y te despertaba, para que le dieras el desayuno por ejemplo", "No entendías que era una disciplina para él sus horarios. Entonces eso, llega un momento que no le entiendes." "No me importa ni lavarle ni cuidarle, ni eso no me ha importado nunca. Pues es que era difícil a veces... Pero estos dos últimos años, sobretudo este año. Si hay luto, creo que es ese". En cuanto a la necesidad de cuidados del paciente, se observó que los pacientes eran dependientes para las actividades de vida diaria. En relación al motivo de ingreso, este ha sido por progresión de la enfermedad (oncológica en los 3 casos) y por la necesidad de recibir cuidados paliativos. Varios han sido los sentimientos

presentes en los cuidadores, resultantes del ingreso en la UCP. El sentimiento común a los tres relatos ha sido la tristeza. También han surgido sentimientos de alivio y aceptación, en relación a lo que el ingreso en una UCP supone para las cuidadoras entrevistadas. La que más ha referenciado la tristeza en sus palabras acerca de lo que siente en relación al ingreso de su marido, ha sido sin duda la Sr<sup>a</sup> E., que en su entrevista podemos encontrar frases como “Pues es muy duro. Sientes mucha tristeza. Siento tristeza y me puedo pasar horas ahí mirándole.”, “Pues mucha pena la verdad. No sé qué sentirán las demás personas, porque cada uno es diferente...Sí, me dio mucha pena, pensar que ya no iba a vivir, que no iba a volver a mi casa. Es duro”, “Ya cuando vine aquí, este día primero, pensar que llegaba a mi casa y pues...no va a volver...y sí, me cayeron las lágrimas cuando vine aquí.”

DISCUSION: El primer hallazgo encontrado en este estudio fue que los tres cuidadores eran del sexo femenino. Según datos del IMSERSO del mismo periodo correspondiente a la recogida de información (Abril 2014), de los varios datos publicados sobre cuidadores no profesionales, uno de ellos era referente al sexo, siendo el número de mujeres cuidadoras 13.819, frente a 1.602 hombres cuidadores en territorio español. En relación a la edad, un número avanzado de 3.428 tenían edad superior a 60 años (5). El hecho de que todas las cuidadoras entrevistadas fueran esposas, va de acuerdo con lo que García- Calvente et al, relata en su revisión sobre el cuidado, donde el perfil típico de la persona cuidadora principal es la de una mujer, ama de casa, con una relación de parentesco directa, por lo general, madre, hija o esposa, y que convive con la persona a que cuida. Esto pone de manifiesto las diferentes cargas relacionadas con el cuidado, entre hombres y mujeres, porque ellas asumen con mayor frecuencia los cuidados de atención personal e instrumentales y están más implicadas en tareas de acompañamiento y vigilancia, que exigen una mayor dedicación (6). En cuanto a las dificultades de cuidado en el domicilio, se ha verificado la existencia de sobrecarga y sentimientos incapacitantes de impotencia, rabia y cansancio relatados por las cuidadoras entrevistadas, tal como apoyo externo escaso, verificados también en un estudio de Alfaro et al (7). También ellas cuidaban a personas con un alto nivel de dependencia concordando con resultados estudios anteriores, que afirman que la dependencia puede influir en el grado de carga percibida por el cuidador, siendo mayor según aumenta el nivel de dependencia (8).

Varios factores han influido en el ingreso de los pacientes en la UCP, siendo ellos la imposibilidad de curación y extensión de la enfermedad oncológica que padecían los pacientes. Según datos de una revisión sobre evaluación del cuidado al final de la vida, reflejados en la Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos (9), hay un claro predominio en lo que respecta a síntomas, calidad de vida y satisfacción de pacientes, mientras que las medidas relativas a planificación avanzada, espiritualidad y bienestar del cuidador eran más débiles.

Las cuidadoras han experimentado emociones, tanto positivas como negativas, en lo que respecta al ingreso de su familiar en la UCP. La tristeza, sentimiento común a las tres, es algo esperado, teniendo en cuenta el fuerte vínculo afectivo que mantienen con sus familiares- matrimonios de larga duración y con una gran estabilidad emocional. En esta misma línea la tristeza la sienten las cuidadoras cuando perciben esta emoción en el cónyuge. La tristeza lo provoca la idea de pérdida anticipada presente al ingreso, junto con los sentimientos asociados a la sobrecarga a la que está sometido el cuidador. La idea de pérdida como finitud de la vida de su familiar y pérdida de su propia vida como cuidador exclusivo (10). En la mayoría de estudios realizados acerca del papel del cuidador, se puede observar que están presentes sentimientos de tristeza, reflejo de la depresión como mecanismo adaptativo a un proceso cambiante (8,10). Por otro lado, también han sido relatados sentimientos de alivio y aceptación relacionados con la transferencia de cuidado a profesionales de una unidad de hospitalización. Esto puede estar relacionado con la sobrecarga física que tenían las cuidadoras hasta el momento, y que veían el ingreso en una UCP como una liberación de la carga física acumulada hasta entonces. La seguridad de recibir cuidados especializados en la fase final de vida de sus familiares, y un adecuado control de síntomas les ha hecho sentirse aliviadas, como refleja un estudio australiano (11). Al contrario de lo que sería de esperar, teniendo en cuenta la bibliografía consultada, las cuidadoras entrevistadas no han referenciado en sentimiento de culpa relacionado con el ingreso de su familiar. Este hallazgo hace pensar en la importancia de no hacer generalizaciones en relación a las reacciones emocionales que experimenta cada individuo frente a un cambio en su vida de cuidador. Ellas no son universales ni tienen un patrón específico. La realización de este estudio pone en evidencia la importancia de la comprensión de las emociones asociados a un

ingreso en un ámbito hospitalario, y lo que ello supone para los cuidadores. Los tres cuidadores han referenciado sobrecarga, cansancio y sentimientos de enfado, impotencia y rabia relacionados con el cuidado, lo que demuestra la claudicación física y emocional que supone el cuidado a los pacientes que necesitan atención continua y se encuentran en una fase avanzada de la enfermedad. Al igual que la falta de recursos para realizar los cuidados y el escaso apoyo percibido por los cuidadores, puede precipitar el ingreso en instituciones del familiar cuidado. Ninguno ha ingresado exclusivamente por signos de sobrecarga del cuidador, que evidencia lo que todavía pasa en nuestra sociedad, que le da menor importancia al cuidador cansado y abatido, aunque sería imprudente hacer generalizaciones en cuanto a las necesidades reales de ingreso de estos pacientes en la Unidad de Cuidados Paliativos y en cuanto a otros ámbitos de cuidado, lo que necesitaría una investigación más profundizada y extensa. Al ingreso en la UCP, la actitud del equipo de cuidados paliativos ha de ser tranquilizadora y de escucha activa, identificando las preocupaciones más importantes del cuidador, facilitando la ventilación de emociones. Esto creará un clima de confianza, permitiendo que el cuidador continúe ejerciendo su papel con el menor sufrimiento posible.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Trejo M. Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. *Enf Neurol* 2012;11(2):98-101.
- (2) Blasco T, Otero L. Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: la entrevista. *Nure Investigación* [internet]. 2008 Mar [citado 6 Ene 2014]; 33 [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es>
- (3) Campos C, Turato E. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. *Rev Latino-am Enfermagem* [internet] 2009 Mar [citado 2 Feb 2014]; 17(2) [aprox. 6 p.]. Disponible en: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae).
- (4) Mazzanti M. Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. *Rev Colomb Bioet* 2011;6(1):125-44.
- (5) IMSERSO. Datos sobre cuidadores no profesionales.[internet] 2014 [citado 6 Abr 2014]. Disponible en: [http://www.dependencia.imserso.es/dependencia\\_01/estadisticas/datos\\_estadisticos\\_saad/index.htm](http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/estadisticas/datos_estadisticos_saad/index.htm).
- (6) García-Calvente MdM, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit* 2004;18(2):83-92.
- (7) Alfaro OI, Morales T, Vazquez F, Sánchez S, Ramos B, Guevara U. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008;46(5):485-494.
- (8) Rodríguez Á, Rihuete MI. Influencia de la dependencia de los enfermos oncológicos en la sobrecarga de sus cuidadores familiares. *Med Pal* 2011;18(4):135-140.
- (9) Ministerio de Sanidad. Política Social e Igualdad. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010- 2014; 2010. p. 28-33.
- (10) Moreira de Souza R, Turrini RNT. Paciente oncológico terminal: sobrecarga del cuidador. *Enfermería Global* [internet] 2011 Abr [citado 2 Jun]; 22(1) [aprox. 13 p.]. Disponible en: [www.um.es/eglobal/](http://www.um.es/eglobal/)
- (11) Harrington A, Mitchell P, Jones J, Swetenham K, Currow D. Transition to an inpatient palliative care unit: carers share their experiences. *Int J Palliat Nurs* 2012 Nov;18(11):548-552.



**AUTORES/AUTHORS:**

Raquel Rodríguez Rodríguez, Ángela Rodríguez Rodríguez, Maria-Isabel Rihuete Galve

**TÍTULO/TITLE:**

Análisis retrospectivo de la intervención de un Equipo de Soporte Domiciliario de Cuidados Paliativos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos como el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales(1). La definición se completa con los siguientes principios sobre los cuidados paliativos:

- Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas.
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
- No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte.
- Integran los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado de los pacientes.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad de los pacientes y en el duelo.
- Utilizan una aproximación de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo soporte emocional en el duelo, cuando esté indicado.
- Mejoran la calidad de vida y pueden también influenciar positivamente en el curso de la enfermedad.
- Son aplicables de forma precoz en el curso de la enfermedad, en conjunción con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia e incluyen aquellas investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.

La población diana de los cuidados paliativos son pacientes con cáncer y enfermedades crónicas evolutivas de cualquier edad que se encuentren en situación avanzada y terminal. Las intervenciones paliativas se basarán fundamentalmente en las necesidades de los pacientes y familiares, más que en un plazo concreto de supervivencia esperada.

Los criterios propuestos para la definición de los pacientes con enfermedad en fase avanzada y terminal son:

- Enfermedad incurable, avanzada y progresiva.
- Pronóstico de vida limitado.
- Escasa posibilidad de respuesta a tratamientos específicos.
- Evolución de carácter oscilante y frecuentes crisis de necesidades.
- Intenso impacto emocional y familiar.
- Repercusiones sobre la estructura cuidadora.
- Alta demanda y uso de recursos(2).

Los Equipos de Soporte Domiciliario de Cuidados Paliativos (ESDCP), están formados por un médico y una enfermera. Su misión consiste en: "prestar apoyo a los profesionales de Atención Primaria para la atención domiciliar del enfermo oncológico en situación terminal y de su familia, con el objeto de garantizar el óptimo nivel de bienestar y la ubicación del paciente en el nivel asistencial que asegure los cuidados de la mayor calidad posible"(3). Para que esto se pueda llevar a cabo es necesario que colaboren con los EAP en actividades asistenciales, coordinación, formación, docencia e investigación.

**OBJETIVOS**

1. Analizar la actividad del ESDCP de la zona urbana de Salamanca durante el año 2011.
2. Analizar el perfil de los pacientes atendidos por la unidad.

#### OBJETIVOS SECUNDARIOS

1. Analizar el perfil de los cuidadores de los pacientes atendidos por la unidad.

#### MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo transversal. El estudio se ha realizado con todos los pacientes atendidos desde enero de 2011 hasta diciembre de 2011 por el ESDCP de la zona urbana de Salamanca.

Las variables a estudiar son:

Variabes sociodemográficas de los pacientes (edad, sexo, estado civil).

Variabes sociodemográficas del cuidador principal (edad, sexo, parentesco con el paciente).

Variabes relacionadas con la enfermedad (diagnóstico neoplásico, presencia de metástasis y su localización, fecha de diagnóstico de la enfermedad, servicio de origen).

Variabes relacionadas con el seguimiento (fecha primera valoración, tiempo de espera, fecha de entrada en programa, tiempo en programa, nº de visitas en domicilio, llamadas telefónicas, nº de ingresos hospitalarios, días en domicilio, supervivencia, fecha y lugar de exitus).

Variabes clínicas (ECOG, Índice de Barthel, Escala de Norton, Escala de valoración sociofamiliar de Gijón y administración de medicación vía subcutánea).

Se utilizó una base de datos creada en Microsoft Excel. Se realizó análisis retrospectivo de los datos. El estudio se llevó a cabo con el software y paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 20.0

#### RESULTADOS

Pacientes totales vistos por el ESDCP fueron 189 con una edad media de 77,27 años (DT 11,30). La mitad de los pacientes eran mayores de 80 años. El 49,7% hombres y el 50,3% mujeres. El 59,3% de los pacientes estaban casados, el 27% eran viudos, el 9,5% solteros y el 4,2% separados.

La edad media de los cuidadores fue de 63,80 años [DT 13,767]. La mitad de los cuidadores tenían menos de 63 años, de los cuales el 34,1% el cuidador principal era la esposa, el 28,4 % la hija, el 9,7% el marido y en el 10,2% el cuidador principal era un cuidador profesional.

El 97,4% de los pacientes presentaron un diagnóstico principal de enfermedad oncológica. El tumor más frecuente fue el cáncer de pulmón (20,1%), cáncer colon-rectal (18%), cáncer de páncreas (7,9%). En cuanto al sexo, el tumor más frecuente en los hombres fue el cáncer de pulmón (34%), el cáncer colon-rectal (19,1%) y el cáncer de próstata (9,6%). En las mujeres el más frecuente fue el cáncer colon-rectal (16,8%), seguido de cáncer de páncreas (11,6%) y cáncer de mama (10,5%).

Presentaron metástasis óseas el 15,9%, el 21,7% metástasis hepáticas, el 15,9 % metástasis pulmonares y el 13,8% metástasis cerebrales.

La procedencia de los pacientes fue mayoritaria desde el servicio de Oncología Médica (42,3%). El 19,6% fueron derivados tras el alta de la Unidad de Hospitalización de Cuidados Paliativos. Y desde los equipos de Atención Primaria se derivaron el 15,9% de los pacientes

El tiempo medio de espera para que los pacientes fueran valorados tras la derivación fue de 5,32 días.

Los pacientes permanecieron en seguimiento por el ESDCP una media de tres meses (91,27 días), pero la mitad de los pacientes fallecieron antes de los dos meses (mediana= 46).

El número total de visitas domiciliarias realizadas fue de 1454. La media de visitas que se realizaron a los pacientes fue de 7,31(DT

8,69). La mitad de los pacientes recibieron 5 visitas.

Se realizaron un total de 2612 llamadas telefónicas.

La media de días que los pacientes en seguimiento permanecieron en su domicilio fue de 53,05 (DT 67,605). El 37,2% precisaron al menos un ingreso hospitalario durante el tiempo en programa.

Haciendo referencia al lugar de fallecimiento, el 50,26 % fallecieron en el domicilio.

La supervivencia media de los pacientes en seguimiento fue de 91,27 días, con una mediana de 49 días.

Observamos que los pacientes que fueron cuidados por una mujer vivieron 33 días más que los pacientes que tuvieron como cuidador principal a un hombre.

La estimación del tiempo medio de supervivencia ha sido de 129,8 días para pacientes independientes para ABVD en el momento de la primera valoración, 90,6 días con dependencia leve, 91,8 días con dependencia moderada, 85,3 días con dependencia grave y 59 días aquellos con dependencia total.

La estimación de la mediana del tiempo en programa, es igual a 92 días para pacientes independientes [54-129], 50 días para aquellos cuyo nivel de dependencia fue leve [32-67], 49 días para los que presentaban dependencia moderada [22-75], 34 días para los de dependencia grave [9-58] y 17 días para los que presentaban dependencia total [4-29].

Los pacientes que presentaron algún grado de UPP en el momento de la primera visita vivieron una media de 25 días menos.

En cuanto a la escala funcional de ECOG se refiere, el 70,9% de los pacientes tuvo un ECOG menor o igual a 3 y el 28,6% presentaron un ECOG de 4. La media de ECOG fue de 2,96.

En cuanto al nivel de dependencia respecto a la ABVD, índice de Barthel, el 82% presentaban algún grado de dependencia obteniendo el 19,6% un nivel de dependencia total.

De los pacientes de la muestra que no se encontraban institucionalizados, un 21% presentó un deterioro social severo con alto riesgo de institucionalización según la escala de valoración sociofamiliar de Gijón.

El 37% de los pacientes presentaron riesgo de úlceras por presión en el momento de la valoración.

Un 25% de los pacientes fallecidos en el domicilio precisó administración de medicación por vía subcutánea.

## DISCUSIÓN

Entre el 40-60 % de los pacientes con cáncer fallecen en el domicilio según el dato recogido en el Documento de Consenso publicado por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) (4). Este dato coincide con los resultados obtenidos en este estudio, en el cual alrededor de la mitad de los pacientes fallecieron en el domicilio y es similar al encontrado en otros estudios (5), aunque existen datos en los que el porcentaje de fallecimientos en el domicilio fue superior (6-8).

Los pacientes estuvieron en seguimiento por el ESDCP una media de tres meses, dato que coincide con el de otros autores (6). Un 37,2% de los pacientes precisaron al menos un ingreso hospitalario durante el tiempo en el que estuvieron en seguimiento por el equipo. Los motivos de estos ingresos suelen ser de gran peso ya sea porque el paciente no quiera permanecer en el domicilio, los familiares se nieguen a ello, la familia sea reducida o el paciente carezca de ella, el cuidador presente signos de sobrecarga o existan en el núcleo familiar menores (9). Dentro de la atención a los pacientes que se encuentran en programa de cuidados paliativos domiciliarios se observan ciertas contradicciones; la mayoría de las personas moribundas prefieren morir en casa, pero la mayoría de ellas muere en instituciones. Y estos pacientes permanecen durante la mayor parte del último año de vida en su domicilio para fallecer finalmente en el hospital (10).

La mayoría de los pacientes en seguimiento por un equipo de soporte son derivados por el Servicio de Oncología Médica (6,7), aunque existen estudios en los que el mayor volumen de pacientes derivados se realiza desde Atención Primaria (11), existiendo una diferencia considerable con los datos recogidos en este trabajo, sólo un 15,9% son derivados desde dicho servicio.

El diagnóstico oncológico de mayor prevalencia fue el cáncer de pulmón (20,1%) seguido del cáncer colon-rectal (18%),

encontrándose diferencias entre el cáncer más prevalente de los hombres y las mujeres. Un 34% del total de los hombres padecieron un cáncer de pulmón, frente al 6,3% de las mujeres con la misma enfermedad oncológica. En las mujeres el cáncer colon-rectal fue el más prevalente (16,8%).

En el presente trabajo el perfil del cuidador coincide con el perfil de otros estudios realizados en nuestro país (8), mujer (73,8%) y cónyuge, no así el perfil del paciente en el que el porcentaje de pacientes varones es mayor y de menor edad, aunque hay que decir que la mayoría siguen siendo mujeres y casados.

Haciendo referencia a los pacientes fallecidos en el domicilio (95 pacientes en total), hubo 24 en los que fue preciso hacer uso de la vía subcutánea para la administración de medicación para el mejor control de los síntomas derivados de la enfermedad.

A la vista de los resultados anteriores podemos concluir:

- El perfil de los pacientes vistos por el equipo es mujer casada de 77 años de edad.
- El perfil del cuidador es mujer casada de 63 años de edad.
- A mayor nivel de dependencia, menor tiempo de supervivencia.
- Los pacientes que presentan algún grado de UPP viven menos que los que no las presentan.

En la práctica clínica, el seguimiento por un ESDCP posee el potencial de permitir la muerte en el domicilio y la valoración inicial nos permite reconocer factores que inciden en la supervivencia de los pacientes en el programa de Cuidados Paliativos.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- (1) Sepulveda C., Marlin A., Yoshida T., Ulrich A. Palliative Care: The World Health Organization's global perspective. World Health Organization. Ginebra. *J pain Symptom Manage* 2002; 24(2): 91-6.
- (2) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [sede Web] Madrid [acceso 7 de noviembre de 2012]. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cuidadosPaliativos.htm>
- (3) Junta de Castilla y León. Cuidados paliativos del enfermo oncológico. Guía para la gestión integrada de procesos asistenciales relacionados con el Cáncer: "Proyecto Oncoguías". Documento de Trabajo. Junta de Castilla y León. 2005.
- (4) Documento de Consenso SECPAL-semFYC. Atención al paciente con cáncer terminal en el domicilio. *Aten Primaria* 2001; 27: 123-126.
- (5) Damborenea González M.D., Aguirre De la Maza M.J., Almaraz Ruiz de Eguilaz, M. J., Altuna Basurto, E., Aso Mendialdea, K., Bañuelos Gordon, A., et al. Atención domiciliaria al paciente en situación terminal en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Investigación Comisionada. Vitoria-Gazteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2006. Informe nº: Osteba D-07-01.
- (6) Molina Linde J.M., Romero Cotelo J., Romero Rodríguez Y., Rodríguez Sañudo R.M., Gálvez Mateos R. Pacientes mayores oncológicos incluidos en un programa de Cuidados Paliativos. *Med Pal (Madrid)* 2005; 12: 88-91.
- (7) Molina Linde J.M., Romero Rodríguez Y., Romero Cotelo J., Ruiz Ortiz S., Gálvez Mateos R. Características de los pacientes oncológicos terminales incluidos en un programa de Cuidados Paliativos. *Med Pal (Madrid)* 2008; 15: 89-92.
- (8) Fernández González M.J., Martínez Estrada M.F., Zapico Muñoz E. Ingresos hospitalarios de pacientes atendidos por el ESAD del Área Sanitaria V. Asturias. *Med Pal (Madrid)* 2010; 17: 80-83.
- (9) Gómez Sancho M. ¿Morir en casa o en el hospital?. En: Gómez Sancho M. *Medicina Paliativa en la cultura latina*. Madrid: Aran 1999; 173-191.
- (10) Cuidados paliativos en el domicilio. En: Watson M., Lucas C., Hoy A., Back I. *Manual Oxford de cuidados paliativos*. Madrid. Grupo Aula Médica; 2008. p. 699-733.
- (11) Pérez Durillo F.T., Gallego Montalbán J.A., Jaén Castillo P. Análisis de la actividad de un equipo de soporte de cuidados paliativos. *Med Paliat. (Madrid)* 2011; 18: 129-134.

**AUTORES/AUTHORS:**

Carmen Villar Bustos, Yolanda Martín Vaquero, Azucena González Sanz

**TÍTULO/TITLE:**

Búsqueda de evidencias en cuidados para el restablecimiento de la salud bucal en el paciente terminal

El concepto de paciente terminal surge de la atención a personas con enfermedades en fase avanzada que comparten algunas características similares. Es un término que hace referencia a una situación del paciente más que a una patología. Una de las complicaciones del paciente terminal es la Mucositis La mucositis es una reacción inflamatoria que afecta a la mucosa de todo el tracto gastrointestinal, aunque suele adquirir un mayor protagonismo en el área orofaríngea. Presenta una prevalencia entre el 30-85% y es una de las causas más importantes de morbilidad tras la administración de quimio-radioterapia.

**Objetivos**

Presentar las mejores pruebas de la efectividad de aquellas actividades incluidas en la Intervención NIC 1730 Restablecimiento de la Salud Bucal y determinar aquellas que con evidencia disponible no estén incluidas.

**Material y método**

Procedimiento sistemático de revisión de la literatura. Estrategia de búsqueda siguiendo el formato PICO, Población: paciente terminal, adulto, edad >14 años, hospitalizado. Intervención: Cualquier intervención de higiene bucal, cepillado, enjuagues, diluciones, frecuencia del cuidado utilizando cualquier agente prescrito como profilaxis para la mucositis oral. Conversión a DEC y MeSH. Búsqueda en bases de datos online (BVS, Medline, Cochrane, JBI, Cuiden, INAHTA, CINAHL) y búsqueda referencial. Todos los artículos publicados en los últimos once años período comprendido entre 2000-2011.

Idiomas: español, inglés y portugués.

Se seleccionan estudios secundarios, aquellos con mayor nivel de evidencia asignado por su diseño: (Revisiones Sistemáticas, metaanálisis o metátesis, Guías de Práctica Clínica basadas en evidencias y resúmenes de evidencia) y primarios ECA, Cohortes, Criterios de calidad y homogeneidad metodológica establecidos por CASPe >6/11 y AGREE >60%; criterios de homogeneidad para que las actividades seleccionadas sean extrapolables a nuestra población y práctica profesional. Análisis de datos mediante tablas de síntesis de los resultados considerados relevantes y desarrollo narrativo. Se realiza la síntesis de las evidencias encontradas y nivel de recomendación siguiendo la Escala de valoración del Joanna Briggs Institute (JBI)

**Resultados**

Se identifican 1657 estudios, de los cuales cumplen criterios 172, se hizo lectura crítica de 46 y una selección definitiva de 22 (9 revisiones sistemáticas o metanálisis, 7 guías de práctica clínica, 1 resumen de evidencias, 4 ECAs y 1 Cohortes).

Consideramos importante sugerir cuatro actividades presentes dentro de esta Intervención con alto nivel de evidencia teniendo en cuenta ciertas consideraciones:

- Aplicar anestésicos tópicos, pastas de protección bucal o analgésicos sistémicos si es preciso

Hemos comprobado a través de los estudios seleccionados que en este caso se debería considerar la redacción para incluir la crioterapia bien en esta actividad o en la siguiente:

-Fomentar enjuagues frecuentes de la boca con cualquiera de las siguientes sustancias: solución de bicarbonato de sodio, solución salina normal o solución de peróxido de hidrógeno

- Observar si se producen efectos terapéuticos derivados de los anestésicos tópicos, pastas de protección bucal y analgésicos

tópicos o sistémicos si procede.

- Observar si hay signos y síntomas de glositis y estomatitis

Estas dos últimas actividades, tal como están redactadas en la actualidad, podrían ser revisadas junto con

-Vigilar labios, lengua, membranas, mucosas, fosas tonsilares y encías para determinar la humedad, color, textura, presencia de restos e infección, disponiendo para ello de una buena iluminación y una hoja para la lengua

Consideramos que estas tres últimas podrían ser incluidas dentro de una redacción única en una de las recomendaciones con alto nivel de evidencia que encontramos en varios de los artículos y que existe con una redacción similar en otras Intervenciones NIC:

“Evaluar diariamente utilizando una escala para tal efecto, se podría utilizar la escala de la mucositis de la OMS”

Realizar una continua evaluación del estado de la boca para la prevención de la mucositis es una de las actividades con mayor evidencia

- Consultar con el médico si los síntomas de glositis y estomatitis persisten o empeoran

Otra de las recomendaciones que prevalece en muchos de los estudios (7, 13, 15,17, 21, 25,26) es el tratamiento por un equipo multidisciplinar que incluya higienistas bucales y odontólogos, en nuestro caso muy recomendable en las primeras etapas de la enfermedad. Esta actividad debería ser redactada como la presente en otras Intervenciones NIC como:

“Colaborar con otros miembros del equipo de cuidados sanitarios para minimizar los efectos secundarios de los medicamentos que contribuyen al deterioro de la salud bucal.” quedando incluidos dentro del equipo médicos, higienistas, odonto-estomatólogos etc. Sobre las soluciones de enjuagues bucales más comúnmente utilizadas (como la clorhexidina), ningún estudio aportó información suficiente para apoyar o rechazar que un producto fuera más o menos efectivo que otro antiséptico.

#### INT01730 – Restablecimiento de Salud Bucal

Actividades recomendadas. Nivel Evidencia/ Grado Recomendación (siguiendo clasificación JBI)

Actividades sugeridas para incluir en plan de cuidados estándar

- Vigilar labios, lengua, membranas, mucosas, fosas tonsilares y encías para determinar la humedad, color, textura, presencia de restos e infección, disponiendo para ello de una buena iluminación y una hoja para la lengua NE :I / II GR: A

-Observar si se producen efectos terapéuticos derivados de los anestésicos tópicos, pastas de protección bucal y analgésicos tópicos o sistémicos si procede. NE: I-II GR: A

-Observar si hay signos y síntomas de glositis y estomatitis NE : I-II GR: A

(Estas tres primeras podrían ser incluidas dentro de la actividad sugerida más adelante como evaluación utilizando escala)

-Consultar con el médico si los síntomas de glositis y estomatitis persisten o empeoran NE: I-II GR: A -Aplicar anestésicos tópicos, pastas de protección bucal o analgésicos sistémicos si es preciso NE: I GR: A

Actividades que también podrían ser incluidas en plan de cuidados estándar con menor Nivel E

-Enseñar y ayudar al paciente a realizar la higiene bucal después de las comidas y lo más a menudo que sea necesario. NE: II GR: B

-Fomentar enjuagues frecuentes de la boca con cualquiera de las siguientes sustancias: solución de bicarbonato de sodio, solución salina normal o solución de peróxido de hidrógeno. NE: II GR: B

Actividades no incluidas en la Intervención

-Colaborar con otros miembros del equipo de cuidados sanitarios para minimizar los efectos secundarios de los medicamentos que contribuyen al deterioro de la salud bucal. NE :II GR: B

-Evaluar la situación del paciente diariamente con instrumentos que incluyan evaluación visual, del dolor y la capacidad de deglutir.

Utilizar herramientas de clasificación de la mucositis como la escala de la OMS NE :I / II GR: A

Discusión

El cuidado oral sistemático puede ser más importante que el agente específico utilizado para enjuagar la boca, ningún estudio aportó información suficiente para apoyar o rechazar que un producto fuera más o menos efectivo que otro antiséptico. Se necesita más investigación con trabajos bien diseñados para incrementar la evidencia de algunas actividades. Limitaciones del trabajo son las restricciones de idioma y la variabilidad en los estudios publicados con bajo nivel de evidencia aceptable para afirmar que las intervenciones seleccionadas pueden disminuir la posibilidad de contraer mucositis.

Importancia para práctica clínica: mejorar la calidad de los cuidados como objetivo principal de la práctica basada en Evidencias, para eso es preciso un cambio de actitudes y conductas, avaladas por los mejores conocimientos.

### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Organización Mundial de la Salud. Salud Bucodental. Nota informativa N°318. Febrero de 2007 [acceso 20 dic. 2012] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/index.html>
2. Arantzamendi Solabarrieta M, Marhuenda Villanueva S. Cuidados de la mucositis: Pacientes con quimioterapia. Revista Rol de Enfermería 2002; 25(5):69-74.
3. Buigues Mengual F, Torres Pérez J, Femenía Pérez M, Baydal Cardona R, Paciente Terminal. Guía de Actuación Clínica en A. P. [acceso 20 dic. 2012] Disponible en: <http://www.san.gva.es/docs/dac/guiasap027terminal.pdf>
4. Secpal. Guía de cuidados Paliativos. [acceso 20 dic. 2012] Disponible en: <http://www.secpal.com/guiacp/guiacp.pdf>
5. Worthington H, et al. Intervenciones para la prevención de la mucositis oral en pacientes con cáncer en tratamiento. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 4. Art. No.: CD000978.
6. Sabater Recolons M.M., Rodríguez Rivera Campillo M.E., López López J., Chimenos Küstner E. Manifestaciones orales secundarias al tratamiento oncológico: Pauta de actuación odontológica. Av Odontostomatol. 2006, 22(6):335-42. [acceso 26 dic. 2012]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852006000600005&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852006000600005&lng=es&nrm=iso).
7. Tejada Domínguez, FJ; Ruiz Domínguez, MR. Mucositis Oral: Decisiones sobre el cuidado bucal en pacientes sometidos a radioterapia y quimioterapia conforme a la evidencia. Enfermería Global 2010 [acceso 26 dic. 2012];18 Disponible en : <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/revision2.pdf>
8. López Castaño F, Oñate Sánchez RE, Roldán Chicano R, Cabrerizo Merino MC. Measurement of secondary mucositis to oncohematologic treatment by means of different scale. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005; 10:412-21.
9. CASPe. Programa de habilidades en lectura crítica. España, 2008. Disponible en: [www.redcaspe.org/homecasp.asp](http://www.redcaspe.org/homecasp.asp).
10. Evaluación de Guías de Práctica Clínica. Instrumento Agree. Septiembre 2011. Disponible en: [http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-osteba/es/contenidos/informacion/osteba\\_formacion/es\\_osteba\\_adjuntos/instrumentoAgree.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-osteba/es/contenidos/informacion/osteba_formacion/es_osteba_adjuntos/instrumentoAgree.pdf)
11. Instituto Joanna Briggs. Niveles de evidencia. 2006. Disponible en : [www.joannabriggs.edu.au](http://www.joannabriggs.edu.au)
12. Solano Antolinos J, et al. Recuperando evidencias en pacientes oncohematológicos (1ª Parte). NURE Inv 2008. [acceso 8 mayo 2012];5(37) Disponible en: [http://www.fuden.es/originales\\_detalle.cfm?ID\\_ORIGINAL=112&ID\\_ORIGINAL\\_INI=1](http://www.fuden.es/originales_detalle.cfm?ID_ORIGINAL=112&ID_ORIGINAL_INI=1)

**AUTORES/AUTHORS:**

Manuel Solís Jara, Sergio Rico Martín, Julián Fernando Calderón García, Jesús María Lavado García, Víctor Fernando Durán Moruno, María Luz Sánchez Calvarro

**TÍTULO/TITLE:**

DETERMINACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS BAJO TRATAMIENTO CON QUIMIOTERÁPICOS CARDIOTÓXICOS

**1. OBJETIVOS**

- Calcular el riesgo cardiovascular en aquellos pacientes que están tratados con fármacos quimioterápicos que provocan cardiotoxicidad del área de oncología del Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres.
- Relacionar los diferentes tipos de cáncer con el riesgo cardiovascular, así como la influencia de la hipertensión, tabaco y diabetes mellitus en la población estudio con respecto al riesgo cardiovascular.

**2. MÉTODO**

Se realizó un estudio descriptivo transversal.

Para realizar este estudio se partió de una muestra aleatoria en orden alfabético descendente de 400 pacientes, 211 mujeres (52,75%) y 189 hombres (47,25%), que se encuentran en tratamiento en el hospital de día del Hospital San Pedro de Alcántara.

A continuación se aplican los criterios de inclusión a la muestra elegida que son:

- Personas mayores de 18 años con quimioterapia intravenosa para el tratamiento de cáncer tales como daunorrubicina, doxorubicina, epirubicina, paclitaxel, docetaxel, bevacizumab, trastuzumab, ciclofosfamida y 5-Fluorouracilo en el hospital de día del Hospital San Pedro de Alcántara.
- Los datos se recogieron en el hospital de día del 3 al 31 de marzo de 2014. Todos los sujetos seleccionados comenzaron el tratamiento entre el 1 de julio de 2012 y el 30 de noviembre de 2013.

Una vez aplicados los criterios de inclusión a la muestra, ésta se reduce a un total de 152 sujetos, de los cuales sólo son válidos 42. Se perdieron los datos de los 110 restantes debido a la falta de tiempo, porque se encontraron ingresados o porque abandonaron el tratamiento. De las 42 personas contactadas, 3 (7,1%) no quisieron participar en el estudio, 2 (4,7%) habían finalizado el tratamiento intravenoso y los 37 (88,2%) restantes accedieron a participar.

Todos los sujetos firmaron un consentimiento informado, previo a la entrevista, por escrito en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/99, de 13 de septiembre, de protección de Datos de Carácter Personal. Se le informó que los datos personales facilitados por ellos serían tratados de forma totalmente confidencial para finalidades de investigación aprobado y acorde con la Declaración de Helsinki de 1975.

Los datos fueron recogidos de las historias clínicas y a través de una entrevista personal. Se recopilan datos como el estadio del cáncer, el tipo de tratamiento, el tiempo en tratamiento y la dosis farmacológica en la muestra inicial de 400 sujetos, datos que posteriormente serán utilizados con la muestra final. Las variables que se recogen durante la entrevista a los 37 sujetos son la edad, el sexo, los valores del colesterol HDL (cHDL) y colesterol total (CT), la Presión Arterial Sistólica (PAS), hábito tabáquico, si se encuentra en tratamiento para hipertensión y si es diabético. Posteriormente se calculó el riesgo de padecer un evento cardiovascular en los próximos 10 años mediante la ecuación de Framingham y la edad vascular.

Todos los datos se recopilaron en una base de datos Excel y fueron procesados por el paquete estadístico SPSS V.21.0. Para el análisis descriptivo se ha utilizado la media, desviación estándar, máximo, mínimo y frecuencias. Para el análisis inferencial se ha utilizado el T-Student para muestras independientes, ANOVA de un factor, regresión lineal simple y correlación.



### 3. RESULTADOS

Del total de 37 sujetos que participaron en el estudio, el 64,9% (24) eran mujeres y el resto (13) eran hombres. La edad media del grupo de participación es de  $53,3784 \pm 10,18264$ .

El 18,9% (7) eran fumadores, el 35,1% (13) tomaban algún fármaco para la hipertensión y el 8,1% (3) presentaban diabetes.

Con respecto a los datos referentes al tipo de cáncer el 8,1% (3) presentaban cáncer de ovario, el 29,7% (11) algún tipo de cáncer del tracto digestivo (colon, recto y gástrico), el 37,8% (14) cáncer de mama y 24,3% (9) otros tipos de cáncer.

Un 43,2% de la muestra estaba en tratamiento con bevacizumab, un 13,5% con Trastuzumab, un 16,2% con 5-fluorouracilo, otro 16,2% con ciclofosfamida, un 13,5% con doxorubicina, un 2,7% con epirubicina y un 21,6% con taxanos (docetaxel y paclitaxel). El 32,4% (12) estaban tratados con una combinación de dos o más fármacos que provocan cardiotoxicidad mientras que el 67,6% (25) sólo estaban tratados con un único fármaco.

Con respecto al riesgo cardiovascular, la edad vascular media de los sujetos fue de  $59,3514 \pm 16,32520$ . El porcentaje medio del riesgo cardiovascular según Framingham es de  $4,1892 \pm 4,42743\%$ . Al relacionar el riesgo cardiovascular con la edad cronológica se obtiene que el 48,9% de los sujetos incrementan el riesgo cardiovascular a medida que aumenta su edad cronológica ( $p < 0,001$ ). A medida que aumenta la edad vascular se incrementa el riesgo cardiovascular ( $p < 0,001$ ). Este hecho se da en el 47,5% de los sujetos.

Al comparar los distintos tipos de cáncer con el riesgo cardiovascular obtenemos diferencias significativas entre los diferentes tipos de cáncer y el riesgo de padecer enfermedad cardiovascular ( $p = 0,003$ ).

El 18,9% de los sujetos eran fumadores, el 38,1% hipertensos y el 8,1% padecían diabetes. No hemos encontrado diferencias significativas entre personas hipertensas, fumadoras y diabéticas con las que no lo son, al relacionarlas con el riesgo cardiovascular.

### 4. DISCUSIÓN

El cáncer supone la segunda causa de muerte en España en los últimos años (1). Uno de los principales tratamientos propuestos para esta patología es la quimioterapia.

Los fármacos quimioterápicos ejercen su acción sobre las células cancerígenas, derivadas de células sanas y que comparten con éstas procesos metabólicos y funcionales, por ello se puede decir que van asociados con una serie de efectos sobre el organismo denominándose efectos tóxicos o secundarios (2). La toxicidad asociada al tratamiento quimioterápico es un aspecto muy importante debido a la gran influencia negativa que ejerce sobre la calidad de vida de los pacientes, así como el riesgo vital que puede suponer en ocasiones (3).

Entre los efectos secundarios que los fármacos quimioterápicos producen se encuentran los efectos cardiotóxicos (4). Se define cardiotoxicidad como la toxicidad que afecta al corazón (5). Se considera que estos fármacos producen este efecto indeseable cuando se cumple uno o más de los siguientes criterios (6): 1) Cardiomiopatía con disminución de la fracción de eyección; 2) Presencia de síntomas de fallo cardíaco; 3) Presencia de signos de fallo cardíaco; 4) Disminución de menos del 5% de la fracción de eyección basal o fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) menor al 55% con síntomas; 5) Disminución de más del 10% de la fracción de eyección basal o FEVI menor al 55% sin síntomas. Los principales agentes quimioterapéuticos asociados a complicaciones cardíacas han sido las antraciclinas, sin embargo, otros medicamentos como taxanos, ciclofosfamida, ifosfamida, cisplatino, carmustina, busulfan, mitomicina, etopósido, tenipósido, los alcaloides de vinca, 5-fluorouracilo, citarabina, amsacrina, asparinasas, treotonina, pentostatina, así como como los anticuerpos monoclonales pueden también ocasionar lesión a nivel cardiovascular (7).

Las enfermedades cardiovasculares y los factores de riesgos son prevalentes en los supervivientes de cáncer (8). El mejor tratamiento de la cardiotoxicidad por quimioterapia es la prevención, para ello es importante conocer previamente los factores de

riesgo o comorbilidades del paciente que pueden aumentar la probabilidad de cardiotoxicidad (8,9).

La ecuación de Framingham nos permite calcular la probabilidad de sufrir un episodio cardiovascular isquémico en un determinado periodo, generalmente 5 o 10 años (10). La Edad Vascolar (EV) de un sujeto es igual a la edad que tendría una persona con el mismo nivel de riesgo cardiovascular estimado, pero con todos los factores de riesgo en niveles normales (11).

En nuestro estudio podemos concluir que a medida que aumenta la edad cronológica y vascular aumenta el riesgo de padecer una enfermedad cardíaca. Hemos encontrado diferencias significativas entre los diferentes tipos de cáncer y el riesgo cardiovascular. No hemos encontrado diferencias significativas entre personas hipertensas, fumadoras y diabéticas con las que no lo son.

Como líneas futuras de investigación y debido a las limitaciones de nuestro estudio, sería aconsejable realizar estudios prospectivos con mayor número de pacientes. Además se debería promover un control más exhaustivo en salud cardiovascular en aquellas personas que han estado en tratamiento con quimioterapia, debido a su prevalencia, y así poder actuar sobre ellas.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Instituto Nacional de Estadística 2014. Defunciones según la causa de muerte. Año 2012. Disponible en: [www.ine.es](http://www.ine.es)
2. Mondéjar Solís R, López-Trabada Ataz D, Escobar Álvarez Y. Chemotherapy toxicity: Review and data collection. *Revisión en Cancer* 2012;26(3):109-119
3. Kayl AE, Meyers CA. Side-effects of chemotherapy and quality of life in ovarian and breast cancer patients. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2006;18:24-8.
4. Plana JC. La quimioterapia y el corazón. *Rev Esp Cardiol.* 2011;64(5):409–415.
5. Estados Unidos: National Cancer Institute. Homepage on Internet. 2010. Disponible en: <http://www.cancer.gov/dictionary/>
6. Seidman A, Hudis C, Pierri MK, Shak S, Paton V, Ashby M, et al. Cardiac dysfunction in the trastuzumab clinical trials experience. *J Clin Oncol* 2002;20:1215-21.
7. Geiger S, Lange V, Suhl P, Heinemann V, Stemmler HJ. Anticancer therapy induced cardiotoxicity: review of the literature. *Anti Cancer Drugs* 2010;21(6):578-90.
8. Daher IN, Daigle TR, Bhatia N, Durand JB. The prevention of cardiovascular disease in cancer survivors. *Tex Heart Inst J.* 2012;39(2):190-8.
9. Huelves M, Motilla T, Salsamendi E, Blasco A, Jara E, Provencio M. Recomendaciones básicas para pacientes en relación a la toxicidad por quimioterapia. Madrid; 2010.
10. Kannel WB, McGee D, Gordon T. A general cardiovascular risk profile: the Framingham study. *Am J Cardiol* 1976;38:46-51.
11. D'Agostino RB, Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro JM, et al. General cardiovascular risk profile for use in primary care —The Framingham Heart Study. *Circulation.* 2008;117:743–53.

**AUTORES/AUTHORS:**

M<sup>º</sup> José Valdés Hernández, Camen María Polo Ruíz

**TÍTULO/TITLE:**

Estado nutricional de los pacientes oncológicos hospitalizados en la Unidad de oncología del Hospital Quirón Madrid

La desnutrición en el paciente oncológico es muy frecuente y constituye un problema médico importante con tendencia ascendente en los últimos años(1). A pesar del avance en los conocimientos de la enfermedad y nuevas formulas nutricionales continúa presentándose en nuestros pacientes; ya sea por ser considerado un tema menor al que no se le da la relevancia que se merece, como consecuencias del tipo de cáncer del cual se padece o por derivación de realización pruebas y/o tratamiento.

Las tasas estimadas de prevalencia de malnutrición, varían según ubicación del tumor, estado de la enfermedad, tipo de tratamiento aplicado, edad, sexo y factores individuales de riesgo; se estima que puede variar desde un 9% en los canceres urológicos hasta un 85% en los de páncreas, pasando por el 46% en los de pulmón(2).

El adelgazamiento es uno de los factores más videntes de la malnutrición de los pacientes con cáncer, lo cual supone una causa importante de morbilidad y mortalidad(3). La restricción alimentaria en pacientes que padecen de cáncer pancreático, al esófago, uterino, ovárico u otros que afectan la zona abdominal y que obligan a mantener una dieta blanda, son los que manifiestan prevalencia máxima de adelgazamiento. Durante el transcurso de la enfermedad puede ocurrir un adelgazamiento superior al 10% del peso corporal pre-morbido hasta en un 45% de los pacientes afectados (1)

El objetivo general de este estudio es determinar el estado nutricional de los pacientes oncológicos ingresados en la unidad de Oncología Médica, del Hospital Universitario Quirón Madrid, entre los meses de marzo y abril del año 2013, Determinar el estado nutricional según edad y sexo, Determinar inferencia del diagnóstico sobre el estado nutricional, Identificar los pacientes que necesitan soporte nutricional.

**Metodología:**

Estudio de tipo descriptivo de corte transversal, con una duración dos meses, con la participación de 43 pacientes ingresados a la unidad de hospitalización de Oncología del Hospital Universitario Quirón Madrid, se incluyeron en este estudio todos los pacientes ingresados por mas de 24 horas en hospitalización excluyendo pacientes embarazadas, menores de 18 años y pacientes en condición de pre-exitus.

Durante la hospitalización, se hizo entrega al paciente el Test de Valoración Global Subjetiva Generada por el Paciente (VGS-GP), con las modificaciones introducidas por la Sociedad Española de Nutrición Básica y Aplicada (SENBA).

La Valoración Global Subjetiva (VGS) impulsada en los años 80 por Detsky desde el Hospital General de Toronto, evalúa el estado nutricional mediante un análisis de la historia clínica y la exploración física del paciente. La VGS es una herramienta de fácil y rápida aplicación, reproducible y de bajo coste;

que aun siendo subjetiva tiene un alto grado de especificidad y sensibilidad. La versión inicial ha sido modificada posteriormente por otros autores, con la finalidad de simplificar el método, cuantificarlo o adaptarlo a una patología concreta, como es el caso del paciente con cáncer. La modificación realizada por Ottery en el Fox Chase Cancer Center dio lugar a la VGS-GP. La VGS- GP introduce información adicional sobre síntomas característicos del paciente oncológico que influyen en la pérdida de peso. Este sistema de valoración ha sido aceptado y recomendado por diversas sociedades de oncología y nutrición, como la American Dietetic Assotiation en su documento The Clinical Guide to Oncology Nutrition y en nuestro país, con algunas modificaciones, por la SENBA en el documento Intervención Nutricional en el Paciente Oncológico Adulto. (4)

**Resultados:**

En la valoración nutricional subjetiva dio como resultado que el 46,5% de los encuestados está fuera de riesgo de déficit nutricional, el 37,2% presenta una desnutrición severa y el 16,3% presenta un déficit intermedio.

1. El estado nutricional según la VGS relacionado con la edad, muestra que los pacientes que se encuentran en el rango de edad 51-60 años presentan malnutrición moderada, también podemos observar que los pacientes que se encuentran 61-70 años presentan buen estado nutricional, al contrario los pacientes que están en los extremos etarios.
2. Estado nutricional según sexo dio como resultado que el 48% de los hombres presentan buen estado nutricional, el 26% se consideran con malnutrición moderada y el 26% en categoría malnutrición grave. Respecto a las mujeres analizadas en categoría de buen estado nutricional se encuentra el 35%, en categoría malnutrición moderada el 15% y en categoría malnutrición grave el 50%.
3. La inferencia del diagnóstico oncológico en la VGS-GP, siendo las neoplasias digestivas las que tienen mayor representación con un 11,6%, seguido por el cáncer de mama en un 7%, Y la de menor grado es el melanoma con un 2,1%.
4. Los resultados de la valoración cuantitativa del estado nutricional de los pacientes encuestados muestra que el 23,3% de los pacientes se encuentran en la categoría que recomienda la intervención de un especialista, el 76,6% precisa de una intervención crítica.

#### Discusión:

En la práctica clínica, el objetivo fundamental de la valoración nutricional es identificar a pacientes con malnutrición o con riesgo aumentado de déficit nutricional, relacionado con su propia enfermedad o con los tratamientos aplicados; tales como la cirugía, radioterapia, o la quimioterapia, que se beneficiarían con un adecuado abordaje nutricional.

Por lo tanto, la valoración nutricional inicial ayuda a discriminar que pacientes requieren una actuación nutricional y permite una adecuada monitorización del estado nutricional durante el tratamiento, incluso una vez finalizado el mismo

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1 Comisión Europea de la Unión Europea. "Salud Pública". [http://ec.europa.eu/health/major\\_chronic\\_diseases/indicators/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/indicators/index_en.htm). Accesado: 1 junio 2012.
- 2 Stratton y cols., 2003. En: Meyenfeld.M. "Mal nutrición asociada al cáncer". *European Journal of oncology Nursing* (2005) 9 (suplement), S3-S6.
- 3 Andreyev y Vols. En: Meyenfeld.M. Mal nutrición asociada al cancer. *European Journal of oncology Nursing* (2005) 9 (suplement), S3-S6.
- 4 Gómez Candela C, coordinador. "Pacientes Neoplásicos Adultos en Intervención Nutricional en el Paciente Oncológico Adulto". Barcelona: Glosa S.L; 2003: 35-43.
- 5 Cerezo L.. Diagnóstico del estado nutricional y su impacto en el tratamiento del cáncer. *Oncología (Barc.)* [revista en la Internet]. 2005 Mar [citado 2012 Jun 13]; 28(3): 23-28. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0378-48352005000300004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300004&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S0378-48352005000300004>.

**Mesa de Comunicaciones 3: Promoción de la salud / Envejecimiento****Concurrent Session 3: Health Promotion / Aging****AUTORES/AUTHORS:**

JOAN MARIA ESTRADA MASLLORENS, SANDRA CABRERA JAIME, JORDI GALIMANY MASCLANS, RAUL SANCHO AGREDANO, MERITXELL CONSTANTÍ BALASCH, TERESA LLUCH CANUT, J. ANTONIO AMADOR CAMPOS, ENRIQUETA FORCE SANMARTÍN

**TÍTULO/TITLE:**

Formación postgraduada en enfermería: motivación, satisfacción e impacto profesional.

Objetivos: 1) analizar la evolución de la oferta formativa postgraduada en enfermería en las universidades de Cataluña durante el período académico 1989-1990 a 2009-2010; 2) analizar la evolución de la demanda postgraduada en enfermería en las universidades de Cataluña durante el período académico 1989-1990 a 2009-2010; 3) evaluar las motivaciones formativas de las alumnas que cursan formación postgraduada en enfermería en las universidades catalanas durante el período académico 1989-1990 a 2009-2010; 4) evaluar el grado de satisfacción de las alumnas que cursaron formación postgraduada en enfermería en las universidades catalanas durante el período académico 1989-1990 a 2009-2010, y 5) evaluar la opinión de las profesionales acerca del impacto laboral de la formación postgraduada en enfermería cursada en Cataluña durante el período académico 1989-1990 a 2009-2010.

Hipótesis: 1) La oferta formativa guarda relación con el despliegue de escuelas universitarias según provincias; 2) el acceso al ámbito laboral mediante convocatorias públicas o baremos institucionales puede ser una de las motivaciones principales para la elección de formación postgraduada por las alumnas diplomadas; 3) la satisfacción de los conocimientos adquiridos puede estar influenciada por la motivación previa de la alumna en su elección de formación; 4) el grado de satisfacción con la capacitación adquirida en la formación postgraduada puede verse influenciado por la edad y ámbito de trabajo de la alumna, y 5) la opinión acerca del reconocimiento de la formación cursada es bajo por parte de las instituciones del sistema de salud.

Metodología: Estudio observacional descriptivo longitudinal y retrospectivo, mediante uso de técnicas mixtas de recogida de datos: las técnicas para la recogida de datos fueron la revisión documental y el trabajo de campo exploratorio mediante encuesta ad hoc on-line con 44 ítems, en dos rondas, de noviembre a julio de 2010 y de septiembre de 2011 a marzo de 2012. Población diana de 46.296 enfermeras censadas por los colegios oficiales de enfermería catalanes.

La muestra estimada fue de 941 profesionales (IC: 95%; p = q: 50%; d: 3%). La muestra final fue de 1.235 enfermeras, siendo la edad media de 36,2 (s: 9,5) años, con una experiencia laboral media de 13,1 (s: 9,3) años. Las variables de estudio fueron: evolución de la oferta formativa académica (tipo de escuela universitaria que oferta la actividad formativa, año de oferta de la actividad formativa, número de cursos totales ofertados por actividad formativa, temario y ámbitos formativos), motivación para la elección de la formación cursada, grado de capacitación percibida con la formación cursada, criterios de selección del centro formativo, grado de satisfacción con la formación realizada, impacto laboral de la formación finalizada, reconocimiento institucional y necesidades formativas percibidas como no ofertadas por las instituciones universitarias, así como características sociodemográficas y laborales de las participantes.

Resultados: La evolución de la oferta formativa postgraduada a lo largo del período estudiado indica cómo la oferta de postgrados se ha ido incrementando desde las 34 ediciones (número de veces que se ofertan los cursos) del trienio 1989-1991 hasta alcanzar su máximo en el trienio 2001-2003, con 205 ediciones, para descender en los dos trienios siguientes, 2004-2006 y 2007-2009. La oferta de másteres, durante el trienio 1989-1991 al 1992-1994, pasa de 3 a 12 ediciones, para ascender lentamente durante el período 1995-2003, en el que se pasó de 12 a 18 ediciones en ocho años. En el trienio 2004-2006 la oferta experimenta una fuerte aceleración hasta alcanzar las 36 ediciones, y en el trienio 2007-2009, las 53 ediciones. La Universidad de Barcelona es la máxima proveedora de formación postgraduada.

El 95,6% (1.181) de las profesionales realizó formación postgraduada, y el 88,4% (691) de la muestra, la realizó durante un año académico, en el primer curso. Al analizar la elección formativa según las características de las profesionales, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos tipos de universidad en los que se realizó el primer curso de formación, según la edad. En el último curso, en las alumnas menores de 25 años existe una proporción superior que escoge una universidad pública frente al tramo de edad comprendido entre los 31-40 años, en cuyo caso la proporción de las alumnas que optan por una universidad pública es inferior.

El ámbito profesional de trabajo de las alumnas guarda relación con la elección del tipo de universidad en el caso del primer curso realizado. Las profesionales del ámbito de primaria han realizado su formación en mayor proporción en una universidad pública (19,8%) frente a la privada (4,3%), y respecto al sector hospitalario, un 52,4% de formación pública frente a 18,3% de privada. Los principales motivos para la elección de la oferta formativa son la ampliación de los conocimientos en nuevas áreas profesionales o la ampliación de conocimientos en su misma área de desarrollo laboral, en un porcentaje del 33 al 36% de la muestra. Los motivos menos frecuentes han sido la obtención de créditos para su posterior reconocimiento en la carrera profesional (2%) o la posible adquisición de puntuación para futuras convocatorias laborales u oposiciones (5-6%). El motivo de elección de la formación según ámbito profesional muestra asociación estadísticamente significativa en el caso del primer curso realizado ( $X^2 = 28,048$ ;  $p = 0,005$ ), pero no en el último ( $X^2 = 17,673$ ;  $p = 0,126$ ). Las profesionales pertenecientes al ámbito público presentan una motivación superior por adquirir puntuaciones para futuras convocatorias laborales u oposiciones frente al resto de ámbitos, en el primer curso de postgrado que realizaron.

Las alumnas puntuaron con una media de 7,3 (s: 1,6) la satisfacción con los conocimientos adquiridos en el primer curso y con una media de 7,5 (s: 1,7) el último, rango entre 0 y 10. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la satisfacción con los conocimientos adquiridos y el número de años académicos de la formación cursada. Aquellas alumnas que escogieron la formación para poder adquirir puntuación en futuras convocatorias laborales u oposiciones se sintieron menos satisfechas con los conocimientos adquiridos en sus cursos respecto a las que buscaban ampliar conocimientos ( $F = 3,947$ ;  $p < 0,001$ ).

La satisfacción general de las alumnas con la oferta formativa evaluada indicó que la percepción de adecuación de la oferta formativa fue de 6,3 (s: 2,2) para el primer curso y 6,7 (s: 2,0) para el último, rango entre 0 y 10.

Un alto porcentaje (del 45,1% al 52,3%) de las profesionales expresaron que la formación no tuvo una repercusión directa en el acceso a un puesto de trabajo.

La satisfacción media respecto a la capacitación adquirida es de 6,9 (s: 1,5; rango 1-10) para el primer curso de formación realizado y de 7,2 (s: 1,7; rango 0-10) para el último curso realizado [ $p = 0,000$ ]. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el ámbito profesional de la alumna y la percepción de capacitación de la formación cursada.

El grado de reconocimiento institucional que reciben las profesionales en sus centros de trabajo es bajo, tanto para el primer curso de formación ( $4,4 \pm 3,2$ ) como para el último ( $4,6 \pm 3,2$ ). Prácticamente la mitad de las profesionales expresan no haber tenido ningún tipo de reconocimiento institucional.

Discusión: La oferta formativa guarda relación con el despliegue de escuelas universitarias según provincias. La provincia de Barcelona es la máxima proveedora. En términos generales, las características sociodemográficas y el ámbito laboral de las profesionales no mostraron ser factores determinantes en la motivación y la satisfacción con la formación realizada. La motivación principal de las profesionales en la elección formativa postgraduada se fundamenta en la ampliación de conocimientos en nuevas áreas profesionales o en las de desarrollo laboral o práctica clínica actuales. La satisfacción con los conocimientos adquiridos está influenciada por la motivación previa de la alumna en su elección formativa. El grado de satisfacción con la capacitación adquirida en la formación postgraduada se encuentra relacionado con la motivación en la elección y la escuela de realización, no con características sociodemográficas o ámbito laboral. La percepción del reconocimiento de la formación cursada por las instituciones del sistema de salud es bajo.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Zabalegui A, Cabrera E. New nursing education structure in Spain. *Nurse Educ Today*. 2009 Jul;29(5):500-4.

Lora-López P. Reflexiones sobre el grado y postgrado de enfermería: la investigación en enfermería. *Index Enferm*. 2008;17(2):85-6.

- Siles González J, Ruiz MCS. The convergence process in European Higher Education and its historical cultural impact on Spanish clinical nursing training. *Nurse Educ Today*. 2012;32(8):887-91.
- Betlehem J, Kukla A, Deutsch K, Marton-Simora J, Nagy G. The changing face of European healthcare education: the Hungarian experience. *Nurse Educ Today*. 2009;29(2):240-5.
- Öhlén J, Furåker C, Jakobsson E, Bergh I, Hermansson E. Impact of the Bologna process in Bachelor nursing programmes: the Swedish case. *Nurse Educ Today* 2011; 31(2):122-8.
- Davies R. The Bologna process: the quiet revolution in nursing higher education. *Nurse Educ Today*. 2008;28(8):935-42.
- German Millberg L, Berg L, Lindstrom I, Petzall K, Ohlen J. Tensions related to implementation of postgraduate degree projects in specialist nursing education. *Nurse Educ Today*. 2011 Apr;31(3):283-8.
- Drennan J. Critical thinking as an outcome of a master's degree in nursing programme. *J Adv Nurs*. 2010 Feb;66(2):422-31.
- López de Lis C, Martínez Mora M, Cruzado García MD. Formación continuada en enfermería. ¿Qué opinan los profesionales? *Rev Paraninfo Digital*. 2008(3). [citado: 4 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p118.p118.phpa>
- Romero-Nieva Lozano. Actualidad de la formación continuada en enfermería. *Rev. ROL Enferm*. 2005;28(7-8):512-8.
- Barquero González A, Carrasco Acosta M, Fera Lorenzo D, León López R, Márquez Garrido M, Arenas Fernández J, et al. El reto de la formación continuada en enfermería. *Metas Enferm*. 2000;(30):44-7.
- Cleary M, Horsfall J, Jackson D, Muthulakshmi P, Hunt GE. Recent graduate nurse views of nursing, work and leadership. *J Clin Nurs*. 2013 Oct;22(19-20):2904-11.
- Rush KL, Adamack M, Gordon J, Janke R, Ghement IR. Orientation and transition programme component predictors of new graduate workplace integration. *J Nurs Manag*. 2013 Jul;5.
- Theisen JL, Sandau KE. Competency of new graduate nurses: a review of their weaknesses and strategies for success. *J Contin Educ Nurs*. 2013 Sep;44(9):406-14.
- Pelletier D, Donoghue J, Duffield C. Australian nurses' perception of the impact of their postgraduate studies on their patient care activities. *Nurse Educ Today*. 2003 Aug;23(6):434-42.

**AUTORES/AUTHORS:**

SANDRA CABRERA JAIME, ISABEL M<sup>a</sup> ANDRÉS MARTINEZ, FRANCISCO QUILEZ CASTILLO, JOSEFINA DIVINS RIBERA, JUANA LINARES PEREZ, ASSUMPTA RUIZ CONSEGAL, NÚRIA MARTÍ CARRASCO

**TÍTULO/TITLE:**

Grado de implementación y satisfacción del aplicativo Gacela Care® en el HUGTIP 2007-2014

**Objetivos:** Evaluar el grado de implementación del aplicativo informático “Gacela Care®” en el desarrollo de los cuidados enfermeros en el Hospital Universitario Germans Trias i Pujol (HUGTIP). Analizar si existen diferencias de actitud en el uso de sistemas informáticos, la calidad, utilidad percibida y satisfacción de los profesionales de enfermería, según inicio de la implementación o estado actual.

**Material y método:** Estudio descriptivo longitudinal prospectivo desarrollado en el HUGTIP durante 2007-2014. Un total de 1087 profesionales (721 enfermeras, 16 comadronas y 350 auxiliares); muestra estimada de 285 participantes (IC: 95%; q:5%). Muestreo no probabilístico accidental, basados en criterios de presencia durante el periodo de reparto de las encuestas y voluntariedad de los participantes. Variables principales: grado de implementación del aplicativo: actitud frente a los sistemas informáticos y Gacela Care®, calidad, utilidad, uso y satisfacción percibidas del Gacela Care®. Variables secundarias: sociodemográficas, laborales y ofimáticas.

Recogida de datos prospectiva mediante dos cortes transversales: reciente implementación en febrero-marzo de 2007, y marzo de 2014. Se confeccionó un cuestionario ad hoc de 66 preguntas cerradas con ponderación escala de likert o numérica (0-10), clasificadas según variables de estudio. Pilotado con de 10 profesionales expertos en modelos de cuidado. La distribución de las encuestas fue mediante los responsables de las unidades del centro, los profesionales depositaron ésta en un sobre cerrado en una gradilla del control de enfermería.

**Resultados:** Muestra final de 640 cuestionarios, 331 periodo 2007 y 309 en 2014. El 57,9% (370) han sido enfermeras y 42,1% (269) auxiliares de enfermería, con una edad media global de  $39,1 \pm 10,2$  (rango 19-64) años y experiencia profesional de  $14,7 \pm 8,9$  (rango 1-43) años. Según periodo 2007 y 2014 los profesionales opinan estar de acuerdo o totalmente de acuerdo que: “la experiencia con “Gacela Care® es positiva” un 43,1 (142) frente a 60,3 (182) ( $p < 0,001$ ); “Gacela Care® se adapta perfectamente al trabajo de enfermería” un 22,1% (73) frente a 44,7% (135) ( $p < 0,001$ ); “Gacela Care® permite mejorar la calidad de los cuidados de enfermería proporcionados a los pacientes” un 25,3% (83) frente a 42% (125) ( $p < 0,001$ ); “Considera Globalmente Gacela Care® un sistema útil” un 39,2% (124) frente a 61% (175) ( $p < 0,001$ ). La satisfacción global ha pasado del  $5,3 \pm 2$  a  $6,5 \pm 1,7$  ( $p < 0,001$ ).

**Discusión:** Tras 7 años de implementación todas las categorías presentan un incremento favorable en las puntuaciones sobre el proceso de informatización de los cuidados, con una vivencia positiva en todos los aspectos evaluados. Con los datos obtenidos, actualmente se trabaja en el proceso de evaluación mediante técnica mixta de las dificultades de los profesionales en la personalización de los planes de cuidados y proceso de mejora de la calidad de la cumplimentación de los registros.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Bakken S. Currie L, Lee NJ, Dan Roberts W, Collins S, Cimino J. Integrating evidence into clinical information systems for nursing decision support. *International Journal of Medical Informatics*. 2008;77:413-420 Chan MF. A cluster analysis to investigating nurses' knowledge, attitudes, and skills regarding the clinical management system. *Comput Inform Nurs*. 2007 Jan-Feb;25 (1):45-5 Cindy M.



- Commentary on Darbyshire P(2004) "Rage against the machine?: nurses' and midwives' experiences of using computerized patient information systems for clinical information". *Journal of Clinical Nursing*. 2008 13 17-25
- Currell R, Urquhart C. Nursing record systems: effects on nursing practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(3):CD002099. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(1):CD002099. PMID: 12917920
- DeLone, W., y McLean, E: "The DeLone and McLean Model of Information Systems Success: A Ten-year Update," *Journal of Management Information Systems*. 2003;19 (4): 9-30
- Despont-Gros C, Mueller H, Lovis C. Evaluating user interactions with clinical information systems: A model based on human-computer interaction models. *Journal of Biomedical Informatics* 38. 2005: 244-255.
- García A, Feal D, Miralles C, Barcia M A, Goiriz D Evaluación del aplicativo informático GACELA por el personal sanitario de una unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Científica*. Madrid. 2005: 276 -277
- González Sánchez JA, et al. Registros de enfermería: convencional frente a informatizado. *Unidad de cuidados críticos*. *Enfermería Intensiva* 2004;15(2):53-62
- Juvé-Udina ME. Conferencia:Proyecto COM-VA de Definición y Evaluación de competencias enfermeras II. Jornadas de la Sociedad Científica Española de Licenciados en Enfermería. (Consultado 04.03.2013)  
Disponible:[http://www.scele.org/web\\_scele/archivos/eulalia\\_juve.pdf](http://www.scele.org/web_scele/archivos/eulalia_juve.pdf)
- Juvé-Udina ME., Farrero-Muñoz S., Matud Calvo C, Rius Ferrus LI, Monterde Prat D, Cruz-Llaüna R, Artigas-Lage M. Pesos competenciales asociados a las diferentes áreas de cuidados en el ámbito hospitalario. *Nursing-Ed esp*; 2009 27(07): 56-60.

**AUTORES/AUTHORS:**

ESTRELLA MARTÍNEZ SEGURA, GEMMA MARIA MARCH PALLARÉS, MAR LLEIXÀ FORTUÑO, GERARD MORA LÓPEZ, JORDI ADELL URRACA, ENCARNA BONFILL ACCENSI

**TÍTULO/TITLE:**

El Triage de Enfermería hospitalario básico para la detección de la cardiopatía isquémica en Urgencias

**OBJETIVOS:** Evaluar la adecuación del triage enfermero al paciente que acude al Servicio de Urgencias con dolor torácico no traumático. Evaluar el cumplimiento del protocolo de realización de ECG en el tiempo establecido.

**MÉTODO:** Creación de un grupo de Trabajo de Enfermería para valorar los resultados de la implantación del protocolo y la adecuación del triage realizado por Enfermería al paciente que atendemos en urgencias con dolor torácico no traumático. Así también definimos cual debe ser nuestro gold-estándar, estableciendo que ningún paciente que acude a Urgencias con dolor torácico debe tener un nivel de triage inferior a IV (menos urgente), ningún paciente que ingresa o se deriva debe tener un nivel de triage inferior a nivel III (urgente) y el tiempo de realización del ECG debe ser inferior a 15 minutos desde la hora de entrada al servicio. Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo de las historias de los pacientes que acuden a nuestro Servicio de Urgencias por dolor torácico, epigastralgia y síndrome coronario agudo en el periodo 1 julio de 2013 al 31 diciembre del mismo año. Revisamos sexo, edad, nivel de triage inicial, hora de entrada, hora de realización del ECG y destino final del paciente.

**RESULTADOS:** Se revisan 668 historias de pacientes con el diagnóstico final de síndrome coronario, dolor torácico no traumático y epigastralgia, de los cuales descartamos 2 por ser un paciente pediátrico y un paciente que ingresa por colangitis. Obtenemos una muestra de 666 pacientes, de éstos, son el 53.4% hombres y el 46.6% mujeres con un rango de edad de 33 a 90 años. Ingresan el 11.7% de pacientes al hospital y se derivan el 0,9% a otro centro de nivel superior, de los cuales revisamos el nivel de triaje que le asigna el enfermero/a, constantes de entrada, antecedentes de interés para evaluar el nivel de adecuación de triaje y la hora de realización del ECG. El tiempo medio de realización del ECG ha sido de 20 minutos y solo el 53.12% de los pacientes tienen el ECG realizado en el tiempo óptimo. Así también 6 pacientes no reúnen las características descritas por tener un nivel de triaje inferior al definido como estándar.

**CONCLUSIONES:** El enfermero/a que realiza triaje es en muchos casos el primer profesional que tiene contacto con el paciente que acude a Urgencias. Debe realizar el triaje, recepción, acogida y clasificación de forma rápida, en muchos momentos con alto nivel de tensión y aplicando en muchos casos técnicas de triaje avanzado, realizando una valoración del paciente efectiva y aplicando protocolos que establecen códigos de actuación al paciente que determinarán la evolución de éstos. Por tanto, debe ser una prioridad para los gestores, y organismos competentes tener una Enfermería de Triage y Urgencias con un nivel competencial mínimo y suficiente y una formación específica para garantizar la Seguridad y la calidad de la atención prestada.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Michael C. Kontos, James L. Tatum. Imaging in the Evaluation of the Patient with Suspected Acute Coronary Syndrome. *Cardiology Clinics*. Nov 2005. Vol. 23, Issue 4: 517-530

James McCord, Ezra A. Newer Imaging Methods for Triaging Patients Presenting to the Emergency Department with Chest Pain. *Amsterdam. Cardiology Clinics*. Nov 2005. Vol. 23, Issue 4: 541-548

Denise H. Daudelin, Harry P. Selker. Medical Error Prevention in ED Triage for ACS: Use of Cardiac Care Decision Support and Quality Improvement Feedback. *Cardiology Clinics*. Nov 2005. Vol. 23, Issue 4: 601-614

Purim-Shau-Tor YA, Rumano DV, Veloso J, Zethinger K. Emergency Department greeters reduce door-to-ECG time. *Crit Pathw Cardiol*. Dec. 2007. Vol.6 (4) 165-8.

Programa de ayuda al triaje (consultado el noviembre de 2013). Disponible en <http://www.triajeset.com>

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 (consultada el 10 febrer 13). Disponible en

<http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/recomendaciones/RECOMENDACION1.pdf>

6. Sánchez Bermejo R, Cortés Fadrique C, Rincón Fraile B, Fernández Centeno E, Peña Cueva S, De las Heras Castro E M., El triaje en urgencias en los hospitales españoles. *Emergencias*. 2013; 25: 66-70.

Álvarez Baza MC; Evaluación de la calidad en la actividad de triaje en un servicio de urgencias hospitalario. *Hygia* 2008; 68: 5-14.

**AUTORES/AUTHORS:**

Veronica Cruz Diaz, Marta Bagot Prats, M<sup>a</sup> Merce Cepeda Bautista, Miguel Angel Robles Sanchez, Aaron Castanera Duro, Joana Maria Rodrigo Gil, Carme Bertran Noguera, Dolors Juvinya Canals

**TÍTULO/TITLE:**

La calidad percibida por los pacientes un concepto asociado a la atención y la relación paciente-profesional

**Introducción:**

La calidad es el conjunto de características que satisfacen las necesidades del cliente (Juran y Gryna), y el concepto de calidad percibida se refiere a como el cliente considera la calidad del servicio, puede ser a nivel individual como colectivo.

Las normativas de calidad Organización Internacional Estandarizada (ISO 9000) junto con el modelo de calidad EFQM (adaptado de [www.efqm.org](http://www.efqm.org)), incluyen la gestión de la satisfacción del cliente y a la implicación de todas las áreas de la organización dirigidas a la superación continua.

Los ciudadanos que precisan de los sistemas sanitarios por un problema de salud agudo o crónico, en el propio proceso de salud-enfermedad, necesitan de una constante interacción con los profesionales de los servicios sanitarios. La comunicación efectiva como instrumento para establecer una buena relación profesional-paciente, es un factor que puede propiciar un clima de confianza y facilitar la participación del paciente en el trayecto del proceso.

**Objetivo:**

Determinar los factores que intervienen en la relación profesional-paciente respecto a la información transmitida durante el ingreso hospitalario.

**Métodos.**

Estudio descriptivo, transversal, realizado entre junio y noviembre de 2013, en un hospital de segundo nivel mediante un muestreo de conveniencia. Se empleó un cuestionario anónimo y auto-administrado. Participaron un total de 195 pacientes ingresados en diferentes unidades de hospitalización convencional, excluyendo el servicio de pediatría al ser menores de edad y el servicio de maternidad al requerir una estancia mínima superior a los 4 días. Se han estudiado variables sociodemográficas, de salud percibida, de relación profesional-paciente y las relacionadas con la información sobre la propia enfermedad.

**Resultados:**

El 55,4% de los encuestados eran hombres. La edad media de la muestra es de 56,55 años (DS= 17,95). El 60,2% están casados/as, el 14,1% viudos/as y el 34,9% jubilados/as. El 59,8% percibe tener un estado de salud excelente, bueno/muy bueno respecto al 40,2% que lo percibe regular o malo.

Respecto al feed-back entre paciente y profesionales el 86,8% establece una relación de confianza con su médico ( $p=0,015$ ), el 82,9% considera que le dedica el tiempo necesario ( $p=0,037$ ) y el 91,7% percibe que se ha explicado con claridad ( $p=0,001$ ). El 73,8% de los pacientes considera que el profesional de enfermería le aconseja como prevenir las enfermedades y los accidentes correctamente ( $p=0,015$ ), el 89,4% considera que se explica y le informa adecuadamente ( $p=0,048$ ) y el 93,2% verbaliza que el profesional de enfermería se ha identificado ( $p=0,008$ ). Al comparar si los pacientes han recibido suficiente información, el resultado es que el 86,5% presenta un grado de información correcto, un 59,5% ha recibido información total o parcial sobre los factores de riesgo, el 79,3% conoce su diagnóstico, el 78,4% ha recibido indicaciones sobre el tratamiento, el 81,1% está informado sobre sus procedimientos asistenciales y el 56,7% percibe tener suficientes conocimientos sobre el manejo de su enfermedad, estas variables son estadísticamente significativas ( $p<0,05$ ). El 53,4% de los pacientes están totalmente de acuerdo con la atención recibida por los profesionales del centro.

Discusión. Los pacientes que perciben tener suficientes conocimientos para controlar su enfermedad son los que han recibido información respecto a su diagnóstico, tratamiento, seguimiento y procedimientos. Es necesario comprender cómo los pacientes

visualizan e interpretan su enfermedad para mejorar la aproximación paciente-profesional. La información que se proporciona debe darse en un clima de confianza y adaptarse a las necesidades de los pacientes. La comunicación efectiva se plantea como una herramienta útil para favorecer la relación profesional-paciente y mejorar la calidad asistencial.

Implicación en la práctica clínica:

La calidad percibida es un proceso dinámico en el que las organizaciones sanitarias han de establecer líneas de actuación dirigidas a las necesidades de los pacientes y familiares así como de la comunidad para mejorar de la calidad asistencial.

Es necesario realizar futuras investigaciones que permitan comparar los resultados de esta investigación y evaluar la mejora continua del proceso asistencial.

Los actuales sistemas sanitarios están comprometidos en ofrecer una atención de calidad y no solamente a ofrecer una cartera de servicios basados en la equidad y la eficiencia, sino que han de ser más competitivos y aportar nuevos valores dirigidos a la mejora de la asistencia sanitaria.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Bibliografía:

1. Cabrera-Arana Gustavo A, Bello-Parías León D, Londoño Pimienta Jaime L. Calidad percibida por Usuarios de Hospitales del programa de reestructuración de redes de servicios de salud de Colombia. Rev. salud pública,10(4):593-604,2008.
2. Mira J.J, Buil J.A, Aranaz J, Vitaller J, Lorenzo S, Ignacio E, Rodríguez-Marín J, Aguado H, Giménez A. ¿Qué opinan los pacientes de los hospitales públicos? Análisis de los niveles de calidad percibida en cinco hospitales. Gaceta Sanitaria 2000,14 (4):291-293.
3. García-Aparicio J, Herrero-Herrero J, Corral-Gudino L, Jorge-Sánchez R. Calidad percibida por los usuarios de un servicio de Medicina Interna tras 5 años de aplicación de una encuesta de satisfacción. Revista de calidad asistencial 2010, 25(2):97-105.
4. Boscarino JA. The public's perception of quality hospitals II: implications for patient surveys. Hospital & Health Services administration [1992,37(1):13-35].
5. Rubin HR. Can patients evaluate the quality of hospital care? medical care review [1990,47(3):267-326].

## Mesa de Comunicaciones 4: Promoción de la salud

### Concurrent Session 4: Health Promotion

#### AUTORES/AUTHORS:

ISABEL MORENO VILCHES, IRENE BALLESTERO QUINTO, ANTONIO JESUS NUÑEZ GUTIERREZ, SARA CIENFUEGOS MADROÑAL, CRISTINA PEDRINAZZI DE LA HOZ, ROCIO ARELLANO LOPEZ, RAQUEL MATEOS FERNÁNDEZ, ANA ARROYO NARANJO, M<sup>º</sup>DOLORES JIMENEZ MORENO

#### TÍTULO/TITLE:

CONOCIMIENTOS Y COMPORTAMIENTOS SEXUALES DE LOS ALUMNOS/AS DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Objetivo: Describir los comportamientos, las prácticas sexuales y los conocimientos en materia de planificación familiar del alumnado de la Universidad de Sevilla, describiendo las diferencias según los diferentes grupos de edad, el género y las áreas de conocimiento y definiendo la influencia de las creencias, las actitudes y la experiencia en este ámbito.

Método: Se trata de un estudio transversal descriptivo correlacional realizado durante los meses de febrero a abril con una muestra no probabilística de estudiantes matriculados en la Universidad de Sevilla durante el curso académico 2013-14 en el segundo ciclo de diferentes grados pertenecientes a las cinco ramas del conocimiento: Ciencias; Ciencias de la Salud; Ciencias Sociales y Jurídicas; Arte y Humanidades; Ingeniería y Arquitectura. Para la recogida de datos se diseñó un cuestionario "ad hoc" con una serie de preguntas relacionadas con conocimientos en materia de sexualidad y planificación familiar, prácticas sexuales, hábitos sexuales, uso de métodos anticonceptivos y variables sociodemográficas. Dicho cuestionario fue autocumplimentado de forma anónima y voluntaria por los estudiantes que acudieron a clase el día de la encuestación. Para el análisis de datos se ha empleado el SPSS v22 realizándose un análisis descriptivo de frecuencias en primer lugar con los estadísticos básicos. Además se llevaron a cabo contrastaciones empíricas en función de los grupos de edad, correlaciones bivariadas, comparación de proporciones mediante Ji Cuadrado, así como la prueba de ANOVA en variables con más de dos categorías.

Resultado: La muestra está constituida por un total de 556 participantes siendo el 47.3% (267) varones y el 52.6% (297) mujeres. La media de edad era 21.25+4.39 años. La representación femenina es mayor en la rama de ciencias de la salud (68.1%vs31.9%), seguida de ciencias sociales (67.3%vs32.7%), arte y humanidades (56.4%vs42.6%), mientras que las carreras de las áreas de Ciencias (46.7%vs53.3%) y Arquitectura e Ingeniería (24.8%vs75.2%) son predominantemente masculinas ( $p<0.001$ ). No existen diferencias significativas en la información en relación al género ( $p=0.112$ ). La mayor parte de los encuestados, el 39.3% (218) se considera católico no practicante, seguida del 35.7% (198) que afirma ser ateo, el 19.6% (109) católico practicante, el 3.1% agnóstico, el 1.3% musulmán y otras religiones suponen el 1.2% restante. Durante el curso académico el 55,7% (314) reside en el domicilio familiar, el 34.6% (195) en un piso compartido, el 4.1%(23) en residencia universitaria y el 0.2%(1) con algún familiar. El 77% pertenece a familiar nuclear. El 92.5% (508) se definen como heterosexuales.

El 65,3% (363) ha recibido información previa sobre sexualidad y planificación familiar, siendo en el instituto en el 88.7% (259), descriptivamente las mujeres han recibido más información que los hombres (70.1%vs60.1%) procediendo esta de sanitarios. Los de Ciencias Sociales y Jurídicas no recibieron información previa sobre sexualidad y planificación familiar (32.8%), seguidos de los de Ingeniería y Arquitectura resultando estadísticamente significativo con los de Ciencias de la Salud que sí que habían recibido ( $p<0.001$ ). El 60.1%(175) acudiría a amigos para resolver dudas. Los varones conocen menos sobre anticoncepción hormonal ( $p<0.001$ ), uso de preservativo para prevenir infecciones de transmisión sexual ( $p=0.01$ ) y de la necesidad de controles anuales de citologías en mujeres ( $p>0.001$ ).

En cuanto a parejas, el 55.1% (311) tiene actualmente una relación, los mayores de 25 tienen más parejas estables ( $p=0.003$ ), pero entre 20-25 son las más duraderas superando los dos años ( $p<0.001$ ). Las mujeres refieren más tener pareja estable que los hombres ( $p=0.013$ ) y relaciones más duraderas ( $p<0.001$ ). En cuanto al tipo de relación, en los menores de 20 lo más habitual son las caricias y besos sin llegar a la penetración mientras que pasando los 25 años todos han llegado al coito ( $p<0.001$ ). Los métodos más utilizados actualmente son el preservativo 64% (314); siendo a su vez el más utilizado en los menores de 20 años, seguido de anticoncepción hormonal 23.4%(115); que es la más usada en los mayores de 20 años ( $p<0.001$ ) y marcha atrás 8.1%(40).

La edad media a la que se tuvo la primera relación sexual fue 17.03+6.43 años. El 78,4% (395) fue con su novio/a y utilizaron método anticonceptivo el 86.9% (432) en el 90.6% (422) preservativo seguido de marcha atrás un 8.2% (38). No se identifican

diferencias entre los grupos en relación a la edad de inicio de relaciones sexuales y primeras experiencias sexuales ( $p=0.181$ ). La media de parejas sexuales en el último año es  $2.62+17.9$  siendo la media de relaciones sexuales 1-2 veces en semana en todas las áreas ( $p=0.09$ ) siendo las mujeres ( $p=0.03$ ) las más activas en cuanto a frecuencia. El alumnado de Arquitectura e Ingeniería son los que menos anticoncepción utilizaron en sus primeras relaciones sexuales ( $P=0.04$ ). Los de Ciencias de la Salud son los que menos usan la marcha atrás como método anticonceptivo ( $p=0.03$ ) y los que más los de Ingeniería y Arquitectura, sin embargo, el preservativo es usado en la misma proporción entre todas las ramas de conocimiento. No existen diferencias en cuanto a promiscuidad sexual entre las diferentes ramas ( $p=0.427$ ). Sin embargo, son más activas sexualmente teniendo relaciones sexuales más a menudo los de la rama de ciencias. Los hombres tuvieron su primera relación sexual con una desconocida mientras que las mujeres con su pareja habitual o novio ( $p>0.001$ ). Existen diferencias significativas entre mujeres y varones en el uso de método anticonceptivo en la primera relación sexual  $54.5\%$  vs  $45.2\%$  ( $p=0.014$ ).

No se observaron diferencias en la elección del método anticonceptivo ( $p=0.21$ ) ni en el número de parejas en el último año ( $p=0.76$ ). El  $6.7\%$  (36) nunca ha tenido relaciones sexuales. El  $57.2\%$ (315) ha tenido alguna vez relaciones bajo el efecto del alcohol, el  $74\%$ (408) nunca bajo el efecto de las drogas. Los varones sí admiten haber tenido relaciones en alguna ocasión bajo el efecto de drogas ( $30.4\%$ vs $69.6\%$ ,  $p<0.001$ ). Los de la rama de Ciencias de la Salud han tenido menos relaciones sexuales bajo el efecto de las drogas, mientras que los de Ingeniería y Arquitectura más ( $p<0.001$ ). Los de Ciencias de la Salud afirman que no siempre sus relaciones son satisfactorias, mientras que lo más satisfechos son los de ciencias ( $p=0.07$ ). En la primera relación sexual el  $54.5\%$  de las mujeres y el  $45.2\%$  de los hombres usaron preservativo ( $p=0.014$ ). El  $37,4\%$  (201) refiere que sus relaciones sexuales no siempre son satisfactorias. El  $9\%$  (45) se ha sentido alguna vez forzado a tener relaciones sexuales. El  $32.7\%$ (172) ha utilizado él o su pareja alguna vez la píldora postcoital. Las creencias más erróneas entre la comunidad universitaria es pensar que para tomar anticoncepción hormonal no se debe acudir a un centro sanitario, mantener relaciones sexuales durante la menstruación previene el embarazo, se desconoce que el preservativo es el único método que protege frente a infecciones de transmisión sexual (ITS) y que todas las mujeres sexualmente activas tienen que hacerse revisiones anuales, así como que las ITS son frecuentes en nuestra sociedad.

Discusión: Con este estudio hemos constatado que la edad, el género, la titulación y las creencias influyen en la asunción de conductas de riesgo en los jóvenes así como en la adquisición de conocimientos en materia de sexualidad y planificación familiar y que, a pesar de los avances en propuestas formativas, aún siguen teniendo lagunas de conocimientos en torno a la sexualidad responsable y la planificación familiar así como continúan adoptando conductas de riesgo sexuales.

Este estudio nos muestra que la media de edad de la primera relación sexual es  $17.03+6.43$  años, en cambio un estudio realizado en la Ciudad de México desvela que el promedio de edad de la primera relación sexual de los estudiantes es a los 14 años los hombres y a los 15 años las mujeres<sup>1</sup> y otro estudio de la ciudad de Córdoba<sup>2</sup> sitúa la media en los  $16'64$  años. Se observa que el  $65,3\%$  de los estudiantes ha recibido información previa sobre sexualidad y planificación familiar, siendo en el instituto en el  $88.7\%$ , un estudio realizado en la universidad autónoma de Coahuila informa que el  $70\%$  de los estudiantes encuestados había recibido educación sexual por parte de la familia:  $49\%$  de la madre,  $31\%$  del padre y  $10\%$  de hermanos mayores<sup>3</sup>. Este estudio nos revela que el  $57.2\%$  de los estudiantes encuestados ha tenido alguna vez relaciones bajo el efecto del alcohol, proporción mucho más elevada que la hallada en el estudio de Coahuila donde tan solo el  $18\%$  afirmaba esto<sup>3</sup>.

Observamos que las mujeres son más activas en cuanto a la frecuencia de sus relaciones sexuales, por el contrario un estudio realizado a jóvenes universitarios de Albacete afirma que los hombres son más promiscuos que las mujeres<sup>4</sup>. Tanto en este estudio como en el de Albacete<sup>4</sup> y el de Ciudad de México<sup>1</sup> el preservativo es el método anticonceptivo más usado. Un estudio realizado a jóvenes y adultos de diferentes facultades de la Pontificia Universidad Javeriana, Cali, sostiene; al igual que concluimos con este estudio, que las creencias y el nivel de estudios así como la formación recibida y los hábitos de vida juegan un papel fundamental en la sexualidad<sup>5</sup>. Vemos que las mujeres tienen su primera relación sexual con su pareja mientras que los hombres la tienen con una

persona desconocida, hecho que tiene relación con los datos hallados en un estudio de la Universidad de Chile que revelan que el factor principal que mueve a las mujeres para iniciarse en las relaciones sexuales es el amor mientras que en los hombres su primera vez surgió de forma espontánea<sup>6</sup>.

Para conseguir concienciar a los jóvenes de la importancia de tener relaciones sexuales de forma segura y responsable y así incrementar los hábitos sexuales saludables queda aún mucho por hacer. A pesar de tener acceso a toda tipo de información es necesario formar a los jóvenes en lo que a sexualidad y planificación familiar se refiere, siendo importante comenzar con esta tarea en el seno familiar haciendo del sexo un tema de conversación como otro cualquiera y siendo capaz de verlo como algo más en lo que los hijos deben ser educados evitando hacer de ello un tema tabú, pues esto no llevará a más que creencias erróneas y conductas inadecuadas. Es muy importante facilitar un entorno de comunicación abierta y fluida. Se deben afianzar todos estos conceptos mucho más en las escuelas e institutos y para ellos los profesionales enfermeros deben estar bien formados y saber transmitir los conocimientos de forma adecuada a los jóvenes. Sería también favorecedor acercar el ámbito sanitario a la formación adolescente y hacerles así ver que este es el foco de información más seguro y por tanto al que deben acudir en caso de cualquier duda o problema.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- (1) Fleiz-Bautista C, Villatoro-Velázquez J, Medina-Mora ME, Alcántar-Molinar EN, Navarro-Guzmán C, Blanco-Jaimes J. Conducta sexual en estudiantes de la Ciudad de México. *Salud Ment* [Internet]. 1999 [Consultado 14 septiembre 2014]; 22(4): 14-19. Disponible en: <http://hdl.handle.net/123456789/1786>
- (2) Gascón Jiménez JA, Heredia Quiciós J, Navarro Gochico B, Heredia Quiciós A. Comportamiento sexual de los escolares adolescentes en la ciudad de Córdoba. *Aten Primaria* [Internet]. 2003 [Consultado 14 septiembre 2014]; 32(6): 355-60. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656703792968>
- (3) Chávez M, Petrzelová J, Zapata J. Actitudes respecto a la sexualidad en estudiantes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología* [Internet]. 2009 [Consultado 14 septiembre 2014]; 14(1): 137-51. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29214110>
- (4) García Alcaraz F, Alfaro Espín A. Sexualidad y anticoncepción en jóvenes universitarios de Albacete. *Rev Enferm* [Internet]. 2001 [Consultado 14 septiembre 2014]; (14): 12-20. Disponible en: <http://ruidera.uclm.es:8080/xmlui/bitstream/handle/10578/378/2001-7.pdf?sequence=1>
- (5) Arrivillaga M, Salazaar IC, Correa D. Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colomb Med* [Internet]. 2003 [Consultado 14 septiembre 2014]; 34(4): 186-95. Disponible en: <https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/3464/1/rc03029.pdf>
- (6) Electra González A, Temístocles Molina G, Montero A, Vania Martínez N, Carolina Leyton M. Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario. *Rev Med Chile* [Internet]. 2007 [Consultado 14 septiembre 2014]; 135(10): 1261-9. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872007001000005&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007001000005&lng=es).  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007001000005>



**AUTORES/AUTHORS:**

MARTA LIMA SERRANO, JOSE ANTONIO ZAFRA AGEA, MARIA DOLORES GUERRA MARTIN, JOAQUIN S. LIMA RODRIGUEZ

**TÍTULO/TITLE:**

Factores de riesgo del consumo de tabaco y la intención de fumar en adolescentes de Andalucía y Cataluña.

**Objetivo:**

El consumo de tabaco tiene elevados costes en términos de enfermedad, sociales y económicos, provocando altas tasas de discapacidad y mortalidad. Según estudios previos, el 21% de adolescentes españoles consumió su primer cigarrillo a los 13 años o antes. Además, existe evidencia de que el consumo de tabaco en la adolescencia predice el consumo habitual posterior, apareciendo adicción en el 60-90% de los fumadores "ocasionales" (De Vries y Kok, 1986; De Vries et al, 2003; World Health Organization [WHO], 2009; Currie et al, 2012).

Uno de los modelos utilizados para explicar la adopción de este tipo de comportamiento es el modelo I-Change. Según este, el comportamiento está determinado por la motivación, y la intención de cambiar de comportamiento, que puede pasar por varias etapas: precontemplación, contemplación y preparación para la acción pero las barreras pueden reducir la oportunidad de trasladar la intención a la acción. Dicha intención puede variar desde la precontemplación de un cambio en el comportamiento a su contemplación muy rápidamente, incluso dentro de un mes. Así, el estado existente en un punto concreto en el tiempo, debería predecir el estado en una medida posterior. (Dijkstra, Roijackers y De Vries, 1998).

El Modelo I Change se ha desarrollado a partir de un modelo inicial (Modelo sobre Actitud-Influencia Social-Autoeficacia) y de la integración de varias teorías y modelos social-cognitivos, tales como la del Comportamiento Planificado, la Social-Cognitiva, el Modelo de Creencias en Salud, y el Modelo Trans-teórico (De Vries et al, 2003).

Se pretendió conocer la prevalencia de consumo de tabaco y de la intención de fumar en adolescentes y los factores relacionados, usando el Modelo I-Change.

**Método:** Estudio descriptivo transversal con una muestra de 487 estudiantes de primero y segundo de educación secundaria obligatoria (ESO) en Andalucía (N=357) y Cataluña (N=130), mediante encuesta online previamente validada. Recogía variables sociodemográficas (sexo, edad, estatus socioeconómico [ $a=0,65$ ], religión, relación de pareja, y funcionalidad familiar medida mediante el Apgar familiar [ $a=0,80$ ]), consumo de tabaco, intención de fumar, factores motivacionales: actitud frente al consumo ( $a=0,81$ ), norma social (si los demás opinan que debería o no debería fumar [ $a=0,85$ ]), modelo social (consumo observado en padres, madres, hermanos, amigos, pareja, etc., [ $a=0,77$ ]), presión social ( $a=0,83$ ), y autoeficacia o capacidad para rechazar el consumo de tabaco en distintas situaciones ( $a=0,97$ ). Se solicitó consentimiento informado. Apoyado en SPSS 22.0, se realizó un análisis descriptivo, bivariantes y de regresión logística binaria mediante el método de pasos sucesivos. Se midió el tamaño del efecto.

**Resultados:**

En Andalucía el 63% eran de segundo de ESO, y el 51,3% eran chicas. En Cataluña el 42,3% eran de segundo de ESO y el 49,2% eran chicas. El 78,4% en Andalucía y el 73,8% en Cataluña nunca habían fumado. El 59,7% en Andalucía y el 49,2% en Cataluña estaban seguros de que nunca empezaría a fumar. En las correlaciones bivariadas se encontraron relaciones significativa entre el mayor curso académico (factor de riesgo,  $p=0,009$ ), tener una relación de pareja (factor de riesgo,  $p=0,000$ ), la religión (factor de riesgo,  $p=0,003$ ), el estatus social (factor protector,  $p=0,003$ ) y funcionamiento familiar (factor protector,  $p=0,000$ ), y así como las dimensiones del modelo I-Change (actitudes [ $p=0,000$ ], modelo [ $p=0,000$ ], presión social [ $p=0,000$ ] y autoeficacia [ $p=0,000$ ]) con el consumo de tabaco, mientras que la intención se relacionó con las mismas variables (exceptuando el estatus social), pero además con la comunidad autónoma (a favor de Cataluña,  $p=0,026$ ), y el sexo (a favor de las mujeres,  $p=0,022$ ). Cuando se realizó el modelo de regresión con la variable consumo de tabaco como resultado, las predictoras que quedaron fueron: actitud, modelo social

y autoeficacia (( $X^2=80,50$ ,  $p=0,000$ ,  $R^2Cox$  y  $Snell=0,40$ ,  $R^2Nagelkerke=0,58$ ), mientras que para la variable intención, las predictoras que quedaron fueron: la comunidad autónoma, el sexo, la actitud, y la autoeficacia (( $X^2=68,55$ ,  $p=0,000$ ,  $R^2Cox$  y  $Snell=0,35$ ,  $R^2Nagelkerke=0,47$ ).

Discusión:

Se refleja un patrón de consumo de tabaco algo superior en Cataluña, y al encontrado en estudios previos, reflejando un inicio a edades tempranas. Según el estudio Health Behaviour in School Age Children, en el que participaron 36 países, el 24% de la población estudiada consumió su primer cigarrillo a los 13 años o antes. Respecto a la prevalencia de experimentación con el tabaco, mientras que el 6% de los participantes del grupo de 13 años afirmó haberlo consumido, este porcentaje se triplicó en el grupo de 15 años donde el 18% afirmó haber experimentado el consumo de tabaco. En España el 5% del grupo de 13 años de edad afirmó haber consumido alguna vez tabaco, pero el 19% de la población adolescente española ya había experimentado el consumo de tabaco a los 15 años de edad (Currie et al, 2012).

El modelo I-Change tuvo un importante valor predictivo tanto del consumo como de la intención de fumar, siendo las variables más importante la actitud hacia los efectos del consumo y la autoeficacia, es decir la capacidad para rechazarlo. Esto coincide con estudios previos que evaluaron el efecto de la actitud sobre el cambio de conductas (Lima-Serrano, Lima-Rodríguez, Sáez-Bueno y Cáceres, 2012]. De hecho, se ha estudiado que aquellos individuos que abusan de las drogas tienen unas expectativas diferentes a los no consumidores respecto a los probables efectos derivados de su empleo. Se ha concretado que tales diferencias actitudinales se asocian a varios factores: la manifestación de crisis de identidad, desajustes sociocomportamentales, y búsqueda de atención en el grupo de iguales, la insatisfacción hacia el ámbito académico y el absentismo escolar o la falta de apoyo y desestructuración familiar (Moral-Jiménez, Ovejero-Bernal y Sirvent, 2005).

Por otra parte, con respecto a la autoeficacia o capacidad de mantenerse como no-consumidor en situaciones que invitan a fumar, en las últimas décadas ha surgido una nueva línea de investigación dentro del estudio del consumo de sustancias, relacionada con algunos constructos de la Teoría Social Cognitiva. Según esta teoría se distinguen las "expectativas de acción–resultado" que se definen como las creencias individuales acerca que un determinado comportamiento conducirá a resultados específicos; y las "expectativas sobre la propia eficacia" que se definen como la convicción que tiene un sujeto sobre si podrá ejecutar satisfactoriamente un comportamiento dado en la búsqueda de un determinado resultado. Esto se relaciona (González, García-Señorán y González, 1996; Cassola, Pilatti, Alderete y Godoy, J, 2005).

En definitiva, se constata ya una importancia prevalencia en el consumo de tabaco y la intencionalidad de fumar a edades tempranas, así como factores de riesgo y protectores de dicho consumo. Conocer estos factores resulta fundamental para después intervenir sobre ellos. Se propone el diseño, implementación y evaluación de un programa basado en internet que prevenga el consumo de tabaco y contribuya a la investigación sobre buenas prácticas sanitarias.

### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Cassola, I., Pilatti, A., Alderete, A., Godoy, J.C. (2005). Conductas de riesgo, expectativas hacia el alcohol y consumo de alcohol en adolescentes de la ciudad de Córdoba. *Revista Evaluar*, 5, 38-54.
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., et al. (eds.) (2012). 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.
- De Vries, H. y Kok, G.J. (1986). From determinants of smoking behavior to the implications for a prevention programme. *Health Education Research*, 1(2), 85–94.
- De Vries, H., Mudde, A., Leijts, I., Charlton, A., Vartiainen, E., (...) Kremers, S. (2003). The European Smoking Prevention Framework Approach (ESFA): An Example of Integral Prevention. *Health Education Research*, 18(5), 611-626.
- Dijkstra, A., Roijackers, J. y De Vries, H. (1998). Smokers in four stages of readiness to change, *Addictive Behavior*, 23(3), 339–350.

- González, F., García-Señorán, M. M. y González, S. G. (1996). Consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 8(2), 257-267.
- Lima, M., Lima, S., Sáez, A. y Cáceres, B. (2013). Diseño y validación de escalas para medir la actitud adolescente hacia: sexualidad, sustancias adictivas y seguridad vial ¿se relacionan con los comportamientos? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 36(2), 204-15.
- Moral, M., Rodríguez, F., y Sirvent, F. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 16, 52-58.
- WHO (2009). WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments. Geneva, World Health Organization.

**AUTORES/AUTHORS:**

Ana Pariente Rodrigo, Irene Palomares Muñoz, Encarnación Hernández Torres, Aurora Castro Correro

**TÍTULO/TITLE:**

El prospecto como fuente de información de los medicamentos desde la consulta de enfermería de Atención Primaria.

**Objetivos**

Conocer la utilización de los prospectos en la población que acude a consulta de enfermería de Atención Primaria (AP).

Conocer el grado de lectura de los prospectos.

Identificar las fuentes alternativas de información al prospecto que usan los pacientes.

Describir la relación entre características sociodemográficas y utilización del prospecto.

**Metodología**

Estudio descriptivo transversal sobre la población atendida en cuatro consultas de enfermería de AP de diferentes zonas (urbana, semiurbana y rural) pertenecientes al área de salud de Guadalajara y cuya población total es de 36.709 personas.

Población de estudio y tamaño muestral: para una proporción esperada de 50% en la utilización de los prospectos, con una precisión de 4,5%, con un nivel de confianza del 95% y ajustando para 10% de pérdidas se calcularon 520 pacientes.

Criterios de inclusión/exclusión: mayores de 14 años, sin capacidad cognitiva limitada y/o deteriorada, sin problemas sensorceptivos y que no sean cuidadores que acudan como tal.

Se recogen diferentes variables sociodemográficas (edad, sexo, ámbito geográfico y nacionalidad), así como el número de medicamentos que toma, utilización del prospecto, motivos por los que no lo lee, valor que se atribuye al mismo y uso de otras fuentes de información. Esto se realiza mediante un cuestionario ad hoc ya que actualmente no hay ningún cuestionario validado en castellano que recoja los objetivos de este estudio.

A todos los pacientes que acudían a la consulta de enfermería de AP y cumplían el criterio de inclusión se les explicó y describió el estudio que queríamos llevar a cabo y se les pidió participar en el mismo al finalizar la consulta. Aquellos que aceptaron fueron entrevistados.

Se realizó una prueba piloto con 10 usuarios por cada miembro del equipo investigador, que sirvió para unificar pautas en la recogida de datos.

Se llevó a cabo el cálculo de frecuencias, medias, o porcentajes según el tipo de variable, en base a un nivel de confianza del 95%. También se estudió la relación entre las variables socio-demográficas y nivel de lectura e influencia del prospecto en la toma de medicación mediante tablas de contingencia. Se utilizó el paquete estadístico para Windows SPSS 20.

**Resultados**

Se entrevista a 516 pacientes: 51,7% mujeres, edad media de 60,55 años, nacionalidad española y formación académica mayoritaria de estudios primarios (44%). Además, el 34,7% son pacientes polimedificados.

La distribución real de la muestra difiere de la teórica por razones de temporalidad (toma de muestra entre el 20/12/2013 y el 20/01/2014) que ha imposibilitado en algún caso recoger el número propuesto, optando por tener una distribución que nos permitiera conseguir el tamaño muestral teórico.

El 49% del total contestó que leía siempre los prospectos, el 21,5% a veces y el 29,5% que nunca los leía. Este hecho es independiente del médico prescriptor (médico de familia habitual o no, especialista o médico de urgencias) en casi el 90% de los casos.

Los principales motivos aducidos para no leer el prospecto, van desde las dificultades que plantea el prospecto en sí (incomprensión del lenguaje (n=14) y letra muy pequeña (n=23)), hasta no necesitar esa información (no es un medicamento nuevo (n=74) o no creerlo necesario (n=47)). Otros motivos son: no querer conocer los efectos adversos con un 42,3% (n=37) y que se los lee un familiar 31,8% (n=26).

Al analizar la relación entre las variables edad, sexo, nivel de estudios y ámbito geográfico con la lectura del prospecto podemos decir que no hay diferencias en cuanto al sexo. Sin embargo, conforme aumenta el nivel de estudios, también lo hace la lectura del prospecto ( $p < 0,05$ ).

Si tenemos en cuenta la edad, se observa que entre 30-44 años los pacientes leen más los prospectos llegando casi al 90% (n=62), en comparación con los mayores de 64 que lo leen en un 59% (n=143) ( $p < 0,05$ ). En este sentido, hay que tener en cuenta que en el rango de edad de 30-44 años se encuentran los pacientes con mayor nivel de estudios.

Según el ámbito geográfico, vemos que en el medio urbano y semiurbano la lectura del prospecto (incluyendo los que lo leen siempre y a veces) es similar al porcentaje total de la muestra (70,5%) e incluso superándolo en la población semiurbana (78,8%), mientras que en el medio rural no llega al 59% ( $p < 0,05$ ). Esto puede estar influido por el volumen de población urbana y semiurbana de la muestra, que son la gran parte de ésta.

Por otro lado, de los encuestados que afirman leer el prospecto son mayoría los que no lo leen en su totalidad (60,2%, n=219) siendo los apartados que más les interesan, los posibles efectos adversos (n=134, 61,5%) y cómo tomarlo (n=96, 43,8%).

Al 73,6% de los encuestados no les influye la lectura del prospecto. Además, esta influencia disminuye conforme aumenta la edad, de un 57,1% en menores de 29 años hasta un 16,9% en mayores de 64 años ( $p < 0,05$ ) y aumenta en el ámbito rural respecto al urbano (39,3% frente a 17,1%).

En cuanto al uso de otras fuentes de información, un 57,7% (n=218) refiere preguntar a un profesional sanitario exclusivamente, el 36,5% no utiliza ninguna fuente de información y un pequeño porcentaje (5,8%) además de preguntar al profesional sanitario acude a otras fuentes de información.

Entre los profesionales sanitarios consultados, el médico es el más habitual (61%) seguido del farmacéutico (49,1%) y la enfermera (23,9%).

Los menores de 29 años son los que menos preguntan a un profesional sanitario (30%) y cuando lo hacen es al médico o al farmacéutico pero no a la enfermera. En cambio, para el resto de rangos de edad la consulta a enfermería se sitúa entre el 21,4 y 24,7%.

De los que no preguntan a un profesional sanitario, un 60,9% (n=84) no consulta cuando tienen dudas con el contenido del prospecto.

Por otra parte, los pacientes que sólo utilizan fuentes alternativas, usan internet (n=35), seguido de amigos (n=5) y otras (familiares, libros..., n=15).

El 19,8 % de toda la muestra (102 de 516) usa internet para consultar sobre medicamentos y conforme aumenta la edad del paciente, este uso disminuye (relación significativamente estadística). En contraste, el 60% de los mayores de 64 años utilizan otras

fuentes como resolución de dudas, siendo el apoyo por los familiares la respuesta más recurrente con un 80%.

#### Discusión

La tasa de respuesta fue del 100%. Probablemente esto sea debido a que era su propia enfermera -también autora del trabajo- la que realizaba las preguntas (sesgo del entrevistador), siendo una de las limitaciones de este estudio.

Uno de los principales motivos por los que los pacientes no leen los prospectos son los efectos adversos. Sin embargo, para los que sí leen el prospecto es uno de los apartados más importantes. En el artículo de García Delgado et al., 2009, se expone que los efectos adversos están en el cuarto y último nivel de los criterios para el uso adecuado del medicamento. Por lo tanto se desprende que a pesar de que los efectos adversos son irrelevantes para el cumplimiento terapéutico, es un motivo de preocupación para los pacientes.

La influencia del prospecto a la hora de tomar o no la medicación es mayor en el ámbito rural que en el urbano ( $p < 0,05$ ). Pensamos que esta diferencia se puede explicar por el mejor acceso a la información en el ámbito urbano. Además, conforme aumenta la edad la influencia es menor. Esto se puede deber a la diferencia de nivel cultural entre los rangos de edad, ya que la gente más joven tiene mayor nivel de estudios y su grado de frecuentación a la consulta es menor.

El 47,1% de la muestra tiene más de 64 años, y de éstos el 23,9% pregunta a la enfermera si tiene dudas. Deberíamos aprovechar esta tesitura y comprobar tanto el conocimiento de la medicación como la adherencia a la misma en este rango de edad, teniendo especial atención a aquellos pacientes polimedcados. A pesar de esta cifra, consideramos que el porcentaje de pregunta a la enfermera, sigue siendo bajo en comparación con el resto de profesionales.

Cuanto más joven y mayor nivel de estudios tiene la población (sobre todo en la zona semiurbana), menos consulta a enfermería y más a internet. Conociendo esta situación, sería recomendable facilitar herramientas informáticas de calidad a los usuarios para que las consultas que realizan fueran de fuentes fiables dentro de la gran cantidad de páginas web y aplicaciones móviles existentes referentes a este tema.

Se debe tener en cuenta la brecha tecnológica que hay entre los diferentes rangos de edad y facilitar a cada uno el que le sea más adecuado.

La población asocia los medicamentos al médico y al farmacéutico, quedando la figura de la enfermera en segundo plano. Se pueden abrir varias líneas de investigación con respecto a este hecho. Puede ser que exista desinformación por parte de la población en los conocimientos y actividades que desarrolla una enfermera de AP, o quizá este grupo de profesionales considera que los medicamentos no forman parte de sus competencias, o tal vez por inseguridad, puesto que no hay una legislación clara que respalde a la profesión. También se podría pensar que con todas las actividades a desarrollar y la creciente carga de trabajo actual no permite ahondar en la educación farmacológica y se da por hecho que lo abordará otro profesional.

Pensamos que la prescripción enfermera mejorará la formación y la visibilidad de nuestro colectivo en este sentido.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

BADIA LLACH, Xavier; et al. "Información de medicamentos de prescripción: encuesta a la población general española". *Atención Primaria*. 2005, vol. 36, núm. 2, p. 93–99.

BARRIO-CANTALEJO, Inés María; et al. "Legibilidad gramatical de los prospectos de los medicamentos de más consumo y facturación en España". *Revista española de salud pública*. 2008, vol. 82, núm. 5, p. 559–566.

- BLANCAFORT ALIAS, Sergi; et al. Funciones y utilidad del prospecto del medicamento. Barcelona: Fundació Biblioteca Josep Laporte, 2006. 88 p. Dep. Legal: B-54.540-2006.
- BOLOGNA, Viviana. "Problemas relacionados con medicamentos (PRM): importancia de la información en envases, rótulos y prospectos". ANMAT. 2009, vol. 17, núm. 1, p. 1-8.
- CLAVEL ROJO, Araceli. "Conocimiento del paciente acerca de la medicación prescrita: influencia de las fuentes de información y legibilidad de los prospectos". Directora: M<sup>o</sup> Dolores Pérez Cárceles. Universidad de Murcia. Departamento de Ciencias Sociosanitarias, 2013.
- EDWARD, Erik; et al. "Evaluation of Knowledge and Medication Use in Patients in Rural Clinics". Disponible en URL: <http://ahcc.health.ufl.edu/chs/2003/Edwards.pdf>.
- ESCAMILLA FRESNADILLO, José Antonio; et al. "Motivos de incumplimiento terapéutico en pacientes mayores polimedicados, un estudio mediante grupos focales". Atención Primaria. 2008, vol. 40, núm. 2, p. 81-85.
- GARCÍA DELGADO, Pilar; et al. "Evaluation of Knowledge and Medication Use in Patients in Rural Clinics". Atención Primaria. 2009, vol. 41, núm. 12, p. 661-668.
- HAYNES, R. Brian. Interventions for enhancing medication adherence [en línea]. Cochrane Database of Systematic Reviews, 23 de abril de 2008, Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. [Consultado 26 de Febrero 2014]. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000011.pub3>
- JIMÉNEZ VILLA, Josep. "El conocimiento de los pacientes sobre su medicación es importante para su uso correcto". Atención Primaria. 2009, vol. 41, núm. 12, p. 668-669.
- MARCH CERDÁ, Joan Carles; et al. Mejora de la información sanitaria contenida en los prospectos de los medicamentos: expectativas de pacientes y de profesionales sanitarios". Atención primaria. 2010, vol. 42, núm. 1, p. 22-27.
- Ministerio de Industria, Energía y Turismo. Los ciudadanos ante la e-sanidad. 2012. Disponible en: [www.onstsi.red.es/onstsi/sites/default/files/p](http://www.onstsi.red.es/onstsi/sites/default/files/p)

**AUTORES/AUTHORS:**

SHEILA SANCHEZ GOMEZ, JOSE LUIS MEDINA MOYA, BEATRIZ MENDOZA PEREZ DE MENDIGUREN, ANA ISABEL UGARTE ARENA, MERCHE MARTINEZ DE ALBENIZ ARRIARAN

**TÍTULO/TITLE:**

¿Cómo devolver el poder del autocuidado a la población?

**OBJETIVO:** Explorar los procesos de aprendizaje en salud, orientados hacia la capacitación para el autocuidado, el empoderamiento y la promoción de vida saludable del colectivo "adulto-maduro".

**METODOLOGIA:** Se lleva a cabo una Investigación-Acción-Participativa. Los sujetos participantes son seleccionados bajo un muestreo teórico y son aquellos que se encuentran en una etapa vital "adulto-maduro" (65-75 años) y tres enfermeras con amplia experiencia en el desarrollo de intervenciones educativas. Los métodos para la generación de datos, son la observación participante donde se realizan grabaciones en video de las sesiones educativas y los grupos de discusión y reflexión sobre la acción con enfermeras y participantes. El trabajo de campo se centra en el desarrollo del programa educativo denominado "Cuidarte está en tus manos" que tiene lugar de forma paralela en dos pueblos de Álava, donde se intercalan sesiones de educación con encuentros de reflexión sobre la acción con las enfermeras. Para triangular los datos, se han realizado entrevistas en profundidad con 4 participantes. Se lleva a cabo un análisis del contenido y del discurso que finaliza con la emergencia de tres vectores cualitativos de análisis.

**RESULTADOS:** Los Marcos Previos de participantes y enfermeras, así como a los Discursos de éstas últimas, desvelan la racionalidad que da sentido por un lado a las prácticas de cuidado de los participantes, a su forma de entender la relación con los profesionales y por otro, a las prácticas educativas de las enfermeras. Marcos previos que perpetúan el rol de receptor pasivo de cuidados y desvelan una racionalidad técnica presente todavía en la práctica. Sin embargo, las claves educativas construidas desde una mirada del Aprendizaje Dialógico emergen como elementos que facilitan superar estos marcos previos limitantes, perpetuadores de relaciones de poder y dependencia y avanzar por lo tanto, hacia la devolución del poder del cuidado a la población y hacia una capacitación real en salud. Estas claves hacen referencia al desarrollo de una acción pedagógica centrada en lo emergente, al uso de la pregunta reflexiva, a sentar las bases de la igualdad de las diferencias y del ejercicio de la solidaridad en el grupo, a las acciones para el fomento del dialogo igualitario, y al ejercicio de empoderamiento sobre el cuidado cultural. Por último, el Aprendizaje Reflexivo puesto en marcha a través del ejercicio de reflexión en y sobre la acción, ha representado un elemento esencial para generar y avanzar en el conocimiento profesional.

**CONCLUSIONES:** El proceso IAP ha producido aprendizajes tanto en la población como en las enfermeras, donde hemos visto cómo la racionalidad práctica-reflexiva es la verdaderamente útil en el enfrentamiento con las situaciones complejas de la práctica y enseñanza del autocuidado. El aprendizaje reflexivo y las claves del aprendizaje dialógico, han facilitado transformar a los sujetos de la acción educativa cuestionando y reconstruyendo los marcos previos de los diferentes actores, devolviendo el poder del autocuidado a la población y transformando las relaciones de dependencia generadas y perpetuadas durante años por los profesionales de la salud.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Habermas J. Conocimiento e interés. Madrid (ES): Taurus; 1982.

Carr W, Kemmis S. Teoría crítica de la enseñanza. Barcelona (ES): Martínez Roca; 1998.



Medina J.L, Sandín M.P. La complejidad del cuidado y el cuidado de la complejidad: un tránsito pedagógico de los reduccionismos fragmentantes a las lógicas no lineales de la complejidad. *Texto Contexto Enferm.* Florianópolis. 2006; 15(2).

Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Eikasia. Revista de Filosofía.* 2007; (II) 8.

Peñaranda F, Torres JN, Bastida M, Escobar G, Arango A, Pérez FN. La praxis como fundamento de una educación para la salud alternativa: estudio de investigación-acción en el Programa de Crecimiento y Desarrollo en Medellín, Colombia. *Interface (Botucatu).* 2011; 15 (39).

Bastida M, Pérez FN, Torres JL, Escobar G, Arango A, Peñaranda F. El diálogo de saberes como posición humana frente al otro: referente ontológico y pedagógico en la educación para la salud. *Investigación y Educación en Enfermería.* 2009; 26(1): 104-111.

Medina J.L. Imágenes del otro. A propósito del sujeto destinatario de las prácticas de Educación para la Salud. Firma invitada *RIdEC.* 2012; 5 (2).

Guba E, Lincoln Y. Cap 6: Competing Paradigms in Qualitative Research. En Denzin N, Lincoln Y. *Handbook of Qualitative Research.* London (UK): Sage; 2000.

Glaser B, Strauss A. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research.* New York (US): Aldine Publishing Company; 1999.

Criado E. Del sentido como producción: Elementos para un análisis sociológico del discurso. En Latiesa, M. *El pluralismo metodológico en la investigación social.* Granda (ES): Universidad de Granada; 1991. P 187-212.

Comelles J. M. La utopía de la atención integral en salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria. *Revisiones en Salud Pública.* 1993; 3: 169-192.

Mejía M.R. La educación popular: hacia una pedagogía política del poder. *Aportes.* 1996; (46): 19-39.

Torres JN, Peñaranda F, Bastidas M, Escobar G, Pérez FN, Arango A, Rivas E. El educador como investigador de su práctica pedagógica; la importancia de la reflexión en la educación para la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública.* 2010; 28 (2): 161-268.

Benner P, Tanner C, Chesla C. *Expertise in nursing practice. Caring, clinical judgment and ethics.* New York (US): Springer, publishing Company; 2009.

**AUTORES/AUTHORS:**

Elena Pedraza Montero, Ana Crespo Alonso, Braulio Villar Tojeiro

**TÍTULO/TITLE:**

CUMPLIMIENTO DE LAS PAUTAS DE VACUNACION DE HEPATITIS A, B Y A+B EN VIAJEROS INTERNACIONALES

**Introducción**

El incremento de los viajes internacionales a países con elevada prevalencia de enfermedades prevenibles por vacunación hace recomendable que los viajeros consulten sobre medidas preventivas antes del inicio de su viaje. Los Centros de Vacunación Internacional (CVI), dependientes de los Servicios de Sanidad Exterior, están autorizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la certificación y administración de vacunas sujetas al Reglamento Sanitario Internacional.

El personal especializado de estos centros facilita consejo individualizado a cada viajero, según las recomendaciones de organismos internacionales y tras una cuidadosa valoración de los riesgos a los que puede estar expuesto. El cumplimiento de los consejos por parte de los viajeros contribuye a minimizar el riesgo de adquirir ciertas enfermedades durante el viaje (1).

La OMS recomienda asistir a los CVI con una antelación de cuatro a ocho semanas para poder realizar una vacunación efectiva, ya que algunas vacunas necesitan varias dosis para obtener una respuesta inmunológica adecuada. La vacunación de hepatitis no es de exigencia internacional, pero la hepatitis B (HB) sí se encuentra dentro de las vacunas de recomendación rutinaria, mientras que la hepatitis A (HA) es de uso selectivo en función de la posible exposición. El intervalo de tiempo que debe pasar entre una dosis y otra está establecido para cada vacuna. La pauta de vacunación estándar de HB y hepatitis A+B (HA+B) consta de tres dosis a administrar en un intervalo de 0-1-6 meses y la pauta de vacunación de HA consta de dos dosis a administrar en 0- 6/12 meses.

**Objetivos**

Determinar el cumplimiento de la pauta de vacunación de HA, HB y HA+B en relación al número de dosis administradas e intervalos de separación entre ellas según las recomendaciones de las fichas técnicas.

**Método****Diseño y lugar de realización**

Estudio descriptivo retrospectivo transversal entre los viajeros que acudieron al CVI de Vigo entre el 1 de junio de 2011 y el 30 de noviembre de 2013.

**Selección de sujetos**

Viajeros que acudieron entre el 1 de junio de 2011 y el 31 de mayo de 2012 al CVI de Vigo a consulta médica previa al viaje y se les prescribió alguna de las vacunas objeto de estudio. Se realizó un seguimiento de los viajeros durante el año y medio posterior a la 1ª dosis. Se excluyeron las pautas rápidas de vacunación.

**Variables**

1 Sociodemográficas: Edad (años), Sexo (Hombre/ Mujer).

2 Viaje: País de destino (se configuraron 6 zonas geográficas según la OMS (2)), Intervalo Consulta/viaje (días de antelación), Estancia (días) y Motivo de viaje.

3 Vacunales: Tipo de vacunas recomendadas y administradas (HA, HB, HA+B) e intervalo entre dosis (días).

### Recogida de información

La información se obtuvo de la ficha del viajero del CVI (basada en la publicada por el Ministerio de Sanidad en el libro "Viajes internacionales y salud") y del registro en el Sistema Informático de Sanidad Exterior (SISAEX-IV).

### Análisis

La información se recogió en Microsoft Excel y se realizó un análisis estadístico con SPSS. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de variables cuantitativas (media, mediana y desviación estándar) y variables cualitativas (frecuencias).

### Resultados

#### Perfil del viajero y del viaje

La muestra total fue de 1028 viajeros, siendo un 62,9% hombres, con una edad media de  $35,2 \pm 11,56$  años. Se categorizó la edad en los siguientes intervalos: <19 años (6,1%), 19-30 años (26,5%), 31-40 años (38,5%), 41-50 años (20%), y >51 años (8,9%). El principal motivo de viaje fue el turismo (45%) seguido del profesional (39,1%), el familiar o adopción (8,3%) y otros motivos (5,9%). Los viajeros por motivos laborales eran principalmente hombres (86,1%). Los viajeros por turismo tenían en su mayoría una edad comprendida entre 19 y 40 años (76,2%).

La región del mundo más visitada fue África (37,1%), seguida por América (28,5%) y Asia Sudoriental (23,2%). Los que viajaron por turismo se dirigieron principalmente a Asia (46%) y los trabajadores a África (52,5%).

La antelación con la que se hizo la consulta se sitúa en una mediana de 26 días ( $p_{25}=13$ ;  $p_{75}=46$ ). Los viajeros que acudieron con más tiempo a la consulta son los turistas (66,1%) y los que acudieron con menos tiempo son los trabajadores (67,2%). El 50% de los viajeros que vino con menos de 8 días de antelación a consultar preveían estancias superiores a 60 días.

La duración del viaje se situó en una mediana de 16 días ( $p_{25}=12$ ;  $p_{75}=60$ ) y se categorizó en los siguientes intervalos: <8 días (10,7%), 8-15 días (34,5%), 16-30 días (20,3%), 31-60 días (4,7%), 61-120 días (11,2%) y >120 días (10,8%). Las estancias menores de 8 días y mayores de 30 días tienen como motivo fundamental el trabajo (55,6% y 64,81%). Los viajes por turismo duran en su mayoría entre 8 y 15 días (55,4%).

#### Perfil vacunal

La prescripción de vacunas se distribuyó de la siguiente manera: HA (58,9%), HA+B (15,9%), HA y HB (13,7%) y HB (11,6%). Un 4,2% de los viajeros rechazaron vacunarse, de ellos el 72,1% eran hombres.

El mayor porcentaje de rechazo por vacuna se produjo en la HB (13,4%), seguido de HA y HB (5%), HA (2,6%) y HA+B (2,5%).

La HA se administró en su mayoría a viajeros con edades entre 19 y 40 años (71%). A los menores de 19 años (10,4%) sólo se les administró HA.

La HB se administró mayoritariamente a personas con edades entre 41 y 50 años (48,5%). La HB fue prácticamente administrada a hombres (94,2%) y a viajeros por motivos profesionales (82%).

La vacuna combinada de HA+B fue administrada en su mayoría a viajeros con edades entre 31 y 40 años (56%).

#### Cumplimiento de las pautas de vacunación

El total de prescripciones de vacunas iniciadas fue de 1117 de las cuales un 41,4% se completaron totalmente. Los resultados en cada vacuna son los siguientes:

##### HA

El porcentaje de cumplimiento fue de un 38,5%. La mayoría de los viajeros que completaron la pauta lo hicieron en el intervalo entre

176 y 365 días después (93,1%), vacunándose en su mayoría a los 186 días tras la 1ª dosis.

HB

El porcentaje de cumplimiento fue del 37,2%.

Para la 2ª dosis el porcentaje de cumplimiento fue del 55,7%. La mayoría de los viajeros que se vacunaron lo hicieron en el intervalo entre 24 y 45 días después (67,4%), siendo lo más frecuente a los 31 días tras la 1ª dosis.

Para la 3ª dosis (sin tener en cuenta a los viajeros que ya no cumplieron la 2ª dosis), el porcentaje de cumplimiento fue del 66,7%. La mayoría de los viajeros que se vacunaron lo hicieron en el intervalo entre 146 y 180 días después (59,1%), siendo lo más frecuente a los 170 días tras la 2ª dosis.

HA+B

El porcentaje de cumplimiento fue del 55%.

Para la 2ª dosis, el porcentaje de cumplimiento fue del 90,6%. La mayoría de los viajeros que se vacunaron lo hicieron en el intervalo entre 28 y 45 días después (84,8%), siendo lo más frecuente a los 31 días tras la 1ª dosis.

Para la 3ª dosis (sin tener en cuenta a los viajeros que ya no cumplieron la 2ª dosis), el porcentaje de cumplimiento fue del 60,7%. La mayoría de los viajeros que se vacunaron lo hicieron en el intervalo entre 146 y 180 días después (72,7%), siendo lo más frecuente a los 153 días tras la 2ª dosis.

#### Discusión e implicaciones para la práctica

El perfil del viajero y del viaje difiere con respecto de los estudios realizados en aeropuertos de España (3), o Australia (4). El porcentaje de hombres es mayor, al igual que el de viajeros con destino África por motivos laborales. Esto podría explicarse por el considerable número de trabajadores del mar que visita nuestro centro.

Los viajeros del estudio aceptan de forma mayoritaria la vacunación, lo que coincide con una buena aceptación y consideración general de la vacunación en nuestro entorno en donde un 90% de las personas calificaban las vacunas como efectivas (3). La elevada aceptación puede estar influida por la gratuidad y disponibilidad de las vacunas en nuestro CVI y la predisposición a vacunarse que puede tener un viajero que se informa y solicita consejo previo al viaje, ya que poco más de la mitad de los viajeros consultan a profesionales de la salud (3), porcentaje que disminuye hasta el 32% en el caso de Australia (4).

A pesar de la importancia que se le da a la vacunación hemos observado cumplimiento escaso (entre un 37,2% y 55%) de las pautas de vacunación. En las pautas de tres dosis, la clave parece estar en el cumplimiento de la 2ª dosis, ya que más del 60% de los viajeros que se administran esa dosis se administran también la 3ª. No existen muchos estudios que valoren el cumplimiento de las pautas vacunales completas en viajeros. En España, hay un estudio realizado en población general del año 2003 que arrojó cifras de cumplimiento bastante superiores a las del nuestro: 62,8% para HA, 59,2% para HB y 63,4% para HA+B (5). Otros estudios realizados en viajeros fuera de nuestras fronteras muestran unas cifras de cumplimiento de vacunación de entorno a un 16% para HA (6) y de un 19% para HB (7), cifras notablemente por debajo de las obtenidas en nuestro estudio.

La HB tiene el mayor porcentaje de incumplimiento debido a que en algunos casos las dosis sucesivas se administran en el centro de salud y no tenemos acceso a las bases de datos de la comunidad autónoma. Por otro lado, el perfil del viajero que comienza pauta de HB es muy homogéneo, ya que se trata en su gran mayoría de hombres que viajan por motivos de trabajo.

La interrupción de la pauta de vacunación no implica reiniciarla ni administrar dosis adicionales, se continúa la pauta, y este aumento del intervalo de tiempo no reduce la concentración final de anticuerpos (8). Sin embargo, el cumplimiento de los plazos establecidos garantiza la obtención de la protección óptima en el menor tiempo posible.

El impacto que puede tener en la salud del viajero no completar la pauta de vacunación es diferente para cada vacuna. En el caso de la HA, se ha podido comprobar que hasta 11 años después de poner la primera dosis se siguen teniendo niveles de anticuerpos protectores y que no sería necesario reforzar la vacuna hasta los 6 años (9). Distinto es el caso de la HB y HA+B, donde según la ficha técnica, es necesario ponerse al menos dos dosis para alcanzar un nivel de anticuerpos protectores.

La elevada tasa de inicio de pautas no se corresponde con su continuidad, por lo que el CVI debe implementar medidas para mejorar la adherencia como:

- Sistema de recordatorio de las dosis sucesivas de vacunas. Se ha podido comprobar que los sistemas de recordatorios por vía postal (10) o por vía SMS (11) son medidas eficaces para un mayor cumplimiento en otras vacunaciones en adultos.
- Conocer los motivos del no cumplimiento para eliminar barreras. El porcentaje de cumplimiento de la 3ª dosis de HB y HA+B aumenta con respecto del de la 2ª, por lo que parece que se debe actuar durante la primera visita al centro para que los viajeros vuelvan a la 2ª dosis.
- Implantar pautas vacunales diferentes que faciliten el cumplimiento y una rápida inmunización, como pueden ser las pautas aceleradas en la hepatitis A+B o nuevas pautas en la vacunación frente a hepatitis B (12).

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

(1) Kroger A., Strikas R. Chapter 2: General Recommendations for Vaccination & Immunoprophylaxis; 2014 [Internet]. [fecha de acceso: el 15 de febrero de 2014]. URL disponible en <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2012/chapter-2-the-pre-travel-consultation/general-recommendations-for-vaccination-and-immunoprophylaxis.htm>

(2) OMS. Oficinas regionales de las OMS: 2013 (Internet) (fecha de acceso: 12 de marzo de 2013) Disponible en: <http://www.who.int/about/regions/es/>

(3) López-Vélez R, Bayas JM. Spanish Travelers to High-Risk Areas in the Tropics: Airport Survey of Travel Health Knowledge, Attitudes, and Practices in Vaccination and Malaria Prevention. *J Travel Med.* 2007; 14(5):297-305

(4) Wilder-Smith A, Khairullah N, Song J, et al. Travel health knowledge, attitudes and practices among Australasian travelers. *J Travel Med.* 2004; 11: 9-15

(5) Garrido P, Ramón JM, Plans P, Ocaña A, Páramo P, Gajans M et al. Vacunación incompleta en la población general. *Vacunas.* 2003; 4:41-8

(6) Lu PJ, Byrd KK, Murphy TV. Hepatitis A vaccination coverage among adults 18-49 years traveling to a country of high or intermediate endemicity, United States. *Vaccine.* 2013; 31(19):2348-57

(7) Connor BA, Jacobs RJ, Meyerhoff AS. Hepatitis B risks and immunization coverage among American travellers. *J Travel Med.* 2006 Sep-Oct; 13(5):273-80

(8) Picazo JJ. Principios generales. En: Juan J Picazo. Guía práctica de vacunaciones. 2006. Madrid: ICM; 2005. p. 25-129

(9) Ott JJ, Wiersma ST. Single-dose administration of inactivated hepatitis A vaccination in the context of hepatitis A vaccine recommendations. *Int J Infect Dis.* 2013; 17: e939-e944

(10) Ibañez-Jiménez A, Pairet-Jofre G, Prat-Gonzalez I, Sanchez Doblado MJ, Tauler-Suñer M. Ensayo clínico aleatorizado acerca de la efectividad del recordatorio postal para aumentar la cobertura vacunal contra tétanos-difteria en población adulta joven. *Enferm Clin.* 2007; 17(4):171-6

(11) Vilella A, Bayas JM, Diaz MT, Guinovart C, Diez C, Simó D et al. The role of mobile phones in improving vaccination rates in travelers. *Prev Med.* 2004 Apr; 38(4):503-9

(12) Wong J, Payne M, Hollenberg S. A double-dose hepatitis B vaccination schedule in travelers presenting for late consultation. *J Travel Med.* 2014 Jul-Aug;21(4):260-5

## Mesa de Comunicaciones 5: Cuidados a pacientes crónicos

### Concurrent Session 5: Chronic Care

#### AUTORES/AUTHORS:

Maria-Isabel Rihuete Galve, Ángela Rodríguez Rodríguez, Raquel Rodríguez Rodríguez

#### TÍTULO/TITLE:

Estudio aleatorizado sobre la influencia de la intervención de enfermería en la adherencia al tratamiento

El cumplimiento terapéutico es uno de los eslabones imprescindibles para conseguir la eficacia de un medicamento, de manera que no es posible conseguir una adecuada respuesta terapéutica si los pacientes no toman la medicación de forma correcta(1). Hay numerosos estudios que confirman que la mitad de los pacientes no siguen adecuadamente el tratamiento farmacológico que se les ha indicado(2,3,4).

Es responsabilidad de los profesionales de la salud articular herramientas de información y conexión para ofrecer cuidados continuados e integrales que favorezcan la adhesión a los tratamientos (5,6). La herramienta que todos los autores consideran necesaria para mejorar la adherencia es la información y educación sobre los tratamientos. Un método de fácil acceso a los enfermos en su domicilio, empleado por distintos profesionales, como se recoge en la bibliografía, es el seguimiento telefónico.

En base a las consideraciones anteriores hemos formulado la siguiente HIPÓTESIS: la información y educación sistemática mediante el seguimiento de enfermería favorece la adherencia al tratamiento de los enfermos oncológicos.

#### OBJETIVOS

El objetivo general es comprobar si el apoyo educativo sistemático de enfermería mejora la adherencia al tratamiento de los enfermos en domicilio.

Los objetivos específicos son: analizar si el cumplimiento es mayor en el grupo experimental que en el grupo control en cuanto a la toma de medicación o en cuanto al cumplimiento de los cuidados y también comprobar si el grupo experimental mejora el cumplimiento del tratamiento en cuidados y medicación analizando su evolución a lo largo del tiempo establecido.

#### METODOLOGIA

Diseño del estudio: para cumplir los objetivos se ha diseñado un estudio experimental aleatorizado prospectivo longitudinal mediante un esquema paralelo de asignación fija con grupo experimental y grupo control.

Ámbito: el ámbito del estudio fue el domicilio de los pacientes, al que se accedió mediante un seguimiento telefónico, previo consentimiento informado.

Fuentes: la muestra de pacientes procedió de la Unidad de Hospitalización de Oncología del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, después del alta hospitalaria.

Selección de la muestra: los sujetos fueron asignados al estudio siguiendo criterios de inclusión y exclusión previamente definidos y seleccionados de forma prospectiva mediante un proceso de asignación al azar, utilizando números aleatorios generados por ordenador, a las dos condiciones del estudio, experimental y control.

Tamaño muestral: para determinar el tamaño muestral puesto que se trata de un estudio para contraste de hipótesis, se ha tenido en cuenta la magnitud de la diferencia a detectar, la seguridad del estudio, el poder estadístico y la definición de hipótesis (unilateral o bilateral).

Previo al estudio experimental se ha realizado un estudio piloto cuyos resultados obtenidos han servido para calcular el número de sujetos necesarios para llevar a cabo el estudio experimental.

Se decidió que la hipótesis debía ser unilateral porque se ha considerado que en las variables a comparar, sólo es posible el efecto en una dirección.

El cálculo de la muestra atendiendo a los parámetros previos ha sido de 56 individuos por grupo. Al introducir después la corrección de la muestra ajustada a las pérdidas, se estimó que el tamaño debía ser de 117 individuos.

Recogida de datos: para la recogida y almacenamiento de datos se diseñó en Microsoft Access®, una base de datos específica para este estudio.

Descripción de las variables.

Variable independiente: la información y la educación después del alta hospitalaria mediante seguimiento telefónico, sobre la medicación y sobre los cuidados.

Variables dependientes: la adherencia al tratamiento farmacológico (medicación) y la adherencia al tratamiento no farmacológico (cuidados).

Instrumentos de evaluación y recogida de datos: para evaluar las variables dependientes en ambos grupos se utilizó el Test de Morisky Green y las hojas de registro del cumplimiento tanto de la medicación como de los cuidados

Procedimiento.

Descripción de la intervención de enfermería en el Grupo Experimental.

La primera intervención se realizó entre las 48 y 96 horas del alta hospitalaria.

La segunda intervención fue a los 10 días del alta hospitalaria.

La tercera a los 20 días del alta hospitalaria y la última intervención a los treinta días La enfermera anotó, en cada intervención, el cumplimiento del tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico, pero además llevó a cabo una labor informativa y educativa corrigiendo errores y dando pautas concretas de cómo realizar el cumplimiento de manera correcta. Las respuestas de los enfermos fueron contrastadas con las prescripciones médicas según figuraba en el informe de alta médica y con el informe de cuidados de enfermería.

Descripción de la recogida de datos en el Grupo Control.

El día del alta, previo consentimiento del enfermo se pactaba con él, el día y la hora a la que se realizaría el único contacto telefónico, aproximadamente a los treinta días del alta. Los registros de las respuestas se hicieron de la misma manera que en el Grupo Experimental.

METODOLOGÍA ESTADÍSTICA



Estadística descriptiva: se comprobó mediante el test de Kolmogorov-Smirnoff si las variables seguían una distribución normal ( $p < 0,005$ ). Se utilizaron como estadísticos descriptivos medias, desviaciones típicas e intervalo de valores. Las variables discretas fueron definidas por el número de casos y el porcentaje.

Estadística analítica: la comparación de variables cuantitativas con cualitativas se realizó mediante el método t de Student para muestras independientes y ANOVA cuando las variables cuantitativas seguían una distribución normal. En el caso de comparar dos variables discretas, se utilizó el test Chi2. Cuando se realizaban varias observaciones en los mismos sujetos se utilizó el test de Mc Nemar. Se consideraron como significativos valores de  $p < 0,05$ .

El análisis de datos se realizó con el paquete estadístico STATA 10.0.

## RESULTADOS

El número total de pacientes estudiados ha sido de 127. Se realizaron un total de 324 intervenciones telefónicas con un rango de duración entre 20 y 40 minutos. La edad media de los pacientes fue de 62,5 años (min. 19, máx. 80).

En cuanto a la adherencia farmacológica (cumplimiento de la medicación) de los sujetos del Grupo Experimental hubo diferencias significativas  $p = 0,000$  entre ellos mismos entre la primera y la segunda intervención, manteniéndose estas diferencias entre la primera y las siguientes intervenciones. En los datos del test de Morisky Green, analizados estadísticamente mediante la prueba de Mc Nemar encontramos los mismos resultados, diferencias significativas entre las dos primeras intervenciones  $p = 0,001$  y mantenimiento de estas diferencias entre la primera y las demás a lo largo de las intervenciones de enfermería.

Los resultados de la comparación entre los Grupos Experimental y Control a los 30 días del alta, nos demuestran que hay mayor adherencia a la medicación en el grupo experimental,  $p = 0,000$ .

En cuanto a la adherencia no farmacológica (cumplimiento de los cuidados) comprobamos que los sujetos del Grupo Experimental no consiguen una adherencia total hasta los 30 días. Comparando sus resultados con los del Grupo control, obtenemos que su adherencia es mayor que la encontrada en el grupo control, y que estas diferencias son significativas  $p = 0,000$ .

## DISCUSION

Hemos podido comprobar en nuestro estudio que las tasas menores de adherencia en el grupo experimental, son las obtenidas en los días cercanos al alta.

Estos resultados concuerdan con la opinión de algunos autores sobre el establecimiento del cambio asistencial como momento crítico en el que pueden producirse los errores en el tratamiento(5,7). La falta de adherencia entre las 72 y 96 horas del alta de los enfermos oncológicos estudiados podemos buscarla en las dificultades de comprensión del tratamiento por parte del enfermo o en las dificultades de organización en su domicilio(8). La misma comprobación de la comprensión del tratamiento que se realiza mediante el seguimiento telefónico podría iniciarse en el momento del alta hospitalaria pero de acuerdo con los estudios sobre el tema, ese momento no parece ser el adecuado para procesar toda la información(7,9).

El tiempo que los profesionales en general pueden invertir en el momento del alta para realizar una labor educativa con respecto al tratamiento está limitado por lo que es una tarea difícil o casi imposible comprobar si la comprensión del paciente ha sido la adecuada(8), no siendo un indicador apropiado el que este manifieste o no sus dudas ya que posiblemente no lo haga por miedo a expresarlas o porque no se le hayan ocurrido(9).

Los datos obtenidos por los sujetos del Grupo control en la escala de valoración de la adherencia al tratamiento farmacológico nos informan de un incumplimiento del 27% en concordancia con la tasa de incumplimiento que hemos encontrado en la literatura entre el 30% y 40% en los pacientes crónicos(2,4,9).

Llama también la atención que los valores en cuanto a adherencia obtenidos por el Grupo control a los treinta días son menores a los obtenidos por el Grupo experimental a las 96 horas del alta, esto puede deberse al mantenimiento en el tiempo de los errores no corregidos(4), pero además estos resultados están en concordancia con lo que sostienen algunos autores sobre la influencia negativa del tiempo en la adherencia(4,10) que no se produce en el Grupo experimental ya que ha recibido el efecto de la intervención educativa de enfermería.

Parece importante insistir en las diferencias entre el incremento de la adherencia en el cumplimiento de la medicación y el cumplimiento de los cuidados. Los primeros días del alta son fundamentales para conseguir el cumplimiento correcto de la medicación sirviendo las demás intervenciones para el mantenimiento del mismo, sin embargo para que los cuidados se cumplan correctamente, es necesario un periodo más largo de tiempo.

Estos datos son congruentes con las características intrínsecas del cuidado, que necesita no solo información sino un periodo de aprendizaje para su realización correcta(8,11). Su mantenimiento vendrá dado por la comprobación del beneficio que produce, reforzada por la valoración del cuidador, sea este formal o informal(12).

De igual manera que se han establecido escalas de cumplimiento del tratamiento para registrar la administración, duplicidad, olvidos(3,5), se debería hacer lo mismo con el tratamiento no farmacológico, por los profesionales cuya competencia profesional es el cuidado(13).

La intervención de enfermería ha demostrado ser eficaz en el aumento de la adherencia a los tratamientos por lo que la principal propuesta práctica directamente derivada de este estudio de investigación es que su intervención con dicha finalidad debe ser sistemática y que debe centrarse en dos puntos:

- 1- Es necesario contactar con los enfermos en su medio natural, en los primeros días del alta, porque el punto crítico en el que hemos visto que se producen más errores es durante los cambios asistenciales.
- 2- Es necesario establecer un seguimiento sistemático para mantener y reforzar la conducta de adherencia a lo largo del tiempo sobre todo en relación con los cuidados por su invisibilidad, dificultad y por la tendencia que quizás erróneamente se trasmite de que es únicamente la medicación la que conforma los tratamientos.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Baena MI, Fajardo P, Martínez-Olmos J, et al. Cumplimiento, conocimiento y automedicación como factores asociados a los resultados clínicos negativos de la farmacoterapia. *Ars Pharm.* 2005; 46(4):365-381.
2. Márquez E, de la Figuera M. Evaluación de la situación actual del cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial en España, en opinión de los pacientes. *Proyecto Cumplex II. Semergen.* 2009;35(8):369-375.
3. Rodríguez Torné G, Irazu Aperte M, Berrocal Javato M, Gómez-Serranillo Reus M. Adherencia al tratamiento antirretroviral:

Repercusión del número de toma diaria. Revista de la O.F.I.L. 2007;17(3):15-20.

4. WHO | Adherence to long-term therapies: evidence for action. 2003.  
[http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/en/](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/).

5. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database Syst Rev. 2008; (2):CD000011.

6. Shepperd S, Parkes J, McClaren J, Phillips C. Discharge planning from hospital to home. Cochrane Database Syst Rev. 2004; (1):CD000313.

7. Wai Chiu C, Kam Yue F. Effects of 8 weeks sustained follow-up after a nurse consultation on hypertension: A randomized trial Intern J of Nursing Studies 2010; (47) 1374–138.

8. Morlion B, Vanderschueren S. Determinants of medication underuse and medication overuse in patients with chronic non-malignant pain Intern J of Nursing Studies 2010; (47) 1408–17.

9. Crocker B, Crocker J, Greenwald JL. Telephone Follow-up as a Primary Care Intervention for Postdischarge Outcomes Improvement: A Systematic review. The American Journal of Medicine 2012; 125 (9) 917-22.

10. Cook P, Emiliozzi S. A Telephone nurse counseling for medication adherence in ulcerative colitis. Patient Education and Counseling 2010;(81)182–6.

11. Elias MN, Burden AM, Cadarette SM. The impact of pharmacist Interventions on osteoporosis management: a systematic review. Osteoporosis International. 2011, Jull (1) 2-10. Doi: 10.1007/s00198-011-1661-7.

12. Hoddinott P, Craig L, Maclennan, G, Boyers D, Vale L. The Feeding Support Team (FEST) randomized, controlled feasibility trial of proactive and reactive telephone support for breastfeeding women living in disadvantaged areas BMJ 2912; (2) 1-10.

13. Murillo MT, Valentín M, Valentín V, Royo D. Cuidados continuos. Una necesidad del paciente oncológico. Accesible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1705538>. Accedido Feb 4, 2011.

**AUTORES/AUTHORS:**

ISABEL FONT JIMENEZ, SAGRARIO ACEBEDO URDIALES, ÀNGELA PALLARÉS MARTÍ, HELENA ESCODA ALGUERÓ, ANA BELÉN DE LOS MOZOS PÉREZ

**TÍTULO/TITLE:**

Experiencias de una amputación menor, una complicación del pie diabético. Estudio fenomenológico

El pie diabético (PD) es una de las complicaciones más importantes en la diabetes, consecuencia de la neuropatía producida por una hiperglucemia mantenida en el tiempo que favorece la alteración de la sensibilidad periférica y deformidades en el pie por pequeños microtraumatismos no sentidos. Hasta un 50% de las personas con diabetes mellitus (DM) tipo II, tienen neuropatía y pie de riesgo (SED, 2011).

En los países desarrollados, se estima que hasta un 5% de los diabéticos presentarán en algún momento una úlcera pedia. Estas úlceras necesitan un largo periodo de curación, algunas precisaran de ingreso hospitalario y de una amputación parcial o total de la extremidad. Los pacientes con úlcera de pie diabético tienen un 7% de posibilidades de sufrir una amputación, y los pacientes amputados sufrirán otra antes de los 5 años en un 50- 70% de los casos, en el miembro colateral.

El estudio di@net.es 2011, sitúa la prevalencia de DM en España en torno al 14%, el 90% corresponde a la DM-II. La Federación Internacional de Diabetes 2013, estima que en 2035 existirán más de 592 millones de diabéticos en el mundo. El grupo más afectados es el mayores de 55 años.

En ocasiones, todos los esfuerzos puestos en la prevención y curación del PD, no son suficientes, la DM es la causa más frecuente de amputación no traumática en España, con una tasa anual del 4,7‰ en hombres y 1,7‰ en mujeres (Registro de Altas de Hospt CMBD, 2009). Con una probabilidad de 15-40 veces mayor que en personas no diabéticas.

La amputación menor debida al PD es predictiva de una futura pérdida de la extremidad (1). La amputación tiene su importancia no sólo por su elevada prevalencia sino por suponer una desestructuración en la vida de las personas afectadas y de su entorno familiar y social. Muchos pacientes sienten fuera de control la evolución de los acontecimientos que condujeron a su amputación, no considerando los factores de riesgo asociados al autocuidado como determinantes de la misma (2)

El estudio de Senra 2013, encuentra que el 31% de los amputados presentaban signos de depresión (3). Las amputaciones relacionadas con la diabetes tienen un riesgo más elevado de trastornos psicológicos resultado de su condición de comorbilidad (4). Los afectados necesitan del apoyo profesional y emocional en la fase aguda (5). La amputación afecta a la imagen corporal, al sentido de bienestar y a una pérdida de autonomía, por otro lado puede suponer la devolución de la esperanza perdida y una percepción de la mejora de la calidad de vida al disminuir el dolor (6,7).

El objetivo principal de este estudio es explorar los significados que las personas amputadas atribuyen a su experiencia. Conocer estos significados nos ayuda a planificar los cuidados relaciones para mejorar la experiencia de estos pacientes.

Como objetivos secundarios: 1. Conocer sus vivencias como paciente crónico, 2. Describir las experiencias como persona hospitalizada, 3. Identificar el significado de estar amputado.

**Metodología**

Con el objetivo de explorar los significados de las personas amputadas, se diseño un estudio cualitativo. Específicamente, fenomenológico interpretativo, adoptado por su énfasis en la comprensión de la experiencia subjetiva de las personas dentro de su contexto social y personal. En la idea de Van Manen 1990, que entiende la fenomenología como la descripción de los significados vividos, el estudio científico de los fenómenos humanos (8). Es un proceso que implica una inmersión repetida en el texto para confirmar los temas emergentes e interpretaciones de los datos. Además, el proceso de análisis no es una fase específica de la investigación, sino que continúa durante todo el proceso de estudio.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas, dónde se potenció la narrativa natural de la persona, participando el entrevistador en

iniciar temas. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de una hora. Una sola entrevista demostró ser suficiente para lograr la saturación de los datos. Las entrevistas fueron grabadas, y transcritas textualmente por el entrevistador, quien señaló datos observacionales clave. Fueron analizadas por tres investigadores, que determinaron las categorías de análisis por consenso.

Las entrevistas se realizaron en los meses de marzo-abril. Al iniciar la entrevista se recogieron datos socio-demográficos, y de salud.

La población de estudio fueron aquellos pacientes egresados y atendidos por el equipo de atención a domicilio. Los criterios de inclusión: 1. Amputación menor 2. Etiología de la amputación: pie diabético. 3. Máximo 6 primeros meses desde cirugía. 4. Mayor de 18 años. Criterios de exclusión: 1. Alteración de la cognición. 2. Diagnosticado de depresión, causada o no por la amputación.

De las 6 personas invitadas a participar, aceptaron 5, 3 hombres y 2 mujeres, con una edad media de 62 años, 4 jubilados y 1 sin empleo. Los cinco participantes estaban presentaban amputaciones menores del pie, cuatro de ellos amputados por primera vez y uno con amputación bilateral en diferentes tiempos quirúrgicos. El tiempo transcurrido desde la cirugía era inferior a 6 meses, con una media de 2 meses.

El proyecto fue aprobado por el CEIC del H.U. Joan XXIII de Tarragona, ref: CI84/2013

#### Resultados

Las entrevistas tuvieron lugar en el domicilio del paciente, con una duración media de 50 minutos. Todos eran diabéticos de larga evolución, más de diez años. El origen de las úlceras fue traumatismo o infección de callosidades.

Se identificaron cuatro temas en el discurso de los informantes:

##### 1. La vivencia y las emociones,

El proceso desencadena, sentimientos de culpabilidad, rabia, expectativas, ansiedades, soledad y estrés, ante la nueva situación que se les presenta.

“si yo la primera vez cuando me salió la herida, hubiese ido al médico como la otra vez...pero las cosas no se pueden dejar, porque luego pasa lo que pasa” (P)

“(abandono del tratamiento) Volví a hacer vida normal, y ahí fue el fallo, porque entonces me entró, como si dijéramos, me atacó a los nervios” (V)

La tristeza ante la noticia o el shock son evidentes.

“...cuando vino el cirujano y me dijo que me iba a cortar el dedo, la verdad es que sí que llore, además estaba sola. Pero pensé, dentro de lo malo,...el pie era una bola. Era un horror verlo, a mi me daba asco...”(P)

##### 2. Elaboración de la pérdida,

Expresan diferentes vivencias, para unos fue inesperado y causa de sufrimiento, y para otros fue vivida como una liberación, la posibilidad de recuperar el control de su vida, que la úlcera les estaba robando:

“para mi es la solución, es renacer total” “Doctor, vamos a cortar el dedo, por favor déjeme vivir los años que me queden tranquilo” (V)

“...eso, el jefe de servicio, que yo le dije que no, y él me dijo que sí, que él mandaba en el hospital y que me iban a cortar un dedo...”.(M)

“Al principio, no lo esperaba, pero cuando me veía el dedo negro, me lo imaginé. Lo que no sabía era que cortarían el de al lado y el gordo” (JM)

Manifiestan tener miedo, incertidumbre hacia el futuro, ya sea porque vuelva a repetirse o a que la herida no termine de cerrar:

“Y ahora tengo este igual, mire, y el dedo gordo también y me duele, está hinchado, y así empezó el otro. Y ahora estoy yendo, pero que no se puede hacer nada, que es un pie de riesgo y así estamos” (E)

Durante el ingreso hospitalario han convivido con amputados mayores, todos refieren temor y sentimientos de rechazo,

“No. había un señor que le habían cortado la pierna, da respeto, pero en principio no pensé que me podría pasar a mi también. Yo pienso, pensaba, que se acabaría con esto de los dedos, y que de aquí en adelante, no sé qué puede pasar, pero da respeto” (JM)

“Yo lo he visto, pero paso de ello. Yo solo pienso en lo mío. Yo vi el otro día en el hospital a un muchacho que le habían cortado. Que no.” (M)

### 3. La participación de los profesionales de salud,

A la pregunta de su relación con los profesionales durante el ingreso, los informantes manifiestan estar bien atendidos, con sus necesidades cubiertas, las enfermeras son amables y amigables, en su mayoría. En referencia al personal médico, valoran la información ofrecida.

“La relación muy buena, con todas, yo no me puedo quejar. Demasiado, pobres, con el trabajo que tienen” “Yo estaba bien atendida, no necesitaba nada” (P)

“El trato muy bien, cada dos por tres, pasaba la enfermera a ver si necesitaba algo. Bien” (JM)

### 4. Comienzo de una nueva etapa, cambios para afrontar el futuro,

Asumen la corresponsabilidad de lo ocurrido, y se plantean cambios para el futuro:

“Lo que no quiero es sentarme aquí y ver la vida pasar. A mí no me gusta sentirme una inútil. Ni mucho menos ser una carga para nadie” (P)

“Acción-Reacción. O sea, la acción es que ha llegado un límite en que me han tenido que cortar un dedo, y ahora la reacción es que no puedo comer sal, no puedo comer azúcar y en cuanto pueda caminar, ejercicio” (V)

La mayoría refiere que el cambio en la movilidad, y en la autonomía como algo temporal. En algunos casos se entrevistó el miedo a no ver finalizado el proceso

“... no hombre, noto cambios porque llevo ya un mes y pico, y hace dos o tres días que con las muletas he empezado a caminar y eso se nota en el cuerpo...hace mucho tiempo que no tenemos vida...” (V)

“...el no poder andar. Yo antes andaba muy ligera y ahora tengo que echar 20 horas para ir de aquí-allí...” “...ahora tengo que ir al psicólogo, no como mucho, lloro, tengo muy malos modos...” (M)

“...pues si bueno, poco a poco, a ver si a la otra pierna, no le pasa igual...”

### Discusión

Coincidiendo con el estudio de Quon, 2012, existe una dicotomía, entre los que hubiesen querido amputarse antes, y los que no. El dolor y la esperanza de recuperar la funcionalidad fueron los puntos clave para desear ser amputados (9), ya que la úlcera les produce dolor y altera su vida, como demuestra en su estudio Watson-Miller, 2006. Norlik, 2013, afirma que la amputación puede ser la única manera de salir de un punto muerto y están preocupados por el futuro pero con una actitud positiva (6). Otros, en cambio, lo viven como un shock ya que no creen que mantener su pie pueda causarles la muerte y se ven empujados por médicos y familiares a amputarse (7).

Coincidiendo con nuestros resultados, otros estudios demuestran que los pacientes no muestran adherencia por el tratamiento (2), mostrando culpabilidad por este hecho.

En las conversaciones con los participantes, el cuidado ofrecido por enfermería es asociado a las vivencias de bienestar, se recuerda un trato amistoso y de armonía. La enfermera está presente, acompaña, aunque ninguno de ellos, manifiesta haber expresado sus emociones o miedos, otros estudios reflejan que los profesionales no favorecen la expresión de emociones (10, 11).

Diferentes estudios relacionan la amputación con la ansiedad y la depresión (3,5,12,13), donde el miedo, la incertidumbre de los informantes puede ser precursor de éstos.

### Conclusiones

Las amputaciones menores en los pacientes diabéticos, se producen dentro de una trayectoria incierta, por ello cobra mayor importancia el papel de los profesionales en proporcionar un papel protagonista en su cuidado y prevención.

La comorbilidad asociada a la DM puede ser tanto o más invalidante que la propia amputación.

Los hallazgos de este estudio proporcionan una mejor comprensión de las experiencias de las personas con amputación y subrayan la importancia de escuchar y responder a las preocupaciones del paciente. Es necesario crear programas donde los afectados

puedan beneficiarse del apoyo y la orientación profesional antes y después de la cirugía de amputación.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- (1)Griffin KJ, Rashid TS, Bailey MA, Bird SA, Brigde K, Scott J. Toe Amputation: A predictor of future limb loss? *Journal of Diabetes and Its Complications*. 2012; 26:251–254
- (2)Feinglass J, Shively VP, Martin GJ, Huang ME, Soriano RH, Rodriguez HE, Pearce WH, Gordon EJ. How 'preventable' are lower extremity amputations? A qualitative study of patient perceptions of precipitating factors. *Disability and Rehabilitation*. 2012; 34(25):2158-2165
- (3)Senra H. How depressive levels are related to the adults' experiences of lower-limb: A mixed methods pilot study. *International Journal of Rehabilitation Research*. 2013; 36(1):13-20
- (4)Coffey L, Gallagher P, Horgan O, Desmond D, MacLachlan M. Psychosocial adjustment to diabetes-related lower limb amputation. *Diabetic Medicine*. 2009; 26(10):1063-1067
- (5)Sjödahl C, Gard G, Jarnlo GB. Transfemoral amputees' experiences of the first meeting and subsequent interactions with hospital staff. *Disability and Rehabilitation*. 2008; 30(16):1192-1203
- (6)Norlyk A, Martinsen B, Kjaer-Petersen K. Ling with clipped wings-Patient's experience of losing a leg. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2013; 8(1). Article number 21891
- (7)Warren N, Manderson L. Constructing Hope: Dis/continuity and the narrative construction of Recovery in the Rehabilitation Unit. *J. of Contemporary Ethnography*. 2008; 37(2):180-201.
- (8)Van Manen M. *Investigación educativa y experiencia vivida: ciencia humana para una pedagogía de la acción y la sensibilidad*. Barcelona: Idea Book, 2003.
- (9)Quon DL, Dudek NL, Marks M, Boutet M, Varpio L. A Qualitive Study of factors influencing the decision to have an elective amputation. *Journal If Bone and Joint Surgery*. 2011; 93(22):2087-2092
- (10)Liu Liu F, Williams RM, Liu H-E, Chien N-H. The lived experience of persons with lower extremity amputation. *Journal of Clinical Nursing*. 2010; 19:2152-2161
- (11)Watson-Miller S. Living with a diabetic foot ulcer: a phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 15:1336-1337
- (12)Coffey L, Gallagher P, Desmond D. A prospective study of the importance of life goal characteristics and goal adjustment capacities in longer term psychosocial adjustment to lower limb amputation. *Clinical Rehabilitation*. 2014; 28(2):196-205
- (13)Nunes MA, de Barros N, Miranda F, Baptista-Silva C. Common mental disorders in patients undegoing lower limb amputation: A population-based simple. *World J Surg*. 2012; 36:1011-1015

**AUTORES/AUTHORS:**

MONTSERRAT JUVER MALLOL, MARGARITA PUIGVERT VILALTA, M<sup>a</sup> ASUNCION PICART NOGUE, CARMEN PORRAS DEL SAZ, ROCIO LARRINAGA PIEDRA, M<sup>a</sup> CARMEN PUIGVERT VILALTA

**TÍTULO/TITLE:**

EL MANEJO DIARIO DE LA DIABETES EN ADULTOS

**INTRODUCCIÓN**

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad caracterizada por una alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, definida por la hiperglucemia crónica y sus complicaciones a largo plazo de carácter micro y macrovascular.

Constituye un problema de salud de primer orden debido a su elevada prevalencia, su morbimortalidad influye en la calidad de vida de los pacientes, y esta tiene un gran impacto sobre el sistema sanitario (1).

La diabetes mellitus y la obesidad son dos procesos íntimamente relacionados cuya incidencia va en aumento. En el año 1995 se estimaba una prevalencia mundial de diabetes mellitus del 4% y una proyección del 5,4% para el año 2025. La prevalencia de la diabetes mellitus en España es muy variable, dependiendo de la región evaluada y oscila entre el 6% y el 12% y su prevalencia ajustada por edad y sexo es de 13,8% (2).

Para el buen control de la diabetes, destacar la importancia de introducir modificaciones en el estilo de vida, especialmente en lo que respecta a la dieta y el ejercicio físico, ya que contribuyen a reducir uno de los factores de riesgo. Un buen lema a interiorizar es "Menos plato y más zapato" (3).

La actividad física es uno de los componentes determinantes en el equilibrio calórico, en las personas diabéticas tipo 2 y es un aspecto del tratamiento tan importante como la nutrición o la medicación. La actividad física mejora el control de la glucemia, disminuye los valores de hemoglobina glicosilada, incluso sin ningún cambio significativo en el Índice de Masa Corporal (IMC) y ayuda a disminuir las dosis de medicación en estos pacientes. El ejercicio regular, es decir, el ejercicio diario, influye en el control de la glicemia (4). Por lo cual, el ejercicio físico (EF) se considera un pilar básico en el tratamiento de los pacientes con DM2. Actualmente se recomienda la práctica deportiva regular a las personas diabéticas, junto con la propuesta alimentaria y el tratamiento farmacológico. Teniendo en cuenta que cualquier práctica deportiva debe efectuarse de forma regular y controlada, así se puede mantener un buen estado físico y psíquico. Al mismo tiempo se consigue un mejor control de la glucemia y de la calidad de vida.

El EF es importante porque durante su práctica se produce un aumento del consumo del combustible por parte del músculo. En los primeros treinta minutos el músculo consume la glucosa de sus depósitos de glucógeno (glucosa almacenada). Una vez agotados dichos depósitos, pasa a consumir glucosa de la sangre. A continuación se establece un suministro continuo desde el hígado, que también produce glucosa, hasta la sangre y de la sangre al músculo. Si el ejercicio se prolonga, se obtiene combustible de las grasas. Frente a un ejercicio prolongado el organismo disminuye la secreción de insulina. Dicho fenómeno facilita la producción hepática de glucosa; es decir, el aporte de glucosa del hígado a la sangre y la utilización de este azúcar por el músculo. Las personas con diabetes tienen que adaptarse reduciendo la dosis de insulina para conseguir el mismo efecto (5).

Las complicaciones más habituales que pueden sufrir los pacientes diabéticos debido a un mal control de la enfermedad son: cardiovasculares, renales, oculares y pie diabético (6).



Para conocer cuál es el control de la diabetes en estos pacientes, La European Association for the Study of Diabetes (EASD) y la International Diabetes Federation (IDF), tras una revisión de las evidencias existentes, sin modificar los criterios diagnósticos de glucemia y sobrecarga, recomiendan el uso de la HbA1c como test diagnóstico con valores  $\geq 6,5\%$ .

A su vez en enero del 2010 la American diabetes Association (ADA) sugirió los siguientes cambios:

1. Retirar (nuevamente) el termino "prediabetes" para aquellos pacientes con glucosa alterada en ayuno (100-125 mg/dL) o tolerancia a la glucosa alterada (140-199 mg/dL, pos carga de 75g de glucosa oral) y sustituirlo por el termino "riesgo aumentado de diabetes".
2. Usar la medición de la fracción A1c de la hemoglobina (comúnmente, conocida como hemoglobina glicosilada), para el diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2 y ya no solo para el seguimiento de la misma.

Actualmente, la medición de hemoglobina glicosilada A1c (HbA1c), es el criterio estándar para la evaluación del control metabólico, que busca disminuir o retrasar la aparición de complicaciones micro y macro vasculares. Para valorar los pacientes compensados se utilizan puntos de corte y estos varían según el país (7)

En la práctica clínica, si bien es recomendable evaluar el cumplimiento en todos los pacientes con patologías crónicas, en las que se interviene con cambios de estilos de vida y fármacos no siempre es posible. Por ello, en determinadas circunstancias hay que priorizar a los pacientes no controlados, con factor de riesgo o enfermedad que se está monitorizando, este el caso la DM2 (8)

## OBJETIVOS

- 1- Conocer el grado de control de los pacientes diabéticos estudiados.
- 2- Conocer los hábitos de vida de la población estudiada.
- 3- Comparar el control glicémico con los hábitos de vida de dichos pacientes.

## MATERIAL Y METODO

Es un estudio transversal y retrospectivo. La recogida de datos se realizó entre octubre 2013 y marzo 2014.

El ámbito del estudio es de Atención primaria

La población estudiada son los pacientes diabéticos tipo 2 mayores de 40 años, asignados a una enfermera. N= 212 personas. Se calculó la muestra con un índice de confianza (IC) del 95% y un error permitido del 5%, n=137 y se seleccionaron aleatoriamente. Las variables sociodemográficas estudiadas fueron: edad, sexo y nacionalidad. Las variables clínicas fueron: el nivel de control de la diabetes se determinó con la

(HbA1c), se consideró buen control una hemoglobina glicosilada  $<7,5\%$ . Los hábitos de vida estudiados fueron ejercicio, el consumo de alcohol y tabaco.

Se valoró la realización de ejerció los que practicaban mínimo 2h y media a la semana. Teniendo en cuenta que las personas adultas con diabetes deben realizar al menos 150 minutos / semana de actividad aeróbica de intensidad moderada (50 - 70 % de la frecuencia cardíaca máxima), repartidas en al menos 3 días / semana, con no más de dos días consecutivos sin ejercicio. (9)

Según las Unidades de bebida estándar (UBE) de alcohol se consideraba consumo de bajo riesgo y de riesgo. Se considera consumo de bajo riesgo en hombres  $<28$  UBE/semana y en mujeres  $<17$  UBE/semana. Y consumo de riesgo en hombres  $<28$  UBE/semana y tener  $<16$  años  $\geq 28$  UBE /semana,  $\geq 6$  UBE consumo esporádico en un periodo corto de tiempo al menos 1 vez al mes. Y en mujeres  $<17$  UBE/semana y tener  $<16$  años,  $\geq 17$  UBE /semana,  $\geq 5$  UBE consumo esporádico en un periodo corto de

tiempo al menos 1 vez al mes.

Fumador se consideraba toda persona que fume aunque sea un cigarro de forma diaria o de forma esporádica. Se pidió el consentimiento informado a los participantes, los que declinaron la participación fueron considerados pérdidas (28%),  $n=100$ , los datos recogidos de la historia clínica se transcribieron a la base de datos Spss versión 17.0, para su análisis posterior. Para las variables categóricas se analizaron, los valores y porcentajes de cada categoría, mientras que para las variables continuas se analizaron medias, medianas y desviación estándar. Se realizó un análisis bivariante del control (HbA1c), edad, sexo, nacionalidad, tabaco, alcohol, ejercicio. Se utilizaron las pruebas de  $\chi^2$  y T Anova

## RESULTADOS

Del estudio el 46% son mujeres y el 54% hombres. La media de edad es de 64 años y la  $DS \pm 12.55$ . De los cuales el 71% son españoles y el 29% son extranjeros. Destacar que el 53% tienen un buen control de la glucemia frente al 47%. El 52% son sedentarios, el 70% realizan un consumo de bajo riesgo de alcohol y el 39% son fumadores. Hallamos una relación estadísticamente significativa entre el buen control y el ejercicio físico  $p=0,000$ .

Respecto al buen control y la edad, los resultados son mejores en los pacientes de mayor edad siendo estadísticamente significativo  $p=0,000$ . Los pacientes españoles del estudio presentan mayor grado de control que los extranjeros, siendo estadísticamente significativo  $p=0,001$ .

## DISCUSION

Respecto al grado de control glicémico alcanzan los objetivos HbA1c  $<7,5\%$ , un 53% de los pacientes. Estos resultados son similares a los encontrados en otros estudios (2,3). El mayor grado de control observado creemos que pueda explicarse por la edad a diferencia de otros estudios comentados. La práctica del ejercicio físico tiene relación significativa con el buen control como se demostró en los dos metaanálisis realizado por Boule et al. (2003) (10) tras programas de ejercicio físico estructurado y mantenido en el tiempo.

Según Ferrer et al. (2011) mediante un estudio de cohortes randomizado con una duración de un año, demostró que a los 6 meses de realizar un ejercicio controlado, se produjo una mejoría de la hemoglobina glicosilada siendo estadísticamente significativa ( $p=0.008$ ) (11).

El 70% de la muestra estudiada tiene un consumo bajo de alcohol, inferior a la investigación realizada por M Ramirez et al. que fue del 17%, la mayoría de sus pacientes no consumían alcohol. El estudio realizado por Howard AA (2002) (12), encontró que la ingesta leve o moderada de alcohol en personas diabéticas está asociado con una disminución de eventos cardiovasculares, podemos concluir que el consumo bajo de alcohol actúa como factor protector.

El 39% de los participantes del presente estudio son fumadores, este resultado difiere de los estudios consultados, según el trabajo M Ramirez et al. (2011) (13) donde se describe que el 87% de los pacientes presentaban un estilo de vida saludable, debido a que su mayoría no fuman, situación similar se encontró en el estudio realizado por A. Alayón (2010)(14)

## CONCLUSIONES

Existe una relación entre el buen control glicémico y el ejercicio físico. Los extranjeros tienen peor control glicémico. También observamos, que la edad influye en el nivel de control, con más edad mejor control.

Conocer la situación que se encuentran los pacientes diabéticos, nos permite, ayudarles, para que asuman los cambios que

necesitan realizar para un mejor control de su enfermedad.

Los beneficios del ejercicio en la diabetes son, que este, puede ayudar a mejorar el control de la diabetes (si está correctamente pautado) porque produce un descenso del nivel de glucosa en la sangre (debido al aumento de la utilización del músculo en movimiento), que provoca una reducción de la dosis de insulina, si la práctica deportiva es regular, favorece la pérdida de peso, debido al consumo de grasas por parte del músculo en actividad y reduce la incidencia de enfermedades cardiovasculares .

#### IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA

Las enfermeras podrán empoderar a las persona para gestionar su problema de salud a través de la alfabetización.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

##### BIBLIOGRAFIA

- 1-De Pablos-Velasco P et al. P. Calidad de vida y satisfacción con el tratamiento de sujetos con diabetes tipo 2: el estudio Panorama en España. Publicado por Elsevier España, SL.. <http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2013.05.005>
- 2- Rosado Martín J, et al . Prevalencia de diabetes en una población adulta de Madrid (España): Estudio MADRIC (MADrid Riesgo Cardiovascular). Gac. Sanit. 2012 ; Jun 26(3): 243-250..
- 3- Carrillo Fernández L. Tratamiento dietético de la diabetes mellitus tipo 2. Suplemento extraordinario. Diabetes práctica. Actualización y habilidades en Atención Primaria. [http://www.diabetespractica.com/pdf/suplementos/2011/Tratamiento\\_dietetico\\_diabetes](http://www.diabetespractica.com/pdf/suplementos/2011/Tratamiento_dietetico_diabetes).
- 4- Bazán N. Actividades físicas en personas con diabetes. Instituto Superior de Deportes, Buenos Aires, 2014.
- 5- Fundación de diabetes Sarda Farriola <https://www.fundaciondiabetes.org/diabetes/cont02j.htm>
- 6- Egocheaga Cabello MI. et al. Manejo práctico de la diabetes mellitus tipo 2.Grupo Diabetes SEMG 2013. [http://www.semg.info/cursos/diabetes\\_novartis/doc/46523%20Libro%20Diabetes\\_versi%c3%b3n%20final.pdf](http://www.semg.info/cursos/diabetes_novartis/doc/46523%20Libro%20Diabetes_versi%c3%b3n%20final.pdf)
- 7- Zamudio-Villarreal J F. Diagnóstico de diabetes con hemoglobina glicosilada. Rev Eviden Invest Clin 2010; 3 (1): 58-60
- 8- De la Figuera M. Cumplimiento e inercia terapéutica en la diabetes mellitus tipo 2. Métodos de medida del cumplimiento terapéutico en la diabetes tipo 2. Hipertens riesgo vasc. 2012;29(Supl 1):14-19
- 9- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care. January 2013;36:S11-S66; doi:10.2337/dc13-S011
- 10- .Boule NG,et al. Meta-analysis of the effect of structured exercise training on cardiorespiratory fitness in type 2 diabetes mellitus. Diabetología. 2003; 46:1071-81.
- 11- Ferrer-García JC, et al. Benefits of a home-based physical exercise program in elderly subjects with type 2 diabetes mellitus. Endocrinol Nutr. 2011; 58(8):387-394
- 12- Howard A, et al. Efecto del consumo de alcohol sobre la diabetes mellitus. Comité de redacción científica de la sociedad iberoamericana de información científica. 2002.
- 13- Ramírez Ordoñez M et al. Estilo de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista ciencia y cuidado. 2011; 8 (1).
- 14 -Alayon A,et al. Adherencia al tratamiento basado en Comportamientos en

Pacientes Diabéticos. Rev. Salud Pública 2010.

**AUTORES/AUTHORS:**

Avelino Saiz Sánchez

**TÍTULO/TITLE:**

Efectos sobre el control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2 tras la acción educadora sobre los estilos de vida

La enfermería como agente de salud y proveedora de cuidados, cumple un papel importante en el diagnóstico, tratamiento y evolución de la Diabetes Mellitus TIPO 2 o Diabetes del Adulto (DM2). Desde la Atención Primaria de Salud, donde reside el eje central de los cuidados de los pacientes con diabetes debemos buscar soluciones para mejorar la vida de los pacientes y limitar las consecuencias a largo plazo de la DM2.

Por todo ello se diseña un plan de actuación, basado en la implementación de un programa de salud (intervención comunitaria grupal: educación diabetológica (ED) y ejercicio físico (EF), por parte de los profesionales de enfermería en pacientes DM2 para la consecución de un objetivo concreto: el control metabólico de la Hemoglobina Glicosilada3 (HbA1c).

**Hipótesis**

La implementación de programas de salud por parte de los profesionales de enfermería en pacientes diabéticos tipo 2 (Intervención comunitaria grupal) reducirá el valor absoluto de Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) en sangre.

**Objetivo Principal**

Conocer la evolución del control metabólico, de los diabéticos tipo 2 (DM2), tras intervención comunitaria grupal: educación diabetológica (ED) y ejercicio físico (EF).&#8239;

**Objetivos Secundarios**

Conocer los factores de riesgo cardiovascular, adherencia, autocontrol, autocuidados, actitudes y motivaciones de los DM2, tras intervención comunitaria grupal: ED y EF.&#8239;

**Metodología.**

Estudio epidemiológico experimental (exposición determinada en un grupo de individuos (ED y EF) que se compara con otro grupo en el que no se intervino (Atención individual en consulta programada)), analítico (se analizan aspectos potenciales), observacional, longitudinal de casos y controles.

**Intervención:**

- Grupo 1: Educación grupal y Ejercicio Físico.
- Grupo 2: Atención individualizada en consulta programada.

**Participantes**

Cien (100) pacientes diagnosticados de Diabetes Mellitus Tipo 2 (CIE-10 Capítulo IV: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas E11), elegidos de forma aleatoria entre pacientes de tres (3) Cupos de la Zona Básica de Salud Torrelavega-Cartes, Servicio Cántabro de Salud, que se distribuyen de forma aleatoria en los dos grupos de intervención propuestos. Cincuenta pacientes grupo 1 y cincuenta pacientes grupo 2.

Los pacientes que cumplían criterios de inclusión fueron informados del objetivo del estudio y los que aceptaron participar fueron asignados aleatoriamente (a partir de una tabla de números aleatorios) a uno u otro grupo.

Criterios de Exclusión; Hemoglobina glicosilada (HbA1c)  $\geq 8,5\%$  y  $\leq 7\%$ , tensión arterial (TA)  $\geq 160/90$  mmhg, índice de masa corporal (IMC)  $\geq 45$ , complicaciones crónicas (Nefropatía Diabética, Retinopatía Diabética y/o Neuropatía Diabética), descompensación aguda, Diabetes Mellitus Tipo 2, insulinizados.

Durante 12 meses, se realizarán:

- Seis talleres de educación grupal y ejercicio físico monitorizado. (Máximo 10 participantes) (Grupo 1)
- Educación Individual en consulta (4 visitas, 1/cada tres meses) ( Grupo 2 )

Variable principal: Valor absoluto HbA1c ( Determinación en sangre )

Variabes Secundarias: Datos antropométricos (Peso (Kg.), Talla (cm), IMC)

El grupo será homogéneo: en edad, nivel de instrucción y en tratamientos. Los grupos estarán compuestos por un máximo de 12-15 si acuden acompañados por cuidadores o familiares. Serán grupos pequeños (10 pacientes) con características socioculturales semejantes, favoreciendo el diálogo entre los miembros a fin de intercambiar experiencias.

Las diferencias entre grupos se analizan mediante la prueba de la t de Student o U de Mann-Whitney para comparación de medias y test X2 para variables cualitativas. Prueba de McNemar y t de Student para datos apareados.

Resultados:

De los cien pacientes que iniciaron el estudio, siete de de ellos lo abandonaron antes de su finalización (7%), tres por descompensación aguda tras ingreso hospitalario, tres por abandono voluntario y uno por fallecimiento, todos ellos del grupo 2 , Educación individualizada.

Como características generales y clínicas de los grupos, se observa un predominio del sexo femenino (68,7 %), una edad promedio de 60+/- nueve años (años cumplidos) y una duración media de la diabetes menor de 5 años, promedio de duración de la DM (años)

2,3  $\pm$  2,8. El IMC se sitúa al inicio del estudio en 31 $\pm$ 1,2. Respecto al control metabólico encontramos una Hemoglobina glicosilada (HbA1c) con valores de 7,6 $\pm$  0,6 , aspecto acorde con lo establecido en los criterios de inclusión.

Los promedios de HbA1c disminuyeron significativamente en ambos grupos durante todo el estudio. A los 6 meses el grupo 1 presentó concentraciones de HbA1c menores al grupo 2 (7.3% +/- 1.3 % VS 7.8 % +/- 1.4%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (t de Student, p < 0.05). La proporción de pacientes con HbA1c controlada (< 7%) en el Grupo 1 aumenta de 12% hasta 54% a los 12 meses, lo cual se diferenció significativamente del Grupo2 que incrementó su proporción de pacientes controlados desde 11 % hasta 40 % a los 6 meses (X2 = 3.93, p = 0.04), con un Odds ratio de 1.76 y un Intervalo de Confianza al 95% entre 0.97 y 3.21.

Al finalizar el estudio se observaron cambios significativos (p <0,001) en el nivel de conocimientos (porcentaje de respuestas correctas) en ambos grupos de estudio. El nivel adquirido fue significativamente superior en el Grupo 1 (Educación Grupal ) (p = 0,004).

Es de destacar que al inicio del estudio todos los pacientes presentaban obesidad, mientras que al momento intermedio y al final se movieron del rango de obesidad al de sobrepeso corporal. Mejoró significativamente (p < 0,001) el índice de masa corporal (IMC), manteniendo la media al final del estudio en sobrepeso (IMC = 29 kg/m2). Sin significación entre grupos

Aumentó el número de personas que realizaban ejercicio físico regularmente (p = 0,22) significativamente en el grupo 1 (educación grupal).

Discusión:

La educación se puede realizar de forma individual y en grupo. Una forma no excluye a la otra, por el contrario ambas son complementarias.

La elección de una u otra depende del momento, la situación y las necesidades del paciente. La educación individual al adaptarse a las características particulares del paciente puede ser muy efectiva. Está indicada siempre al inicio de la enfermedad, o cuando se comienza tratamiento con insulina o en periodos de descompensación o de estrés en la vida del paciente. La educación grupal está indicada en fases posteriores al inicio, después de la educación individual.

Antes de iniciar un proceso de educación en diabetes debemos llevar a cabo un proceso de valoración y análisis individualizado de cada paciente. Para ello aplicando el Proceso de Atención de Enfermería realizaremos una Valoración del estado de salud, para poder llevar a cabo los consiguientes diagnósticos y el plan de Salud.

Entre los puntos clave de un Programa Educativo en DM2 están los objetivos a alcanzar con el paciente, estos deben ser realistas, claros, flexibles y alcanzables, pactados personalmente con cada paciente, aceptando el grado de compromiso que se está dispuesto a asumir.

La Comunicación es la base del proceso educativo; debe ser bidireccional, poniendo énfasis en la comunicación no verbal y estableciendo una relación de empatía que es la base de la motivación para el cambio.

Los Contenidos deben estar adaptados a las necesidades y tratamiento de cada paciente y deben ser impartidos de forma progresiva, priorizando los aspectos más relevantes sobre los que se requiere intervenir en primer lugar.

El Lenguaje debe ser claro, adaptado al nivel cultural del paciente. Es importante entregar material educativo de soporte y facilitar direcciones Web de contacto e información.

El papel del educador es facilitar y guiar al paciente, asumiendo este su responsabilidad mediante una participación activa en el proceso de aprendizaje. Para ello debemos utilizar una metodología activa-participativa, potenciando el intercambio de experiencias entre los participantes; se pretende que el paciente sea protagonista de su aprendizaje y progreso en el manejo de su enfermedad. La reforma continua de la sanidad, en el entorno social y económico en el que vivimos actualmente obliga a la enfermería a producir y asumir un protagonismo que permita cambiar las actuales formas de intervención en el sector de la salud y así su contribución directa en la salud de la población. Las enfermeras para ser agentes de cambio deben comprender la naturaleza social de las instituciones a la cual pertenecen así como la naturaleza y velocidad de los cambios sociales. El cambio es el proceso que abarca todas las actividades dirigidas a ayudar a la organización para que adopte exitosamente nuevas actitudes, nuevas tecnologías y nuevas formas de conseguir los objetivos marcados. La administración efectiva del cambio, permite la transformación de la estrategia, los procesos, la tecnología y las personas para reorientar la organización al logro de sus objetivos y maximizar su desempeño.

El cambio que ha sufrido nuestra población, así como la aparición de un nuevo escenario de un paciente crónico pluripatológico y polimedicado ha hecho que desde la OMS se recomiende a los países y los servicios de salud que diseñen e implementen estrategias que permitan abordar la demanda existente, para controlar y prevenir las enfermedades crónicas.

Paralelamente, a la vez que la cronicidad supone una amenaza por los costes que genera, es también una oportunidad para la Enfermería estar allí donde se precisa de cuidados avanzados, realizados por profesionales con competencias clínicas avanzadas y reconocidas, para llevar a cabo la gestión de casos y el seguimiento y control de pacientes crónicos complejos.

La diabetes Mellitus tipo 2, es sin duda junto con la Hipertensión Arterial, la Dislipemia y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica un campo de avance estratégico del personal de enfermería para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad desde la propia disciplina enfermera, utilizando su propio campo de conocimientos y la taxonomía propia de nuestra profesión.

En este nuevo contexto, países como el Reino Unido, entre otros, han realizado una firme apuesta por nuevos modelos de atención a los pacientes crónicos que contemplan la creación de figuras de Enfermeras de Práctica Avanzada, tomando como base cuatro

ejes fundamentales de desempeño profesional: formación clínica avanzada, competencias en gestión clínica, docencia e investigación. La ejecución de estas figuras implica una redefinición de las competencias profesionales, y cuenta con un sistema propio de acreditación profesional y una cartera de servicios adaptada a los perfiles de la población orientada hacia el abordaje de los procesos crónicos desde la Atención Primaria de Salud.

El presente estudio de intervención en pacientes con DM 2 demostró en de forma general que tras intervención comunitaria grupal: educación diabetológica (ED) y ejercicio físico (EF) (Grupo 1) existe una reducción significativa de HbA1c tanto a los seis meses como a la finalización del estudio. El presente estudio tiene implicaciones clínicas y epidemiológicas importantes para la práctica clínica enfermera y para las políticas de salud, ya que como se describe en la literatura el control metabólico de los pacientes DM tipo 2 reduce de forma significativa las morbi-mortalidad de los mismos, así como el control de complicaciones agudas y crónicas de los pacientes. Está demostrado que la reducción de la HbA1c es un importante predictor de muchas manifestaciones tardías de la enfermedad: así pues la reducción del 1.2 % del valor promedio de la HbA1c es significativa.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Gómez Huelgas, R., Díez-Espino, J., Formiga, F., Lafita Tejedor, J., Rodríguez Mañas, L., González et al. Tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente anciano. Medicina Clínica; 2013;140 (3), 134-e1.
2. Gomis, R., Artola, S., Conthe, P., Vidal, J., Casamor, R., & Font, B. Prevalencia en consultas de diabetes mellitus tipo 2 en pacientes con sobrepeso u obesidad en España; 2013 Estudio OBEDIA. Medicina Clínica.
3. Recomendaciones y diagnóstico de diabetes con hemoglobina glicosilada. Diabetes care; 2010 33 (1), s62-s69.
4. Perea Quesada, R. La educación para la salud, reto de nuestro tiempo; 2013 Educación XX1, 4.
5. Hernán Sanz Iglesias, F., Clavería Fontán, A., Gervas Camacho, J., Márquez Calderón, M. S., & Alvarez-Dardet, C. El futuro del Sistema Nacional de Salud y su piedra angular, la atención primaria; 2012. Gaceta Sanitaria, 26, 3-5.
6. Ortega, M. R. O., Domínguez, M. D. L. Á. D., Moreno, M. D. L. C. C., Sierra, M. P., & Porras, M. L. Estrategia de intervención educativa en adultos mayores diabéticos tipo 2. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río; 2012;16 (3), 109-119.
7. Joslin, E. P. The treatment of diabetes mellitus. Canadian Medical Association journal; 1916 6(8), 673.
8. Reyes, M., & Veracochea, B; 2012 La formación de educadores en diabetes basada en las tic y en el currículo por competencias.
9. Simó Miñana, J. Empowerment profesional en la atención primaria médica española; 2012 Atención primaria, 35(1), 37-42.
10. Dalmau Llorca, M. R., García Bernal, G., Aguilar Martín, C., & Palau Galindo, A. Educación grupal frente a individual en pacientes diabéticos tipo 2. Atención primaria; 2003 32(1), 36-41.
11. Beltran, L. R; 2012 Comunicación para la salud del pueblo: una revisión de conceptos básicos. OPS.
12. Serrano, F. G. Papel de la Enfermería en la Educación para la Salud. Complejo QPS. Revista Española de Sanidad Penitenciaria; 2012 6(3).
13. Pérez, A., Franch, J., Cases, A., González Juanatey, J. R., Conthe, P., Gimeno, E., & Matali, A. Relación del grado de control glucémico con las características de la diabetes y el tratamiento de la hiperglucemia en la diabetes tipo 2. Estudio DIABES. Medicina clínica; 2012;138 (12), 505-511.
14. García, R. G; 2011 Marketing del siglo XXI. El análisis DAFO.
15. Cooper, B. F., Silberstein, A., Tam, E., Ramakrishnan, R., & Sears, R. Benchmarking cloud serving systems with YCSB. In Proceedings of the 1st ACM symposium on Cloud computing; 2012 (pp. 143-154). ACM.



## Mesa de Comunicaciones 6: Envejecimiento

### Concurrent Session 6: Aging

#### AUTORES/AUTHORS:

Mónica Granados Martín, Tomás Sebastián Viana, Isabel Lema Lorenzo, M<sup>a</sup> Eloísa García Huete, Nuria Buitrago Lobo, M<sup>a</sup> del Pilar Heredia Reina, Margarita Merino Ruiz, Carmen Gutiérrez Fernández, M<sup>a</sup> Luisa Mota Boada

#### TÍTULO/TITLE:

La detección de los pacientes con riesgo de caída en el momento del ingreso.

#### Antecedentes/Objetivo

Todo paciente ingresado tiene un riesgo de caídas asociado a factores intrínsecos o propios de su persona junto a sus circunstancias puntuales y a factores extrínsecos, relacionados estos con el entorno en el que habita. En España en el proyecto Séneca en el que se evaluaron 34 hospitales de todo el Sistema Nacional de Salud español, un 3.6% de los pacientes manifestaron haber sufrido una caída durante su estancia hospitalaria en un centro de agudos

La valoración objetiva del riesgo individual de caídas es un elemento indispensable para el adecuado tratamiento del problema, que debe incluir tanto una atención individualizada a los factores de riesgo propios de cada paciente, y a aquellos otros factores no menos importantes aunque más olvidados que afectan por igual a todos, los factores extrínsecos, debidos estos al entorno en donde se desenvuelven pacientes, profesionales, cuidadores y acompañantes y por último, a las medidas generales informativas y educativas que deben adoptarse para aumentar la seguridad de todo ingresado y reducir al máximo el riesgo de accidentes.

La valoración del riesgo de caídas nos permite actuar sobre su incidencia y disminuir de forma eficaz la prevalencia. Hace posible que podamos identificar a la población de mayor riesgo y poner en práctica de forma más eficaz y eficiente las medidas encaminadas a la prevención de estos eventos adversos. Permite establecer un criterio unificado de información accesible por medios electrónicos a cualquier profesional que lo necesite, en cualquier momento y circunstancia. Facilita el uso y la coherencia de las estrategias generales de información y sensibilización dirigidas tanto a los propios pacientes, cuando sea posible, como a los profesionales, cuidadores habituales y visitantes.

Si bien existen escalas para la valoración del riesgo, en general estas no están validadas en nuestro entorno y no parece que tengan buena capacidad para detectar a pacientes de riesgo; son fiables pero no parece que discriminen bien cuáles son los paciente de riesgo.

Por ello, el objetivo de este estudio es evaluar la validez del juicio clínico de la enfermera para detectar pacientes con riesgo de caídas en el momento del ingreso en un hospital de agudos.

#### Método

Se ha realizado un estudio retrospectivo a partir de los registros clínicos electrónicos a fin de ver la validez del juicio clínico de la enfermera en la evaluación de riesgo de caída al ingreso para detectar a los pacientes que se caen. Se ha realizado una extracción anonimizada de las valoraciones al ingreso y de las caídas registradas durante el ingreso.

La variable dependiente es si el paciente ha sufrido caída en el ingreso y la variable independiente principal es la evaluación del riesgo de caída al ingreso. El resto de variables independientes, evaluadas al ingreso, incluidas son: Sexo, Edad, Incontinencia, Dependencia para el movimiento, la Alimentación, el Vestido y la Alteración del nivel de conciencia.

Se han incluido todos los pacientes dados de alta de unidades de adultos y que contasen con la valoración al ingreso realizada durante los años 2008 a 2012. Se han excluido los pacientes dados de alta de unidades pediátricas y de unidades neonatales.

Se ha calculado la sensibilidad y especificidad del riesgo de caídas evaluado por el juicio clínico de la enfermera al ingreso para detectar a los pacientes que posteriormente se caen. Se ha evaluado la asociación entre variables cualitativas con la Chi cuadrado. Se ha utilizado la t de Student para comparar una variable cuantitativa y una cualitativa.

Se ha calculado la incidencia acumulada de caídas. La medida de efecto de la variable dependiente (caída) con respecto a la evaluación de riesgo se ha calculado con la Odds ratio que se presenta con su intervalo de confianza al 95% (IC 95%). Se ha realizado un análisis estratificado de la variable independiente principal con el resto de variables incluidas en el estudio.

#### Resultados

Se han incluido 44.565 pacientes de los 57.022 que cumplían los criterios de inclusión (78,2%). De estos, tenían registrada caída

293 pacientes, lo que supone una incidencia acumulada de caídas del 0,7%. Tenían evaluado el riesgo de caídas 42.292 pacientes. De ellos 11.862 fueron evaluados de riesgo y sufrieron caída 175 (1,5%) y de los 30.430 evaluados sin riesgo, sufrieron caída 105 (0,3%). Las diferencias fueron estadísticamente significativas  $p < 0,001$  y la Odds ratio fue de 4,325 con un IC95% de (3,392; 5,514). La sensibilidad ha sido del 62,5% con un IC95% de (56,65; 68,35) y la especificidad del 72,18% con un IC95% de (71,75; 72,61)

En el análisis estratificado se observa que es mejor la evaluación del riesgo cuando el paciente no presenta otras variables que en la literatura se asocian al riesgo de caídas y que recogen la mayoría de escalas como la incontinencia, el estado de conciencia alterado, la dependencia del paciente o la alteración de la movilidad

#### Discusión

En el estudio se observa que la valoración del profesional detecta a los pacientes de riesgo de caídas, si se tiene en cuenta que hay caídas que son accidentales y/o no anticipadas que ocurren en paciente que no tienen ningún riesgo de sufrirlas por situaciones accidentales (tropezones o resbalones que cualquiera puede sufrir) o caídas que se producen en pacientes sin ningún tipo de antecedente o riesgo (por ejemplo por lipotimias), parece que la valoración y el juicio clínico profesional es un buen predictor del riesgo de caídas.

Por otra parte la sensibilidad y especificidad encontradas en el estudio, parece que están en la línea y cercanas a las de las escalas más utilizadas, destacar en esta línea una revisión sistemática realizada por Aranda-Gallardo et al publicada en 2013 en la que se incluyeron 12 estudios y que analizaron 3 escalas de evaluación de riesgo de caídas: la escala St. Thomas risk assessment tool in falling elderly inpatients STRATIFY, la escala Morse Fall Scale y la escala Hendrich II, encontraron en los resultados del meta análisis sensibilidades que oscilaban del 80% en la escala STRATIFY y el 62,8% en la escala Hendrich, y especificidades que oscilaban del 67,5 % en la escala STRATIFY y el 64% la Hendrich.

Pese a las limitaciones del estudio, por ser retrospectivo y el porcentaje de pérdidas que tiene, parece que el juicio clínico sistematizado del riesgo de caídas al ingreso del paciente en un hospital de agudos, podría ser un buen detector de los pacientes que pueden caerse.

En todo caso y dadas las características del estudio serían necesarios realizar estudios que sirvieran para corroborar estos resultados y que comparasen el juicio clínico de la enfermera con los resultados obtenidos con las principales escalas de evaluación riesgo de caídas.

Implicación para la práctica. El juicio clínico de la enfermera en el momento del ingreso puede servir para detectar los pacientes con riesgo de caídas en hospitales de agudos.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Passaro A et al. Benzodiazepines with different half-life and falling in a hospitalized population: the GIFA study. *J Clin Epidemiol.* 2000; 53: 1222-9

Alvarez Morezuela N, Asensio Bermejo B, Azkárata Aperribay J. Protocolo de valoración y medidas de prevención a pacientes adultos con riesgo de caídas en la atención hospitalaria de Osakidetza. 2009 Disponible en [http://extranet.hospitalcruces.com/doc/adjuntos/protocolo%20ca%C3%ADdas%20Osakidetza\\_2009.pdf](http://extranet.hospitalcruces.com/doc/adjuntos/protocolo%20ca%C3%ADdas%20Osakidetza_2009.pdf)

Aranda-Gallardo M, Morales-Asencio JM, Canca-Sanchez JC, Barrero-Sojo S, Perez-Jimenez C, Morales-Fernandez A, et al. Instruments for assessing the risk of falls in acute hospitalized patients: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res* 2013 Apr 2;13:122-6963-13-122

Cobo Montes MC. Seguridad del paciente. Protocolo de prevención de caídas. CHRU Carlos Haya. Málaga. 2011 Disponible en <http://www.carloshaya.net/LinkClick.aspx?fileticket=xuEUjXMxyss%3D&tabid=519>

- Falls. The assessment and prevention of falls in older people. Clinical guideline 21 November 2004. National Institute for Clinical Excellence. NHS.
- Hempel S, Newberry S, Wang Z et al. Review of the evidence on falls prevention on hospitals RAND Health 2012. Disponible en [http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working\\_papers/2012/RAND\\_WR907.pdf](http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2012/RAND_WR907.pdf)
- Joanna Briggs Institute. Caídas en hospitales. Best Practice 1998;2(2):1-6. Actualizado 15/03/2007
- Juvé Udina ME et al. Riesgo de caída en adultos hospitalizados. Enferm Clin. 1999; 9(6):257-63
- La seguridad en los cuidados de los pacientes hospitalizados. Proyecto SENECA. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
- Nursing Best Practice Guideline. Prevention of Falls and Fall Injuries. Guía RNAO. Revisada 2011 in the Older Adult Disponible en <http://rnao.ca/bpg/guidelines/prevention-falls-and-fall-injuries-older-adult>
- Prevención de caídas. Soluciones para la seguridad del paciente 2008. Documento borrador traducido y adaptado por la agencia de calidad sanitaria de Andalucía de "preventing patient falls" WHO Collaborating Centre on Patient Safety Solutions.
- Rodríguez Rieiro C, Velasco Gago MC, Chacón García A, Izquierdo Membrilla I, Sanchidrián de Blas C, Rodríguez Pérez P. Caídas en el hospital: registro del año 2005. Rev Calid Asist 2007; 22(3) : 128-32
- Clyburn TA, Heydemann JA. Fall Prevention in the Elderly: Analysis and Comprehensive Review of Methods Used in the Hospital and in the Home Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons 2011, 19(7): 402-409

**AUTORES/AUTHORS:**

César Augusto Navarro Maldonado, Antonio Jesús Rodríguez Velázquez, Carmen V. Almeida González, Margarita Maldonado Campaña, Antonio Velázquez Salas, Rafael Ortíz Ríos, José María Ponce González, Paula Goya Gómez

**TÍTULO/TITLE:**

Prevención de caídas en mayores. Evaluación de intervención educativa de Enfermería para reducir riesgos en domicilio

**INTRODUCCION:**

Las caídas en personas mayores suponen un importante problema de salud pública, tanto por sus consecuencias físicas y psíquicas como por las sociales y económicas. Su frecuencia, su alta mortalidad, su asociación a la inmovilización, a que son causa de institucionalización prematura y a la pérdida de la independencia del paciente, induce a que se hable de Síndrome Geriátrico. Las causas de caídas pueden ser múltiples y, en la mayoría de los casos, son el resultado de la suma de muchos factores; habitualmente se diferencian en dos grandes grupos: factores intrínsecos o propios del anciano, y factores extrínsecos o situacionales (ambientales y conductuales), siendo estos últimos los responsables de más de la mitad de las caídas, y estando producido con mucha frecuencia por tropiezo y al resbalar.

La caída accidental no es un hecho impredecible o inevitable debido al azar o al envejecimiento normal del individuo, muchos factores predisponentes podrían ser reducidos o evitados a partir del momento en que el anciano adquiere conciencia de su vulnerabilidad. Es importante desarrollar estrategias educativas que estimulen el compromiso de las personas mayores en su propio autocuidado para corregir los factores de riesgo de caídas.

Una revisión de la Biblioteca Cochrane sobre "Intervenciones para la prevención de caídas en personas de edad avanzada que residen en la comunidad" concluye que las intervenciones para la seguridad domiciliar reducen la tasa de caídas, aunque se necesitan más estudios con buenos diseños y muestras suficientes que apoyen esta conclusión.

La enfermera de familia, entre sus actividades de Visitas Domiciliarias a personas mayores tiene la oportunidad de abordar el problema de las caídas en domicilio.

Por lo expuesto nos planteamos la pregunta: ¿puede Enfermería mediante una Intervención Básica de Apoyo Educativo (IBAE) reducir las caídas en el domicilio de las personas mayores?.

El objetivo de esta investigación es evaluar la efectividad de una Intervención Básica de Apoyo Educativo sobre la prevención de caídas de personas mayores en domicilio, cuantificando la disminución de caídas en el grupo experimental respecto al control.

Estudio cofinanciado por Instituto de Salud Carlos III-FIS, con Nº de Expediente: PI10/01037 y Consejería de Salud Junta-Andalucía.

**METODOLOGIA:**

Esta investigación se realiza entre las personas mayores de 65 años que enfermería atiende en domicilio (Cartera de Servicios de Inmovilizados de Atención Primaria del SAS), y deambulan, en los Distritos Sanitarios Sevilla Norte y Sevilla Sur, entre Mayo 2011 y Noviembre 2012.

Se trata de un estudio experimental con grupo control, multicéntrico, con evaluación ciega por terceros, para evaluar la efectividad de una Intervención para prevenir caídas.

Para la realización de este estudio se construyó una lista que contenía por un lado una serie de riesgos ambientales en domicilio que podían incidir en caídas, y por otro una serie de conductas personales que podían generar también caídas, esta lista se sacó de la amplia bibliografía existente sobre factores extrínsecos en el campo de las caídas de personas mayores. Sobre esa lista se construyeron una serie de recomendaciones para poder evitar que estén presentes esos riesgos. La medición y posterior recomendaciones repetidas en varias ocasiones constituyeron la Intervención Básica de Apoyo Educativo (IBAE).

Al grupo experimental se le realizó recomendaciones sobre riesgos de caídas, ambientales y conductuales, presentes en los

domicilios del mayor (IBAE) en 5 ocasiones durante los 18 meses que duró el estudio, al grupo control se le realizó su intervención habitual.

La población de estudio estaba distribuida en 32 Unidades de Gestión Clínica (UGC), 19 del Distrito Sevilla Sur y 13 del Norte. Estas 32 UGC se asignaron al azar en igual número a los dos grupos; 16 a cada grupo. El tamaño muestral determinado para el estudio en cada grupo, se repartió de forma proporcional entre las UGC en base al número de mayores que existían en cada una de ellas. Finalmente, el número de mayores asignados a cada UGC se repartió entre los enfermeros mediante un muestreo aleatorio estratificado con afijación proporcional (ponderado por el número de mayores asignados a cada enfermero), resultando 356 personas por grupo.

La población de inmovilizados era de 7678, los inmovilizados que deambulan incluidos en el estudio fueron 2883, se eligió una muestra aleatorizada de 712 personas, 356 por grupo, al final del estudio, tras las pérdidas (exitus, cambio domicilio, etc.) quedaron 288 en el G. experimental y 275 en el G control, el tamaño muestral, en ambos grupos, fue suficiente para detectar diferencias significativas entre éstos.

Para este estudio se midieron variables sociodemográficas, de patologías y medicamentos para la comparabilidad de grupos y como variable dependiente principal el nº de caídas durante el tiempo que duró el estudio (18 meses) en los dos grupos.

Se construyó una hoja de datos para registrar las variables mencionadas. Fueron los Enfermeros de Familia los que, previo adiestramiento, recogieron los datos de las variables y realizaron la IBAE.

#### RESULTADOS:

Los grupos (control y experimental) son homogéneos en las variables sociodemográficas, de patologías, medicación, en la dependencia, y en las medias de caídas antes del estudio.

La media de edad de esta población diana es 81,09 años (IC del 95%, 80,56-81,62), el 75,7% son mujeres, el 75,7% consume más de 5 fármacos, el 75% presenta deterioro visual, la media del Índice de Barthel es 72,6 (IC del 95%, 71,07-74,13).

Al finalizar el estudio en el grupo control se habían caído 124 mayores de los 275 que componían el grupo, en este grupo se habían caído un 45,1%; en el Grupo Experimental se habían caído (al finalizar el estudio) 89 mayores de los 288 que componían el grupo, es decir un 30,9%, la diferencia de ambas proporciones es significativa con  $p=0,001$ .

De igual modo al finalizar el estudio la media de caídas en el grupo experimental es de 0,52 caídas y en el grupo control de 0,72 ( $p=0,000$ ).

#### DISCUSION:

Diversas intervenciones han demostrado su eficacia en la reducción de caídas de mayores, las que más han de mostrado su eficacia son las intervenciones multidisciplinares y multifactoriales, pero a veces son costosas y difícil de implementar, y más extenderlas a una amplia población y mantenerlas en el tiempo.

La IBAE se encuentra diseñada para poderse realizar en poco tiempo y poder extenderse al colectivo de Enfermeras/os de Familia. Este estudio demuestra que la IBAE reduce, de modo significativo, las caídas en este grupo específico de población.

Si enfermería introduce esta IBAE (que es sencilla de realizar y requiere poco tiempo) en sus visitas domiciliarias periódicas, se podrían prevenir muchas caídas.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

\* Duarte M, Rodrigues A, Rodrigues F, Pereira C. Variables asociadas con la ocurrencia de caídas a partir del diagnósticos de enfermería en ancianos atendidos ambulatorialmente. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007; 15(2):311-317.

\* García GM, Montero JV, Montoiro SM, Seoane G, Mayán JM. El mayor y su casa. Barreras arquitectónicas. Gerokomos. 2004;

15(3)

\* Gillespie L, Robertson M, Gillespie W, Sherrington C, Gates S, Clemson L, Lamb S. Intervenciones para la prevención de caídas en las personas de edad avanzada que residen en la comunidad. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 9. Art. No.: CD007146. DOI: 10.1002/14651858.CD007146

\* Navarro Maldonado, César Augusto; Rodríguez Velázquez, Antonio Jesús. Riesgo de caídas de mayores de 65 años en domicilio, abordaje desde enfermería. Caso clínico. Evidentia. 2009 ene-mar; 6(25).  
Disponible en: <[www.index-f.com/evidentia/n25/ev6844.php](http://www.index-f.com/evidentia/n25/ev6844.php)>

\* Wyman JF, Croghan CF, Nachreiner NM, Gross CR, Stock HH, Talley K, Monigold M. Effectiveness of Education and Individualized Counseling in Reducing Environmental Hazards in the Homes of Community-Dwelling Older Women. J Am Geriatr Soc. 2007 Oct;55(10):1548-56.

\* Cumming RG, Thomas M, Szonyi G, Salkeld G, O'Neill E, Westbury C, et al. Home visits by an occupational therapist for assessment and modification of environmental hazards: a randomized trial of falls prevention. Journal of the American Geriatrics Society 1999;47(12):1397-1402.

\* Day L, Fildes B, Gordon I, Fitzharris M, Flamer H, Lord S. Randomised factorial trial of falls prevention among older people living in their own homes. BMJ 2002;325(7356): 128-31.

\* Pérula LA, Varas-Fabra F, Rodríguez V, Ruiz-Moral R, Fernández JA, González J, Pérula CJ, Roldán AM, de Dios C. Effectiveness of a multifactorial intervention program to reduce falls incidence among community-living older adults: a randomized controlled trial. EPICA Study Collaborative Group. Arch Phys Med Rehabil. 2012 Oct;93(10):1677-84

\* Martínez Orozco, M<sup>a</sup> Antonia; Pérez Trujillo, Ana; Rodríguez Borrego, M<sup>a</sup> Aurora; Rodríguez Navarro, Victoriano; Pérula de Torres, Luis Ángel; Cadenas de LLano Irazola, Beatriz. Efecto de una intervención educativa domiciliaria en la mejora de las condiciones de las viviendas de las personas mayores para reducir el riesgo de caídas. Evidentia. 2012 jul-sep; 9(39). Disponible en: <[www.index-f.com/evidentia/n39/ev7912.php](http://www.index-f.com/evidentia/n39/ev7912.php)>

## Mesa de Comunicaciones 7: Práctica Clínica

### Concurrent Session 7: Clinical Practice

#### AUTORES/AUTHORS:

Nurcan Ertug, Özge Ulusoylu, Ayça Bal, Hazal Özgür

#### TÍTULO/TITLE:

The Comparison of Two Different Methods Reducing Preoperative Anxiety: A Randomized Controlled Study

**Objective:** The purpose of this study was compare to effectiveness of relaxation exercise and nature sounds reducing preoperative anxiety.

**Method:** This randomized controlled experimental study was conducted between on January to May 2014. The population was 159 preoperative patients who staying in a university hospital in Ankara, Turkey. Patients were randomly divided into 3 groups (53 patients for each group). The first experimental group performed relaxation exercise (RE) for 10 minutes. The second experimental group listened nature sounds (NS) using headphones for 20 minutes. The control group underwent usual care. Data were collected using Visual Analog Scale (VAS) and State Anxiety Inventory (SAI). Data were collected three times in experimental groups: 1) immediately before the interventions 2) immediately after the interventions 3) 30 minutes after the second measurement. Data were collected three times in control group 1) base measurement 2) 20 minutes after the base measurement 3) 30 minutes after the second measurement. This study was approved by a University Ethics Committee. Informed consent was obtained from all participants. Written permissions were obtained from the head of institutions. The data were evaluated using x2, repeated measures ANOVA, one-way ANOVA, and t-test. Statistical significance was defined as  $p < 0.05$ . Statistical significance in post-hoc analysis was defined as  $p < 0.016$ .

**Results:** The three groups were similar in terms of demographic and clinical characteristics. The mean age of patients was 52.14. Approximately half of the patients (52.2%) were female. Most of patients (57.9%) had major operation. There were no differences between groups in baseline VAS and SAI scores. The mean state anxiety score was 49 in RE group, 47 in NS group and 60 in the control group for the second measurement (after interventions). There were statistically significant differences among the control and experimental groups ( $p < 0.016$ ). The mean VAS score was 4.0 in RE group, 4.1 in NS group and 5.0 in the control group for the second measurement (after interventions). There were statistically significant differences among the control and experimental groups ( $p < 0.016$ ). There were no significant differences between RE and NS groups in VAS and SAI scores.

**Discussion:** Nature sounds and relaxation exercises decreased preoperative anxiety. Both relaxation exercise and listening nature sounds methods similarly were effective reducing preoperative anxiety. These results are consistent with previous studies that determined the positive effects of nature sounds and relaxation exercises. The experimental studies conducted in different patient groups revealed that nature sounds and relaxation exercises reduce anxiety (1-7) and pain (2, 4, 8-10). Both methods were recommended to use reducing preoperative anxiety.

**Key words:** Preoperative anxiety, relaxation exercise, nature sounds.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.Aghaie B, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Ebadi A, et al. Effect of nature-based sound therapy on agitation and anxiety in coronary artery bypass graft patients during the weaning of mechanical ventilation: A randomised clinical trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2014;51:526-38.
- 2.Büyükyılmaz F, Asti T. The effect of relaxation techniques and back massage on pain and anxiety in Turkish total hip or knee arthroplasty patients. *Pain Management Nursing*. 2013;14:143-54.
- 3.Lembo T, Fitzgerald L, Matin K, Mayer EA, et al. Audio and visual stimulation reduces patient discomfort during screening flexible sigmoidoscopy. *The American Journal of Gastroenterology*. 1998;93:1113-6.

4. Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Vaismoradi M, Jasper M. Effect of systematic relaxation techniques on anxiety and pain in older patients undergoing abdominal surgery. *International Journal of Nursing Practice*. 2013;19:462-70.
5. Saadatmand V, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Tadrissi SD, et al. Effect of nature-based sounds' intervention on agitation, anxiety, and stress in patients under mechanical ventilator support: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2013;50:895-904.
6. Zhao L, Wu H, Zhou X, Wang Q, et al. Effects of progressive muscular relaxation training on anxiety, depression and quality of life of endometriosis patients under gonadotrophin-releasing hormone agonist therapy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2012;162:211-5.
7. Zhou K, Li X, Li J, Liu et al. A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breast cancer patients after radical mastectomy: Results on depression, anxiety and length of hospital stay. *European Journal of Oncology Nursing*. 2014 (in press); DOI: 10.1016/j.ejon.2014.07.010.
8. Cutshall SM, Anderson PG, Prinsen SK, Wentworth LJ, et al. Effect of the combination of music and nature sounds on pain and anxiety in cardiac surgical patients: A randomized study. *Alternative Therapies*. 2011;17:16-23.
9. Diette GB, Lechtzin N, Haponik E, Devrotes A, et al. Distraction therapy with nature sights and sounds reduces pain during flexible bronchoscopy. *Chest*. 2003;123:941-8.
10. Rambod M, Sharif F, Pourali-Mohammadi N, Pasyar N, et al. Evaluation of the effect of Benson's relaxation technique on pain and quality of life of haemodialysis patients: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2014;51:964-73.



**AUTORES/AUTHORS:**

Meltem Yildirim, Ozge Sukut, Makbule Batmaz, Tuba Kinali, Guldenur Komat

**TÍTULO/TITLE:**

An Auditory Stimulus to Unconscious Patients in Intensive Care Unit: Voice Record of Patient's Relative

**Objectives:** Intensive care unit keeps the patient away from his psychological support system which is his family. Therefore filling this emptiness in patient's perspective becomes the role of the nurse in the intensive care unit. However the nurses can have difficulties in talking or continuing a speech with an unconscious patient. In this point, nurse can collaborate with the family members to support the patient's psychological needs. Therefore, the aim of this study was to investigate the visual and physiological effects of a voice record which is recorded by patient's relative among unconscious patients in intensive care unit.

**Material and Methods:** This randomized controlled experimental study was conducted in a general intensive care unit of a private hospital with written institutional permission between March 5th and April 20th, 2014 in Istanbul, Turkey. The patients with odd bed number included in the experimental group and the patients with even bed number included in the control group. The study completed with 22 patients in the experimental group and 22 patients in the control group. All patients included in the sample were intubated and unconscious. The relative who has good connections with the patient invited to a calm room and asked to speak a maximum 5 minutes of positive speech in a tape. Informed consents for the patients were taken from the patient's legal heir and the relatives also gave consents for their voice records. The patients in the experimental group listened the tape once a day with earphones. The data collected by descriptive statistics, chi-square test, and one-way analysis of variance in related samples.

**Results:** The most common indication for admission to the intensive care unit was respiratory distress with 45.5% (n=20). In the experimental group the most frequently observed change during listening was found doing mimics in 50% (n=11) of the patients. In the experimental group, 18 (81.8%) patients out of 22 were showed certain reactions after listening to the tape. In the control group, the patients who showed reactions after listening to the tape were found only 10 (45.4%) out of 22 patients. This difference between groups was found statistically significant ( $p < 0.01$ ). There wasn't any significant difference between groups in terms of vital signs ( $p > 0.05$ ).

**Discussion:** After listening to their relative's voice record; mimic changes were the most common observed change in this study. The observed behavioral changes seen in the experimental group was significantly more meaningful than the control group. It is suggested to repeat this study in with a more homogenous sample and investigate experiences of the patients about intensive care unit after their discharge.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Eichhorn DJ, Meyers TA, Guzzetta CE, Clark AP, Klein JD, Calvin AO (2001) Family Presence During Invasive Procedures and Resuscitation: Hearing the Voice of the Patient, *AJN*, 101(5): 48-55.

Russell S (1999) An exploratory study of patients' perceptions, memories and experiences of an intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4): 783-791.

Geraghty M (2005) Nursing the unconscious patient. *Nursing Standard*, 20(1): 54-64.

**AUTORES/AUTHORS:**

Devakirubai Jacob

**TÍTULO/TITLE:**

Efficacy of Cling Film Dressing on Palmoplantar Psoriatic Lesions a randomized clinical trial.

**Introduction**

"Caring for patients with skin disorders is more than skin deep". Skin conditions due to their visibility have a profound cosmetic effect on body image and as a result, are an emotional burden. Psoriasis is a systematic immune-mediated disease which generally does not affect survival; it certainly has a number of major negative effects on patients. Daniel et al. (2006), published their study results that reveals 16.7% of the participants were unemployed due to psoriasis, and 40% experienced relatively high degree of disease impact as impairment while working.

Psoriasis is characterized by abnormal epidermal proliferation and thickening of the epidermal layer which manifests as a scaly red plaque which is a clinical reflection of hyperkeratosis. Andrew Finlay (2005) explained that small plaques on the elbow may not be particularly debilitating, but even small area of involvement on the palms or soles may affect the patients' lives and their functioning. Steven et al. (2005) has reported that the American academy of dermatology consensus has stated that 87% of patients with severe psoriasis receive topical corticosteroids as the first line of treatment William et al.(2004) has explained that hydration allows water to open up the dense structure of the horny layer of epidermis thereby altering the barrier function. Furthermore occlusion allows moisture to be built up underneath the films, facilitating the transdermal delivery of drugs across the stratum corneum. William emphasized that the occlusive technique can be utilized in the delivery of topical steroids in inflammatory skin diseases like psoriasis.

Sang Min Wang (2001) reported that artificial restoration of permeability barrier by occlusion results in regression of lesion in psoriasis.

**Objective:**

To compare the efficacy of cling film dressing versus conventional treatment in reducing disease severity on palmoplantar lesion of psoriatic patients.

**Methods:**

The research design used in the study was true experimental time series design . The study was conducted in dermatology out-patient department in renowned Tertiary care health facility in South India; Pre assessment of psoriatic disease severity levels, were assessed for palmoplantar psoriatic patients using Modified psoriasis severity index (MPSI )scale. Patients with Palmoplantar psoriasis who were with Modified psoriasis severity index(MPSI) score  $\geq 13$  only (moderate to severe cases) were included. MPSI score is the sum of erythema, plaque elevation scaling and pruritus in palmar and plantar region. Severity was rated on a scale ranging from 0-32. The sampling technique adopted for the study was random sampling. Patients fulfilling the inclusion criteria were assigned to experimental and control groups by lot method. Psoriatic severity index scale was modified and pilot tested with a sample of 6 palmoplantar psoriatic patients to determine the feasibility and practicability of the instrument. Validity was then obtained from medical and nursing experts.

The total sample size was 30 with 15 patients for intervention group (application of topical corticosteroid eczevate MF with cling film wrap) and 15 for control group (conventional treatment Topical corticosteroid "eczevate MF" without occlusive dressing). Control group participants followed the conventional treatment (Topical corticosteroid "eczevate MF" without occlusive dressing), the intervention group participants followed the experiment standards (application of topical corticosteroid eczevate MF with cling film wrap) for a period of 2 weeks. cling film application was demonstrated to experimental group patients, & each patient was made to do a return demonstration and instructed to apply the cling flim dressing overnight for a minimum period of 6 hrs (between 10pm – 6am) . The investigator has followed up the patients by intensive telephonic reinforcement every night for 2 weeks to make sure they applied

the cling film dressing without fail. Post assessment done twice during the following two weeks on successive Tuesdays at the psoriasis clinic to measure the disease severity on the palmar and plantar region. It was done the same way as in preassessment using the MPSI scale. Overall one pre -assessment and two post assessments were made for each sample.

**Results:**

Paired 't' test was used to assess the effectiveness of the therapy instituted for each group. The assessment of psoriatic disease severity in the control group patients following conventional treatment reveals that the mean psoriatic disease severity level for first post assessment is 2.2 and paired 't' analysis showed a statistical significance ( $p < 0.05$ ). Assessing the mean psoriatic disease severity level for 2nd post assessment is 6.1 and paired 't' analysis showed a high statistical significance ( $p < 0.001$ ). Assessing the psoriatic disease severity level for experimental group patients, the first and second post assessment revealed a mean psoriatic disease severity levels of 8.8 and 20.1 respectively and paired 't' analysis showed a high statistical significance ( $p < 0.001$ ). Independent 't' test was used to compare psoriatic disease severity levels between the control and experimental group which revealed statistical significance ( $p < 0.001$ ).

**Implications:**

The management of dermatologic problems often creates a challenging situation for nurses. It requires perfect application of gained knowledge with commitment. Considerable emphasis should be placed on identifying individuals who are at risk of developing severe or very severe levels of psoriasis. Each patient must be evaluated on their visit to the dermatology OPD by using the modified psoriasis severity index score, which helps the nurses as well as other medical personnel to identify patients who are having moderate to very severe levels of psoriatic disease for whom cling film dressing along with steroidal cream application can be recommended.

Evidence based practice is a corner stone of the professional nursing practice which will enhance the quality of patient care and form a foundation on which nursing care is based. Cling film dressing has proved to be a useful therapy in reducing psoriatic disease severity. Its applicability can be further tested in patients with other types of psoriasis like plaque, guttate, erythrodermic etc. These research based practice would ensure continuity of care and decrease the incidence of very severe levels of psoriasis.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Daniel Pearce, J., Saurabh Singh. & Rajesh Balkrishnan, M. (2006). The negative impact of psoriasis on the workplace. *Journal of Dermatological treatment*, 17(2), 24-28.
2. Andrew Finlay, Y. (2005). Quality of life indices. *Indian journal of Dermatology and Venereology*, 70(3), 143-148.
3. Steven Feldman, R., John, Y.M., Alan Menter. & Jerry Bagel. (2005). Decision points for the initiation of systemic treatment for psoriasis. *Journal of American Academy of Dermatology*, 53(1), 101-107.
4. San Min Wang, H., Sung Ku Ahn, F.& Gopinath, K. (2001). Basis of occlusive therapy in psoriasis: correcting defects in permeability barrier calcium gradient. *The international Journal of Dermatology*, 40(3), 223-231.
5. William Ting, W., Cortney Vest, D. & Richard, Sontheimer, D. (2004). Review of traditional and novel modalities that enhance the permeability of local therapeutics across the stratum corneum. *The international Journal of Dermatology*, 43(1), 538-547.

**AUTORES/AUTHORS:**

Melek Kayis, Hayat Yalin, Fatma Eti Aslan

**TÍTULO/TITLE:**

Effects of Different Concentrations of Chlorhexidine Gluconate Used For Oral Care on Oral Flora

Intensive care units; are established to take care of patients in the high risk group, and many technological devices and equipment are used in, and expose multiple invasive procedures to patients, and requires interdisciplinary cooperation (1). Intensive care patients are often completely dependent, sedated, intubated, parenteral and / or enteral feeding, individuals with chronic diseases (2). In particular, patients undergoing ventilation treatment are vulnerable to pathogen colonization due to failure to follow proper techniques airway aspiration and lack of swallowing reflex and oropharyngeal decontamination (3). Nurses should be maintaining adequate oral care to patients of which cannot be fed through the mouth, and experience fluid restriction, and nasogastric catheter is being applied to, and breath via mouth, and take oxygen therapy, and underwent oral, maxillofacial surgery, and is applied radiation therapy, chemotherapy, and in palliative, coma, and is depending on mechanical ventilator (4, 5, 6, 7, 8, 9).

Objective: According to a systematic review, the use of prophylactic antiseptic solution in oral decontamination of mechanical ventilator dependent patients is reducing the ventilator-associated pneumonia incidence; as to antibiotic-containing solution, it is indicated that more evidence is needed (10). The study was performed as a randomized controlled, double-blind and experimental to determine the effects of three different concentrations (%2, %0.2%, %0.12) of chlorhexidine gluconate solution and %0.9 concentration of NaCl solution onto oral flora of patients under treatment in surgical intensive care unit.

Methods: The population of the study consist of Surgical Intensive Care Unit patients whom had been undergone treatment between May 2013 and August 2013 at a public hospital. The sample of the study consist of 72 patients (4 groups with 18 members per each) that meet the criteria of research. Patients which are forming sampling were chosen by using the equal probability of selection method, divided to 4 groups of 18 members ( each group consisting of 18 patients, four groups (group 1 of 0.12% chlorhexidine gluconate; group 2 of chlorhexidine gluconate 2%; group 3 of 0.2% chlorhexidine gluconate; group 4 of 0.9% NaCl). Associated Investigators determined the concentration of chlorhexidine gluconate or NaCl 0.9% in which will be applied to patients referring the oral care. Pharmacist, which would also prepare solutions, prepared 6 pieces of 500 cc of sterile glass ampoules per each 2% chlorhexidine gluconate, chlorhexidine gluconate 0.2%, 0.9% NaCl, 0.12% chlorhexidine gluconate; A, B, C and D letters were written on. Naming this bottle of solution, pharmacists applied randomized method. Pharmacist didn't share randomized method result with researcher or any other third party. The document which indicate what bottles are including was stored in a sealed envelope until the end of the research. Once survey data analysis process was completed; Which patient is given oral care with which solution is learned by opening of envelope learned by opening the envelope. To patients in the experimental group was given 2%, 0.2% and 0.12% chlorhexidine gluconate solution; as for patients in the control group was given the 0.9% NaCl solution. According to Oral Care Treatment Procedures Form prepared by researchers, oral care was given all patients in group.

Research datas have been obtained by using Socio-Demographic Characteristics Form, Oral Salivary Sample Form, Patient Care Schedule, Oral Care Protocol and Oral Assessment Guide. Statistical package program SPSS (version 17.0) was used to evaluate the findings obtained from the study. Results are evaluated at %95 confidence interval,  $p < 0.05$  significance level,  $p < 0.01$ ,  $p < 0.001$  advanced significance level.

Results: As a result of microbiological analysis carried out with the purpose of determining the effect of oral care solutions onto oral flora, the most significant reduction in colonized bacteria quantity was seen in the group that chlorhexidine gluconate used at the concentration of 2%. The detected positive changes in Oral Assessment Guide Scores Means (score reduction) were statistically significant. Score reduction that is obtained at the second assessment of groups that chlorhexidine gluconate used at the concentration of 2% and 0.2%; and score reduction that is obtained at the fourth assessment of groups that chlorhexidine gluconate

used at the concentration of 12% was statistically significant. And observed change in the groups that NaCl (0.9%) is used was not statistically significant. Almost all of the patients in the surgical intensive care unit are being intubated and followingly receive artificial ventilation support. Therefore, care needs of patients treated in this unit must be met by unit nurses. One of the care needs of patients in intensive care units, and perhaps even one of the most important one is the oral care. Ordinary oral flora includes multiple and diverse microorganisms. These microorganisms does not cause problems in healthy individuals. But, once patients treated in intensive care units, if not particularly effective oral decontamination is provided, microorganisms causes the development of ventilator-associated pneumonia.

Working under the light of findings in the research, chlorhexidine gluconate solution at all concentrations (0.12%, 0.2%, 2%) is more effective on oral flora of intubated patients treated in surgical intensive care unit than % 0.9 NaCl over the 48-hour period. In the groups which Chlorhexidine gluconate 2% and 0.2% concentrations is used, the change in mean scores of Oral Assessment Guide showed statistically significant. In the group which 0.9% NaCl is used, the change in mean scores of Oral Assessment Guide showed statistically insignificant.

Groups which chlorhexidine gluconate is used at concentration of 2%, decline in the colonized total GRND, GRPK and AHGP occurring after the application is higher than other all groups.

Chlorhexidine gluconate 0.2% and 2% concentrations have similar impacts in terms of salivary and lips assessment. 0.2% chlorhexidine gluconate in term of lips assessment and 2% chlorhexidine gluconate in term of gums assessment are more effective than other solutions. This difference occurred is referred as the increase of the concentration cause improvement on the gums. Concentration of 0.2% compared to the other concentrations have been interpreted to be the ideal solution regarding the lips.

Conclusion: As a result; similar studies should be performed in different intensive care units (except Surgical Intensive Care Units), studies over 48 hour period which is questioning the impact of different concentrations of chlorhexidine gluconate solution onto VAP should be performed, Oral Assessment Scale which is valid in Turkey should be developed, Oral Assessment Scale Conducting studies should be performed.

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

### References

1. Kaya N, Tezi B. Yogun bakim hastasinda hemsirelik bakimi. *Yogun Bakim Dergisi* 2011; 1: s21-25.
2. Griffiths J, Jones V, Leeman I, Lewis D, Patel K, Wilson K. Guidelines for the development of local standards of oral health care efor dependent, dysplagic, critically and terminally III patients. *British Society For Disability And Oral Health* 2000.
3. Sayders O, Khondowe O, Bell J. Oral chlorhexidine in the prevention of ventilator-associated pneumonia in critically ill adults in the ICU. *SAJCC* 2011; Vol. 27: 48-56.
4. Choi S, Kim H. Sodium Bicarbonate Solution versus Chlorhexidine Mouthwash in Oral Care of Acute Leukemia Patients Undergoing Induction Chemotherapy: A Randomized Controlled Trial. *Asian Nursing Research* 2012; (6): 60-66.
5. Munro CL, Grap MJ. Oral Health and Care in the Intensive Care Unit: State of the Science. *Am J Crit Care* 2004;(13):25-34.
6. Perrie H, Scrihante J, Windsor S. A survey of oral care practices in South African intensive care units. *SAJCC* 2011; (27): 42-46.
7. Ryles J. Evidence Based Mount Care Policy. Doncaster and Bassetlaw Hospital NHS Foundation Trust. 2009; 1-21.
8. Sener BC, Tuncer M, Battali E. Metotreksat+5 Florourasil Kombinasyonuna Bagli Gelisen Oral Yanetkileri Önlemede Agiz Hijyeninin Etkisi. *IÜ. Dis Hek Fak Der* 1997; (31): 55-61.
9. Terzi1 B, Kaya N. Yogun Bakim Hastasinda Hemsirelik Bakimi. *Yogun Bakim Derg* 2011;(1): 21-25.
10. Chan EY, Ruest A, Meade MO, Cook DJ. Oral decontamination for prevention of pneumonia in mechanically ventilated adults: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2007; 1-11.

**AUTORES/AUTHORS:**

Inaiara Corbi, Fabiana Bolela, Flávia Pelegrino, Fernanda Silva, Rafaela Monzato, Lidia Rossi, Márcia Ciol, Rosana Dantas

**TÍTULO/TITLE:**

An educational program to improve quality of life in patients who are taking oral anticoagulants: experimental study

**OBJECTIVE**

To test an educational program with telephone follow-up to improve health-related quality of life (HRQoL), and reduce anxiety and depression symptoms in patients who are taking oral anticoagulants (OA).

**METHOD**

Patients on established OA treatment and who were hospitalized from March 2011 to December 2012 to adjust the OA dosage in a Brazilian hospital were randomized to either an educational program with telephone follow-up (N=55) or a control group (N=58)<sup>1</sup>. The intervention group received face-to-face counseling, information booklets, and telephone follow-up, while the control group received only routine instructions given by the hospital. At the hospitalization and two months after discharge, patients were assessed by the Duke Anticoagulation Satisfaction Scale (DASS) as a measure of HRQoL (lower scores indicate better HRQoL)<sup>2</sup>, and by the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, higher scores indicating more symptoms of anxiety and depression)<sup>3</sup>. Two months after discharge, 44 participants (76%) completed the follow-up in the control group and 38 (69%) in the intervention group. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests. Significance level was set at  $p=0.05$ .

**RESULTS:** The groups were similar in duration of treatment with OA (approximately 7 years), mean age (~57 years), and years of education (~5 years). At hospitalization, there were no differences between the intervention and control groups in HRQoL (mean [SD]=70 [22] vs. 70 [21],  $p=0.95$ ), symptoms of depression (4.4 [4.1] vs. 5.0 [4.2],  $p=0.51$ ) and anxiety (6.4 [4.7] vs. 7.0 [4.5],  $p=0.58$ ). Two months after discharge, the intervention group reported similar scores than the control group for in HRQoL (mean [SD]=65 [20] vs. 64 [20],  $p=0.65$ ), symptoms of depression (mean [SD]= 4.4 [3.5] vs. 5.4 [4.2],  $p=0.27$ ) and anxiety (5.9 [4.6] vs. 7.2 [4.3],  $p=0.20$ ).

**DISCUSSION**

While this same educational intervention with telephone follow-up showed some positive results in a study of individuals starting their OA treatment<sup>4</sup>, the results were not as promising in individuals who are already taking OA for a long time. To improve this group's HRQoL and symptoms of anxiety and depression, we will need to develop a different strategy.

This study was sponsored by the São Paulo Research Foundation (FAPESP), Grant 2010/10006-8.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- 1 - LANDEFELD, C.S.; ROSENBLATT, M.W.; GOLDMAN, L. Bleeding outpatients treated with warfarin: relation to the prothrombin time and important remediable lesions. *American Journal Medicine*, v.87, p. 153-9, 1989.
- 2 - SAMSA, G. et al. A new instrument for measuring anticoagulation-related quality of life: development and preliminary validation. *Health Quality Life Outcomes*, v.6, n.2, p. 22-33, 2004.
- 3 - ZIGMOND, A.S.; SNAITH, R.P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, n. 67, 361-70, 1983.
- 4 - PELEGRINO, F.M. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, adesão ao tratamento medicamentoso e autoeficácia de indivíduos submetidos a um programa educacional após iniciarem o uso de anticoagulante oral. 2013. 101f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Brasil.

## Mesa de Comunicaciones 8: Docencia

### Concurrent Session 8: Nursing Education

#### AUTORES/AUTHORS:

Alicia Negrón Fraga, Azucena Santillán García, Francisca Martín Llorente

#### TÍTULO/TITLE:

Especialistas en Ciencias de la Salud, variación del reconocimiento del título en procesos selectivos públicos

#### OBJETIVO

Describir la variación en el reconocimiento de los Especialistas en Ciencias de la Salud en oposiciones y bolsas de selección de personal de filiación pública.

#### MÉTODO

Investigación primaria en el ámbito de la gestión del personal

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión bibliográfica de 27 convocatorias de bolsa de empleo público y concurso-oposición, OPE, publicadas por Servicios de Salud en España hasta el año 2013.

Sujetos: convocatorias oficiales de los Servicios de Salud de Asturias, Aragón, Valencia, Madrid, Canarias, Murcia, La Rioja, Castilla La Mancha e Islas Baleares para OPE de Matronas 6, Salud Mental 2, DUE Urgencias 2, DUE 2, Medicina 7, Psicología 1, Física 1. Bolsas de Empleo: 4 Médicas, 1 DUE

Se valoraron las variables:

- Puntuación otorgada: por mes trabajado en la especialidad, durante la residencia, y como generalista o no como especialista de la convocatoria.
- Máximas puntuaciones otorgadas en tiempo trabajado, en formación y por títulos de especialista.
- Puntuación por tener el título de Especialista en Ciencias de la Salud.
- Puntos por crédito de formación continuada, FC.
- Obligatoriedad de la titulación en convocatorias de selección de una especialidad.

Instrumento de obtención: Lectura y revisión de boletines oficiales de CCAA y del Estado. Consulta de webs de colegios profesionales.

Análisis: Mediante programa Excel: registro, tablas, homogeneización mediante porcentaje de las variables de tiempo trabajado en los diversos puestos respecto de la máxima puntuación posible para tiempo trabajado en la convocatoria, e igual con ponderación del título con total de FC, media y desviación estándar.

#### RESULTADOS

El título de especialista es exigido en el 100% de las convocatorias de especialistas no enfermeras y se reduce al 87,5% en las convocatorias enfermeras. Limitación en Enfermería Especialista: el 75% pertenece a matrona por inferioridad del resto de Especialidades en las convocatorias de provisión de personal público.

Una vez homogeneizados los datos, el mes trabajado como especialista se valora de media en oposiciones de Enfermería con 0 puntos; en convocatorias de Enfermería Especialista, 1,9; Enfermería de urgencias, 0,6; Especialistas no enfermeros valoran con 0,7

puntos el mes trabajado en esa especialidad. En las bolsas no enfermeras se valora con 1 punto el mes trabajado de especialista mientras que en las bolsas de selección de Enfermería se valora con 0 puntos. Desviación estándar de los respectivos grupos: Oposiciones 3,2 ; 0,1 ; 0,1 ; Bolsas 1,2 y 0.

En la mayoría de convocatorias no enfermeras se valoran los meses trabajados en la especialidad y como profesional en otras especialidades distintas. En convocatorias de enfermera generalista no se consideran los tiempos trabajados como enfermera en una especialidad.

La posesión del título de Especialista equivale de media en selección mediante concurso-oposición a 4 créditos de FC en Enfermería, a 26 créditos de FC en Enfermería Especialista, a 16 en oposición para Enfermería de urgencias y a 111 créditos en procesos de selección mediante concurso oposición de otros profesionales sanitarios no enfermeros.

En Bolsas no enfermeras se reconoce la posesión de un título de Especialista en Ciencias de la Salud con una media equivalente a 1305 créditos de Formación Continuada, frente al reconocimiento del mismo título equivalente a 33 créditos de una formación continuada en las bolsas de selección de Enfermería.

El periodo de residencia es puntuado expresamente en el 77% de las convocatorias no enfermeras. Mientras, en enfermería se valorara ese periodo de trabajo expresamente en el 14%, sin embargo, tan solo en un caso de las convocatorias analizadas se excluye expresamente el periodo de residente como tipo de contrato laboral puntuable.

## DISCUSIÓN

El sueldo de una enfermera trabajando como residente de una especialidad es menor que si trabajase como enfermera generalista como forma de compensar la formación que recibe. La jornada de trabajo de enfermería haciendo una residencia es la habitual para un DUE-Grado más de 2 a 7 guardias mensuales de 7-24 h obligatorias, y más los cursos obligatorios.

En colectivos más consolidados como Medicina, Psicología o Física se valora el periodo residente MIR, PIR o FIR, más que el de profesional universitario-grado dado ese aumento de horas laborales y formativas obligatorias, a diferencia de Enfermería y su reconocimiento del periodo EIR.

El retraso de incorporación de especialidades enfermeras pudiera influir en las diferencias entre Enfermería y resto de sanitarios Especialistas de Ciencias de la Salud, más consolidadas y con desviaciones estándar cercanas a cero en la valoración del título de Especialista en Ciencias de la Salud, tiempo trabajado durante la residencia o como especialista.

En Enfermería un título de Especialista en Ciencias de la Salud, logrado tras un mínimo de dos años de dedicación exclusiva laboral y formativa, se valora con una equivalencia de media a 4 créditos o 40 horas de formación continuada de cualquier tipo. Mientras que en otros especialistas son necesarias cerca de 1.110 horas para poder recibir una puntuación similar.

Tanto el punto anterior, como la valoración de la titulación son factores que mejoran la posición de los especialistas a la hora de ser seleccionados en bolsas y opes.

No reconocer el periodo laboral, la diversa formación recibida y la consecución del título implica en la práctica que aquellos con una formación superior de especialista se ven relegados a posiciones posteriores a aquellos que carecen de dicha formación oficial.

La residencia es un periodo de vinculación laboral a la vez que formativo, por lo que parece lógico que sea reconocido en sendos apartados como hacen en el resto de disciplinas.



No reconocer ese esfuerzo y formación en la selección de personal no parece eficiente ni equitativo.

A pesar de ser disciplinas con funciones distintas en cada convocatoria, parece que lo ético y recomendable sería homogeneizar la valoración del título de Especialista en Ciencias de la Salud de Enfermería y su periodo de residencia, equiparando dicha titulación oficial al resto de profesionales sanitarios dentro de la misma organización enmarcado en los principios constitucionales y legislativos de mérito, igualdad y capacidad; y acatando la Ley 55/2003 sobre la valoración de la formación pregraduada, especializada y continuada acreditada, de la experiencia profesional en centros sanitarios y de las actividades científicas, docentes y de investigación de los profesionales sanitarios.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

REAL DECRETO 1146/2006, De 6 De Octubre, Por El Que Se Regula La Relación Laboral Especial De Residencia Para La Formación De Especialistas En Ciencias De La Salud (BOE núm. 240, de 7 de octubre de 2006, páginas 34864 a 34870)

LEY 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público (BOE núm. 89, de 13 de abril de 2007, páginas 16270 a 16299)

Constitución Española de 27 de diciembre de 1978 (BOE núm. 311, de 29 de diciembre de 1978)

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (BOE núm. 301, de 17 de diciembre de 2003, páginas 44742 a 44763)

**AUTORES/AUTHORS:**

CONSUELO BERMEJO PABLOS, DANIEL MUÑOZ JIMÉNEZ, KARIMEN LEÓN FLÁNDEZ, CRISTINA FERNÁNDEZ PÉREZ

**TÍTULO/TITLE:**

INTERVENCIÓN FORMATIVA EN METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

**INTRODUCCIÓN:**

La práctica basada en la evidencia (PBE), esta ampliamente aceptada en diferentes estudios citados por Orellana y Paravic Fliijn(1) como un paradigma necesario para acercar la práctica asistencial y los resultados de la investigación, así como, disminuir la variabilidad en la asistencia. Es en Canadá, en la década de los años 60 donde surge la medicina basada en la evidencia y posteriormente en la década de los años 90 surge la enfermería basada en la evidencia, apareciendo publicaciones en bases de datos (2). Esta práctica ayuda a la toma de decisiones de los profesionales de enfermería en situaciones clínicas complejas. La implantación de esta práctica permite el avance y desarrollo de la disciplina(3), pero tiene barreras que para solventarlas es necesario diseñar estrategias que las superen. Una de las estrategias más aceptada es la formación tanto en investigación cuantitativa como cualitativa, otras estrategias son el apoyo de directivos, fácil acceso a recursos bibliográficos, apoyo de los compañeros y tiempo(1). Es fundamental desplegar el enfoque de la EBE que aporta beneficios en seguridad del paciente, atención sanitaria individualizada, y en la sistematización de los cuidados. Estos aspectos mejorarán las competencias y habilidades de las enfermeras, que permitirán ofertar unos cuidados de calidad(4).

**OBJETIVOS:**

Evaluar el impacto inmediato y satisfacción de los alumnos de una intervención formativa dentro de un programa de implantación de práctica clínica basada en la evidencia.

**MÉTODOS:**

Se diseñó una serie de casos con recogida de la información prospectiva de 54 enfermeras y fisioterapeutas que fueron seleccionados como referentes en PBE y participaron en un taller presencial de "Elaboración de un estudio de investigación" con 15 horas lectivas. El taller tenía como objetivos, realizar una búsqueda bibliográfica sobre la hipótesis planteada, identificar estrategias de diseño adecuadas a la pregunta, establecer el material y método adecuado al tipo de diseño elegido y escribir un protocolo en base a la hipótesis. Se realizó una evaluación pre y post de diez preguntas relacionadas con la justificación de una hipótesis y la calidad de los estudios. La satisfacción se evaluó con cuestionario autocumplimentado al finalizar la actividad formativa de quince preguntas cerradas agrupadas por contenidos, aprovechamiento, documentación, organización y valoración de docentes, con una escala de respuesta de 1 a 10 y la duración y de cuatro preguntas abiertas categorizadas en modificaciones que incluiría el alumno, aspectos positivos, negativos y otras actividades formativas. Las variables cuantitativas se presentan con las puntuaciones medias obtenidas junto con su desviación estándar y sus medianas y rango intercuartílico. Las variables cualitativas se distribuyen con sus frecuencias relativas y absolutas. Se compararon mediante la t de Student para datos emparejados y se compararon los cambios post taller por pregunta mediante el test de McNemar. El paquete utilizado fue SPSS ver.15.0. Las preguntas abiertas se valoraron de forma exhaustiva agrupando las respuestas por temas.

**RESULTADOS:**

En los 54 alumnos evaluados la puntuación media fue 4,3(2,4) frente a la puntuación post de 7,0(2,4). El efecto absoluto medio de la intervención supuso un incremento de 2,6 puntos (IC 95% 1,2;3,5 p<0,001). En el cuestionario pre taller sólo tres preguntas fueron acertadas por más del 50% de los alumnos que estaban relacionadas con planteamientos generales de estudios de investigación.

Llama la atención que la relacionada con la calidad de los estudios planteados obtuvo el mismo porcentaje de acierto en el pre que en el post. En el cuestionario post hubo dos preguntas, referidas a la adecuación de la introducción en relación con la hipótesis y la factibilidad de un estudio, en las que el 50% de los alumnos no obtuvieron un acierto. La satisfacción fue evaluada por 51 alumnos, obtuvo una media en valoración global de 9,3(0,8). En contenidos teóricos 8,3(1,2), la utilidad para su trabajo 7,7(1,6), respuesta a expectativas 8,0(1,5), utilidad de documentación para su trabajo 7,9(1,5), adecuación del horario 8,3(1,5), docentes 9,3(0,99). La duración del curso se valoró como adecuada por el 29,4%(15), insuficiente el 66,7%(34) y excesiva el 3,9%(2).

En los resultados obtenidos en las preguntas abiertas, en cuanto a las modificaciones indicaron incrementar la duración del curso, además de incluir un ordenador por cada alumno para búsquedas bibliográficas y aumentar los casos prácticos. Hubo expresiones como "duración más larga", prácticas en soporte informático individual", "muchos contenidos, pocos días para asimilar tanta información". En cuanto a los aspectos positivos destacaron del docente la actitud motivadora, accesibilidad, pedagogía utilizada, claridad de exposición y expectativas creadas. Refirieron "la profesora su táctica de explicación", "claridad y expectativas creadas", "accesibilidad del profesor". Despierta interés". Los aspectos negativos la concentración de horario. "Demasiado denso y muchas horas seguidas". La propuesta de actividad formativa fue la búsqueda bibliográfica, lectura crítica y programas informáticos de administración de referencias bibliográficas.

#### DISCUSIÓN:

Los resultados de este estudio avalan la efectividad de intervenciones formativas relacionadas con la investigación que favorezcan tanto la consulta de resultados como su aplicación en la práctica asistencial. Coincide con lo postulado por Reviriego y col (5).

En el cuestionario post curso se ha constatado el aumento de conocimientos de los alumnos en relación a la hipótesis y a la utilidad de un protocolo de investigación. Hubo un alto incremento de aciertos, entre el 33 y el 44%, en cuanto a cultivar la actitud crítica y que los estudios tengan relevancia social y sean éticos. En un estudio observacional, descriptivo y transversal(6) se establecieron las competencias genéricas y específicas en investigación de los profesionales de enfermería en los niveles académico, práctica asistencial y en la formación especializada. Una de las competencias genéricas mejor valoradas fue el "compromiso ético". La valoración positiva del docente destacando la innovación, claridad, accesibilidad y su papel motivador favorecieron el aprendizaje y el acercamiento a la investigación de las enfermeras que participaron en el taller. En una investigación cualitativa con enfoque etnográfico(7), concluye que un docente innovador y creativo beneficia la aproximación del alumno a la investigación.

Este estudio nos permite adecuar los contenidos de un programa formativo para favorecer la PBE. La percepción de los alumnos sobre la utilidad que los conocimientos en investigación tienen para su trabajo, ha sido uno de los ítems valorado con menor puntuación, lo que nos indica la necesidad de profundizar en este tema para fomentar el pensamiento crítico y la repercusión que tiene en la calidad de los cuidados prestados. Es necesario complementar el programa formativo con acciones que incidan en el mantenimiento del conocimiento y en su aumento a lo largo del tiempo.

Implicación en la práctica: aumentar los conocimientos y mejorar la utilización de herramientas de investigación favorece la toma de decisiones en los cuidados a aplicar a la población atendida, así como, la elaboración de protocolos de actuación que disminuyan la variabilidad clínica.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Orellana Yañez A, Paravic Klijn T. Enfermería basada en la evidencia. Barreras y estrategias para su implementación. *Ciencia y Enfermería* XIII, 2007;(1):17-24.
2. Eterovic Diaz C, Stiepovich Bertoni J. Enfermería basada en la evidencia y formación profesional. *Ciencia y Enfermería* XVI, 2010;(3):9-14.
3. Ramirez-Elizondo N. Enfermería basada en la evidencia, una ruta hacia la aplicación en la práctica profesional. *Enfermería en Costa Rica*, 2011;32(2):89-96.
4. Alcolae Cosín MT, Oter Quintana C, Martín García A. Enfermería basada en la Evidencia. Orígenes y fundamentos para una práctica enfermera basada en la evidencia. *Nure Investigación* [Internet]. 2011 May – Jun [citado 2014 August 2014]; nº52. Disponible en:  
[http://udicor-tumbes.bligoo.com/media/users/25/1256416/files/377470/ENFERMER\\_A\\_BASADA\\_EN\\_LA\\_EVIDENCIA.pdf](http://udicor-tumbes.bligoo.com/media/users/25/1256416/files/377470/ENFERMER_A_BASADA_EN_LA_EVIDENCIA.pdf)
5. Reviriego E, Cidoncha MA, Asua J, Gagnon MP, De Lorenzo E, Garate L, Gonzalez R, Mateos M. Adaptación y evaluación de un programa de formación on-line en lectura crítica dirigido a profesionales de enfermería. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2013. *Informes de Evaluación Tecnológicas Sanitarias: OSTEBA*.
6. Carmen Fuentelsaz-Gallego, Susana Navalpotro-Pascual y María Ruzafa-Martínez en nombre de la Unidad de Coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (INVESTEN-ISCIII). Competencias en Investigación: propuesta de la Unidad de coordinación y desarrollo de la investigación en Enfermería (Investén-isciii). *Enferm Clin*, 2007;17(3):117-27.
7. Ospina Rave BE, Toro Ocampo JA, Aristizabal Botero, CA. Rol del profesor en el proceso enseñanza aprendizaje de la investigación en estudiantes de enfermería de la Universidad de Antioquia, Colombia. *Invest. educ. enferm.* [Internet]. 2008 Mar [citado 2014 Sep 1]; 26:106-114. Disponible en:  
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=497316&indexSearch=ID>

**AUTORES/AUTHORS:**

Lucía Carton Erlandsson

**TÍTULO/TITLE:**

Automedicación en alumnos de enfermería de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia Salus Infirmorum de Madrid

**Objetivos:** El objetivo principal de este trabajo es describir el patrón y la frecuencia de automedicación de los alumnos de enfermería de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia Salus Infirmorum de Madrid, habiéndose planteado como objetivos secundarios: identificar los factores que se asocian a la práctica de automedicación entre los alumnos esta facultad, identificar cuáles son los principales fármacos autoadministrados, conocer qué causas motivan su automedicación y evaluar el nivel de conocimiento sobre los fármacos que se autoadministran.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal; llevado a cabo entre los meses de octubre de 2013 y mayo de 2014 sobre los estudiantes de enfermería de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia Salus Infirmorum de Madrid. Para su realización se empleó un cuestionario anónimo previamente pilotado, siendo los datos obtenidos codificados y analizados mediante el programa estadístico SPSS 15.0. Las variables cuantitativas se describieron mediante la media y desviación estándar y las cualitativas mediante frecuencias absolutas y relativas. Para la comparación de variables se empleó el estadístico Chi<sup>2</sup> de Pearson con un intervalo de confianza del 95% y una precisión del 5%.

**Resultados:** De la población total a estudio de 207 estudiantes, 196 (94,7%) de los mismos, cumplimentaron el cuestionario. De estos cuestionarios obtenidos, el 97,4% de los alumnos manifestó haber practicado la automedicación. Atendiendo al sexo de los encuestados, el 100% de los hombres y el 87,4% de las mujeres manifestaron realizar dicha práctica. Según el curso académico de los alumnos que respondieron el cuestionario, afirmaron automedicarse el 95,5% de los de primero, siendo el 100% de los de segundo, el 100% de los de tercero y el 93,9% de los alumnos de cuarto los que también indicaron practicar la automedicación. Los fármacos más empleados en dicha práctica fueron los analgésicos (81,1%), los AINE (72,9%) y los antitusivos y anticatarrales (36,2%). Asimismo cabe destacar que un 6,8% de los alumnos que indicaron practicar la automedicación manifestaron haber padecido efectos secundarios y de éstos un 46,1% lo notificaron a su médico.

**Discusión:** La práctica de la automedicación está ampliamente extendida entre los alumnos de enfermería de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia Salus Infirmorum de Madrid, siendo dicha práctica superior que en estudiantes de enfermería de otras facultades<sup>1,2,3</sup>, estudiantes universitarios<sup>4,5</sup> y la población española en general<sup>6</sup>. No se halló relación estadísticamente significativa entre el sexo y practicar la automedicación así como tampoco se obtuvo entre el curso y realizar dicha práctica. Es importante destacar que el nivel de conocimientos de los alumnos sobre los fármacos con los que practican la automedicación es alto, así como que sus principales motivaciones para realizar esta práctica fueron: "ahorrar tiempo evitando esperas en el centro de salud" y "no malgastar los recursos sanitarios ni el tiempo en problemas de fácil solución".

Un dato muy importante es que un 6,8% de los alumnos encuestados manifestó haber sufrido efectos secundarios debido a la ingesta de medicamentos durante la práctica de la automedicación, siendo este dato es muy inferior al presentado por estudios comparables<sup>1</sup>.

A la luz de los datos aportados por este trabajo, sería necesario realizar más estudios sobre patrones de automedicación, aumentando así la muestra con alumnos de enfermería de otras facultades, con alumnos de otras titulaciones y con la población en

general, incluyendo trabajos de corte cualitativo, con el objetivo de clarificar qué conceptos se tiene sobre esta conducta, cuáles son las principales motivaciones y cómo desarrollan la automedicación. Con el fin de recabar más información que podamos emplear en realizar campañas de formación y educación para la salud, focalizadas a introducir en los estudiantes, los profesionales de la salud y en toda la sociedad el concepto de “automedicación responsable”.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Magaldi L, Rocafull J. Farmacovigilancia y hábitos de consumo de medicamentos en los estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela. RFM [revista en Internet]. 2004 Ene [citado 2014 may 10]; 27(1): 74-78. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-04692004000100014&Ing=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692004000100014&Ing=es).
2. Ferreira Souza LA, Damázio da Silva C, Carvalho Ferraz G, EmmFaleiros Sousa FA, Varanda Pereira L. The Prevalence and Characterization of Self-Medication for Obtaining Pain Relief Among Undergraduate Nursing Students. Rev Latino-Am Enfermagem. 2011; 19(2): 245-51.
3. Urrutia Velazco IN, Campos Soto R, Ramos Ramos R, Arotuma Nieto M, Bernaola Bello H, Canales Poma MF. Some factors that influence the self-medication in students from the faculty of nursing at the National University San Luis Gonzaga of Ica, October 2011-september 2012. Rev enferm vanguard. 2013; 1(1): 9-15.
4. Guillem Sáiz Patricia, Francès Bozal Francesc, Gimenez Fernández Francisco, Sáiz Sánchez Carmen. Estudio sobre Automedicación en Población Universitaria Española. Rev Clin Med Fam [revista en Internet]. 2010 Jun [citado 2014 may 10]; 3(2): 99-103. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2010000200008&Ing=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2010000200008&Ing=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2010000200008>.
5. Bastante T, De la Morena F. Automedicación en población universitaria. XV Congreso de Estudiantes de Medicina Preventiva y Salud Pública: Hábitos saludables en el siglo XXI. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España. Junio 2002.
6. Carrasco-Garrido P, et al. Predictive factors of self-medicated drug use among the Spanish adult population. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2008; 17:193-99.

**AUTORES/AUTHORS:**

Ana Belén Ferrero Alonso, Maria Teresa Ferrero Mozo, Maria del pino Salgado, Esti Marín

**TÍTULO/TITLE:**

IDENTIFICACIÓN DE SITUACIONES ESTRESANTES EN LA ENFERMERÍA DEL QUIRÓFANO Y URPA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ÁLAVA

El estrés es uno de los problemas que más dificultades plantea en el ámbito de la seguridad y salud en el trabajo, ya que cada vez se da más frecuentemente en el área laboral.

El estrés en el trabajo supone un coste económico y personal, debido a que afecta al trabajador (baja laboral, accidentes, baja productividad y motivación, absentismo laboral...), al paciente (disminución de la calidad de los cuidados y fallos en la seguridad de los mismos) y a la propia institución (aumento de los gastos).

Uno de los grupos profesionales que posiblemente se vean más afectados por el estrés en su trabajo diario son los profesionales de la salud, y en concreto los profesionales enfermeros. El estrés se presenta en el colectivo enfermero porque muchas veces nuestro ambiente laboral no es el más adecuado debido a la falta de personal, rotación por diferentes servicios y no se está familiarizado con el sitio, el ritmo y la forma de trabajo, toma de decisiones importantes, gran responsabilidad y diferentes turnos que alteran nuestros ritmos biológicos lo que puede producirnos alteración del sueño y fatiga, también contacto con el paciente y familiares e incluso violencia hacia el personal sanitario.

Debido a esto, creemos que localizar los focos de estrés de los profesionales de enfermería, y en este caso, de la enfermería del quirófano y Urpa del Hospital Universitario de Álava es de suma importancia porque tenemos una gran responsabilidad sobre la vida, la salud, el bienestar y el cuidado de las personas; por lo que hay que buscar un equilibrio, ya que aunque normalmente no se le dé la importancia que se merece, el estrés es junto a los riesgos biológicos, físicos y químicos un riesgo importante más.

Se ha elegido el área quirúrgica para realizar nuestro trabajo porque la mayoría de las componentes del grupo trabajan en este departamento, pero como se puede ver los resultados muchas veces pueden ser extrapolables a otras áreas de un hospital, ya que el estrés nos acompaña en nuestro trabajo diario.

El objetivo por tanto ha sido conocer el grado de estrés percibido por los profesionales enfermeros del quirófano y Urpa, las situaciones que desencadenan con más frecuencia ese estrés y poder poner en conocimiento por si se pueden tomar medidas correctoras de la Dirección de Enfermería del Hospital Universitario de Álava.

Hemos realizado un estudio descriptivo transversal que se ha llevado a cabo durante el mes de Febrero de 2014 entre nuestros compañer@s de la zona quirúrgica y de la Urpa. Aunque hay diversas escalas para medir el estrés laboral desarrolladas para ser usadas con la Enfermería, una de las más ampliamente usadas es "The Nursing Stress Scale", que es la que hemos elegido. The Nursing Stress Scale es de Gray-Toft y Anderson y validada al castellano por Escribá y Más. Es un cuestionario autoadministrado que puede responderse en menos de 10 minutos y que consta de 34 ítems referidos a situaciones que son susceptibles de provocar estrés en el trabajo y con 4 posibles respuestas. Las puntuaciones de la respuestas son: Nunca (0), Alguna vez (1), Frecuentemente (2) y Muy frecuentemente (3). La puntuación total va de 0 a 102, lo que significa que a más puntuación más frecuencia de exposición a estresores.

En este caso se ha utilizado la puntuación de la escala de 34 puntos para saber la presencia o ausencia de estrés a nivel general, porque respuestas de 0 y 1 en un ítem no hemos considerado alteración del ítem y por lo tanto le damos un valor de 0 puntos y respuestas de 2 o 3 si sería alteración y le damos un valor de 1 punto.

La muestra de nuestro estudio es de 23 enfermer@s que llevan más de 6 meses en el servicio para que el estrés surgido no se deba a la adaptación a un sitio nuevo y sea por el servicio quirúrgico en sí. Se recogió de manera anónima y voluntaria, 5 de los encuestados fueron de sexo masculino y 18 de sexo femenino.

Las edades son: 20-30 años: 5 personas , 30-40: 9 personas, 40-50: 3 personas, y 50-60: 6 personas.

Los resultados obtenidos son:

- Interrupciones frecuentes al realizar las tareas 73,91%
- Realizar tareas que no son de enfermería (administrativas...) 73,91%
- No tiempo suficiente para dar apoyo emocional al paciente 60,86%
- Falta de personal para cubrir adecuadamente 52,17%
- Recibir poca información del estado clínico del paciente 47,82%
- No tiempo suficiente para realizar todas las tareas 47,82%
- Pasar temporalmente a otros servicios con falta de personal 47,82%
- Tomar decisión sobre el paciente cuando médico no está 21,73%
- Miedo a cometer un error en los cuidados 17,39%

Debido a estos resultados se debe considerar aumentar los recursos humanos y materiales, realizar una planificación más coherente del trabajo y una distribución mejor de las tareas a realizar. Será importante también trabajar el afrontamiento al estrés a través de cursos en el horario laboral.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Más, R., Escribá,V.,Cárdenas,M.Estresores laborales percibidos por el personal de enfermería hospitalaria.Arch Prev Riesgos Labr.1999;2:159-67.
- Pinedo, A.M., González, M.C.,Unebeytia, L.Factores psicosociales que inciden en el estrés laboral de una Unidad de Emergencias.2005;60:23-28.
- Gaeta Reynaldo,A..El estrés; metodología de la investigación. 2003.  
<http://www.monografias.com/trabajos14/Estrés/Estrés.shtml?monosearch>.
- Más Pons, R. , Escribá Agúir, V. La versión castellana de la escala "The nursing stress scale".Proceso de adaptación transcultural. Rev Esp salud pública . 1998. Nov, 72 (6): 529-538. Disponible en :  
[http://scielo.iscii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57271998000600006&Ing=es](http://scielo.iscii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271998000600006&Ing=es)
- Más, R., Escribá,V.,Cárdenas,M.Estresores laborales percibidos por el personal de enfermería hospitalaria.Arch Prev Riesgos Labr.1999;2:159-67.
- Pinedo, A.M., González, M.C.,Unebeytia, L.Factores psicosociales que inciden en el estrés laboral de una Unidad de Emergencias.2005;60:23-28.
- Cremades-Puerto., J.Factores laborales estresantes en profesioibnales de enfermeria que trabajan en unidades hospitalarias con pacientes ingresados por problemas medicoquirúrgicos: una revisión bibliográfica. Disponible en :  
<file:///C:/Users/Ana/Downloads/Dialnet-FactoresLaboralesEstresantesEnProfesionalesDeEnfer-3648348.pdf>



**AUTORES/AUTHORS:**

Carmen Villar Bustos, Yolanda Martín Vaquero, Azucena Santillán García

**TÍTULO/TITLE:**

Autopercepción sobre enfermería basada en la evidencia de estudiantes de enfermería

**INTRODUCCIÓN**

En el año 2013 con el nuevo plan de estudios de Grado de Enfermería comienza a impartirse en el Escuela Universitaria de Enfermería de Zamora la asignatura Ciencia y Evidencia dentro del plan de estudios de 4º curso

Entre los objetivos de esta asignatura entre otras están:

OB 3. Conocer y aplicar los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de la enfermería.

OB 6. Basar las intervenciones de la enfermería en la evidencia científica y en los medios disponibles.

OB 14. Establecer mecanismos de evaluación, considerando los aspectos científico-técnicos y los de calidad.

Para alcanzar las competencias de la asignatura, junto con el programa teórico de metodología científica y práctica basada en Evidencia (PBE), se realizan las siguientes prácticas en el aula:

- Lectura crítica de trabajos de investigación
- Taller de revisiones sistemáticas con lectura crítica de un artículo científico

La competencia específica de esta asignatura es la CIN 30.- Realizar investigación en relación con las diferentes materias de enfermería estudiadas.

Al finalizar la asignatura se realizó una evaluación que nos sirviera para comprobar actitudes y conocimientos. Para ello utilizamos el Cuestionario de Competencias en práctica basada en la evidencia (CACH-PBE) de Ruzafa M. Et al. El cuestionario ha sido diseñado para evaluar el nivel de Competencia de los estudiantes de enfermería en Práctica Basada en la Evidencia. Consta de 25 ítems que detectan desde un alto nivel de Competencia como un bajo nivel de Competencia ante la PBE.

**OBJETIVO**

El objetivo de este estudio es conocer la autopercepción sobre conocimientos, habilidades y actitudes ante la enfermería basada en la evidencia de los estudiantes de cuarto curso de grado de enfermería.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Se utiliza el Cuestionario de Competencias en práctica basada en la evidencia (CACH-PBE) tras conseguir la autorización de la autora de su uso.

Este cuestionario consta de 26 ítems se estructura en tres dimensiones, 13 que valoran la actitud, 6 ítems las habilidades y 6 los conocimientos.

Los ítems son afirmaciones respecto a la "Práctica Basada en la Evidencia", formulados en escala tipo Likert de 5 puntos que van desde 1 "muy en desacuerdo" hasta 5 "muy de acuerdo".

De los 25 ítems que conforman el cuestionario 9 han sido redactados en sentido inverso, de forma que las respuestas en la categoría 1 "muy en desacuerdo" cambia a 5 "muy de acuerdo"; la categoría 2 pasa a puntuarse como 4; la opción 3 no se modifica; la 4 pasa a ser 2 y la 5 pasa a ser 1.

El cuestionario es entregado a los alumnos al finalizar el último día de clases teóricas de la asignatura Ciencia y Evidencia en enfermería para que sea respondido de forma anónima por los alumnos y se recoge después de 1 hora.

Se realiza análisis descriptivo de los resultados obtenidos, siguiendo las instrucciones de los autores.

## RESULTADOS

El cuestionario es respondido por 45 alumnos (75% de población).

Las puntuaciones medias obtenidas en las tres dimensiones que componen el cuestionario son en la escala de actitud: 4,1 (3'7- 4'5), escala de conocimientos: 3'7 (2'9 – 4'3) y escala de habilidades: 3'5 (3'4 – 3'8). Siendo la puntuación total del cuestionario de 3'8 .

La dimensión de la actitud tiene un 57'5% de respuestas positivas, 17'4% de respuestas neutras y 25'1% de respuestas negativas. El 95'6 % considera que la Practica Basada Evidencia (PBE) ayuda en la toma de decisiones y el 91'1% esta en desacuerdo que la PBE no se ponga en practica.

El ítem A7: "La práctica de la PBE mejora el cuidado del paciente". es el mejor valorado ,64'4% están muy de acuerdo que PBE mejora el cuidado al paciente.

En cuanto a las habilidades 37% están de muy de acuerdo o de acuerdo, 27'4% ni de acuerdo ni en desacuerdo y un 35'6% en desacuerdo o muy en desacuerdo.

En los conocimientos el 52'6% lo reconocen en positivo frente a un 25'6% en negativo.

## DISCUSION

Los estudiantes tienen una actitud positiva frente a la PBE lo que potenciara su predisposición a adquirir conocimientos y habilidades en esta metodología. Crear esta actitud en los alumnos es fundamental para su trayectoria profesional y como elemento facilitador para la utilización de la PBE.

Importancia en práctica clínica: Consideramos fundamental recibir esta formación pregrado que por una parte capacita a los alumnos en metodología de investigación para afrontar el trabajo final de grado a realizar por todos los alumnos, así como para su iniciación a la práctica clínica enfermera y basar las intervenciones de enfermería en la mejor evidencia científica disponible.

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

### BIBLIOGRAFÍA

Guía Académica 2013-2014. Grado en Enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería de Zamora. Secretaría General Universidad De Salamanca. Salamanca, 2013

Ruzafa-Martínez M, López-Iborra L, Madrigal-Torres M. Attitude towards Evidence-Based Nursing Questionnaire: development and psychometric testing in Spanish community nurses. J Eval Clin Pract. 2011 Aug;17(4):664-70.

Ruzafa-Martínez M, López-Iborra L, Moreno-Casbas T, Madrigal-Torres M. Development and validation of the competence in evidence based practice questionnaire (EBP-COQ) among nursing students. BMC medical education 2013, 13(1):19. doi:10.1186/1472-6920-13-19

## Mesa de Comunicaciones 9: Envejecimiento

### Concurrent Session 9: Aging

#### AUTORES/AUTHORS:

Ana Sofia Fernandes Ribeiro, José Manuel Corrales Pérez, María del Carmen Águila Pollo, Margarita Vázquez Aguilera, Nuria Gayo Pérez, Almudena Martín Moreno, Verónica Buitrago Barrasa, Violeta Serrano Monge, Ángela Cristina Barrias da Costa

#### TÍTULO/TITLE:

Estado nutricional de pacientes ingresados en una unidad de cuidados especiales

**INTRODUCCIÓN:** La desnutrición es un problema grave, que conlleva importantes consecuencias sociosanitarias y económicas(1). Siendo una de las causas más frecuentes de mortalidad y uno de los principales problemas de salud en todo el mundo, afectando fundamentalmente a los sujetos hospitalizados, donde la incapacidad y la enfermedad son comunes, tomando la designación de desnutrición hospitalaria(2). A pesar de la alta prevalencia, esta patología pasa muchas veces desapercibida ante los profesionales sanitarios poniendo de manifiesto la falta de formación o de motivación en la valoración nutricional de los pacientes, o porque se considera un problema menor (1). Dado lo expuesto, sería importante valorar el estado de nutrición y/o identificar posibles factores de riesgo para la malnutrición en pacientes hospitalizados. Por todo ello, el objetivo principal es: conocer el estado nutricional de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados especiales de un centro socio-sanitario de media-larga estancia.

**MÉTODOS:** Se ha diseñado un estudio observacional, de carácter prospectivo, realizado en una unidad de cuidados especiales de un centro socio-sanitario de media-larga estancia, que dispone de programa de cuidados continuados/prolongados y rehabilitación funcional. Se incluyeron todos los pacientes ingresados en dicha unidad desde el 1 de Junio a 1 de Diciembre de 2013 (periodo de 6 meses). Durante las primeras 24 horas del ingreso se recogieron las siguientes variables: edad; sexo; tipo de programa de ingreso; motivo de ingreso; pluripatología; antecedentes personales; Índice de Barthel al ingreso y alta; Escala de Braden al ingreso y alta; presencia de herida crónica; tipo de herida crónica; procedencia de herida crónica. Además todos los pacientes fueron evaluados por el test de cribado nutricional: Mini Nutritional Assessment (MNA) (3, 4). Se aseguró la voluntariedad de los pacientes mediante el consentimiento escrito y el estudio se ha presentado y ha sido aprobado por la Comisión de Ética e Investigación del centro. 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 estadístico se realizó a través del SPSS, versión 19.0.

**RESULTADOS:** En el periodo que se centra el estudio se han incluido 76 pacientes con una edad media de 78.13±11.3 años, de los cuales 39 eran hombres y 37 mujeres. Del total de pacientes, 48 ingresaron en la unidad con programa de cuidados continuados/prolongados y 28 pacientes con programa de rehabilitación funcional. Siendo los motivos de ingreso más frecuentes: síndrome del inmovilismo (21.1%), afecciones respiratorias (17.1%), fracturas de cadera (15.8%), úlcera de decúbito (15.8%) y tumores (13.2%). El 80.3 % de los pacientes presentan pluripatología de carácter crónico. En lo que se refiere al nivel de dependencia de los pacientes ingresados, el 51.3% ingresaron con una dependencia total, 30.3% con una dependencia severa y 18.5% con una dependencia moderada a leve. Respecto al riesgo de sufrir una UPP evaluado a través de la escala de Braden, el 39.5% presentaba alto riesgo de padecer una UPP, el 22.4% un riesgo moderado y un 38.2% un bajo riesgo. A través de los datos, observamos que el 56.6% de la muestra estudiada presentaba por lo menos una herida crónica, de las cuales el 44.7% correspondían a UPP, el 9.2% a úlcera vascular y el 2.6% a úlcera por incontinencia. Según el resultado del MNA realizado al ingreso, el 22.4% de la muestra presentaba riesgo de malnutrición y el 77.6% presentaba malnutrición. Del total de pacientes ingresados el 47.3% fallecieron o fueron derivados a otro medio hospitalario antes de finalizar el estudio. El 52.7% de los pacientes ingresados causaron alta a domicilio por finalización de proceso, de los cuales, el 17.1% con estado de nutrición normal, el 14.5% con riesgo de malnutrición y el 21.1% con malnutrición. Existiendo una diferencia estadísticamente significativa entre el estado nutricional al ingreso y al momento del alta ( $p=0.007$ ).

**DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN:** Los resultados obtenidos en el presente estudio ponen de manifiesto una elevada prevalencia de malnutrición (77.6%) y/o riesgo de malnutrición (22.4%). Esta prevalencia de malnutrición es muy superior a las observadas en trabajos similares en cuanto a población y forma de valoración del estado nutricional. En medios hospitalarios, la desnutrición afecta al 30-50% de los pacientes de todas las edades, aumentando a la medida que aumenta la estancia hospitalaria (2). La media de edad de nuestra muestra se encuentra en 78.13±11.3 años, por lo que la califica de una muestra anciana. Por sí solo la desnutrición se considera un síndrome geriátrico prevalente con cifras muy variables (5-7). En un estudio realizado en 2004 con pacientes hospitalizados con edad de 83.0±6.4 años, la prevalencia de malnutrición se situaba en 57.1%. Además, los autores asociaban esta

desnutrición a pacientes con enfermedades infecciosas y enfermedad pulmonar obstructiva crónica con pérdida de capacidad funcional (8). Los pacientes de nuestro estudio son en su mayoría mayores de 70 años, con patologías que provocan una inmovilización prolongada, llevando a la pérdida de capacidad funcional, al igual que en la mayoría de los estudios(9-11) consultados, comprobamos que el estado nutricional de nuestros pacientes se encuentra en situación de alto riesgo de malnutrición o con una malnutrición establecida. Con el presente estudio demostramos la elevada prevalencia de malnutrición en la unidad de cuidados especiales, lo que justifica la necesidad de llevar a cabo medidas contra la malnutrición con el fin de mejorar el estado general de nuestros pacientes.

### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Perdomo Pérez E, Navarro Vázquez FJ, González de la Torre H, Mosquera Fernández A. Cribado nutricional en pacientes inmovilizados del Servicio de Atención Domiciliaria de una zona básica de salud del área de Salud de Gran Canaria. *Gerokomos*. 2012;23(3):118-22.
2. Álvarez J, Río JD, Planas M, García Peris P, García de Lorenzo A, Calvo V, et al. Documento SENPE-SEDOM sobre la codificación de la desnutrición hospitalaria. *Nutrición Hospitalaria*. 2008;23(6):536-40.
3. Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Nourhashemi F, Bennahum D, Lauque S, et al. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition*. 1999;15(2):116-22.
4. Ocón Bretón MJ, Altemir Trallero J, Mañas Martínez AB, Sallán Díaz L, Aguillo Gutiérrez E, Gimeno Orna JA. Comparación de dos herramientas de cribado nutricional para predecir la aparición de complicaciones en pacientes hospitalizados. *Nutrición Hospitalaria*. 2012;27(3):701-6.
5. Morillas J, García-Talavera N, Martín-Pozuelo G, Reina AB, Zafrilla P. Detección del riesgo de desnutrición en ancianos no institucionalizados. *Nutrición Hospitalaria*. 2006;21(6):650-6.
6. De la Montaña Miguélez J, Areal Salve C, Míguez Bernárdez M. Evaluación del riesgo nutricional mediante el MNA en una población anciana no institucionalizada. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*. 2009;59(4):390-5.
7. Hernández Mijares A, Royo Taberner R, Martínez Triguero ML, Graña Fandos J, López García A, Morales Suárez-Varela MM. Prevalencia de malnutrición entre ancianos institucionalizados en la Comunidad Valenciana. *Medicina Clínica*. 2014;117(8):289-94.
8. Ramos Martínez A, Asensio Vegas A, Núñez Palomo S, Millán Santos I. Prevalencia y factores asociados a malnutrición en ancianos hospitalizados. *Anales de Medicina Interna*. 2004;21(6):9-18.
9. Casimiro C, Lorenzo AGd, Cooperati LUyeGdE. NUTRITIONAL AND METABOLIC STATUS AND DIET VALUATION IN INSTITUTIONALIZED SPANISH ELDERLY PATIENTS WITH NON NSULIN-DEPENDENT DIABETES MELLITUS. 16. 2001.
10. Jiménez Sanz M, Sola Villafranca JM, Pérez Ruiz C, Turienzo Llata MJ, Larrañaga Lavin G, Mancebo Santamaría MA, et al. Estudio del estado nutricional de los ancianos de Cantabria. *Nutrición Hospitalaria*. 2011;26(2):345-54.
11. Sandoval L, Heredia UPC, Varela L, Heredia UPC. Evaluación del estado nutricional de pacientes adultos mayores ambulatorios. *Rev Med Hered*. 1998;9(3):104-8.

**AUTORES/AUTHORS:**

Noelia Tardáguila García, Teresa Gómez-García, Francisco José García García, Leocadio Rodríguez Mañas, Isabel Hermosilla Gimeno, Teresa Moreno Casbas

**TÍTULO/TITLE:**

Incontinencia urinaria: prevalencia e impacto en mayores de 64 años. Estudio "Toledo para un Envejecimiento Saludable"

**OBJETIVO:** Describir la prevalencia de incontinencia urinaria (IU) y su impacto en la calidad de vida en las personas mayores de 64 años integrantes del estudio "Toledo para un Envejecimiento Saludable". **MÉTODO:** Estudio descriptivo transversal, de una muestra de sujetos anidado en el estudio de cohorte abierta, de base poblacional, en sujetos mayores de 64 años institucionalizados y no institucionalizados. Se incluyeron 1972 adultos mayores de 64 años de edad de los 2488 que formaban la cohorte en su segunda oleada. Los datos fueron recogidos a través de entrevistas domiciliarias entre 2008 y 2010. El estudio fue aprobado por el Comité Ético del Hospital de Toledo y los sujetos firmaron el consentimiento informado al inicio del estudio. **RESULTADOS:** Un 31,2%(n=612) contestó que padecía IU, siendo el 1,4%(n=28) IU de estrés, el 7,4% (n=146) IU de urgencia y el 22,3%(n=438) IU de tipo mixto. La edad media fue de 76,4 años (DE 6,13) siendo el 72,9% (446) de la muestra mujeres. La edad media en hombres fue de 77,5 (DE 6,25) y en mujeres de 76,1 (DE 6,05). El 33,6% (203) perdió orina varias veces al día y el 61,2% (371) consideraba que la orina que perdía era muy poca cantidad. La medida en que esta pérdida ha afectado su vida diaria, valorado en una escala de 1 a 10, obtuvo una media de 2,6 (DE 2,11). La media de dicha valoración en hombres fue de 2,5 (DE 2,14) y de 2,7 (DE 2,09) en mujeres. En función de la edad, los valores medios fueron de 2,1 (DE 1,45) para los menores de 69 años, de 2,2 (DE 1,79) para el grupo entre 70 y 74 años, de 2,6 (DE 2,1) para aquellos entre 75 y 79 años, de 3,2 (DE 2,43) para entre 80 y 84 años y de 3,4 (DE 2,48) para los mayores de 85 años. En cuanto al grado de afectación de las pérdidas a la actividad física, el 84,6% (422) contestó que no afectaba nada a los quehaceres domésticos, siendo el 85,1%(114) en hombres y el 84,4% en mujeres (308); y al 81,9% (406) no les afectaba a ejercicios como caminar o nadar, siendo el 84,2 (112) y 81% (294) en hombres y mujeres respectivamente. El 80,2% (396) contestó que no les afectaba en actividades de ocio y al 79,2% (392) no les afectaba en la capacidad para viajar. En las relaciones sociales, el 78,3% (387) contestó no tener problemas. Por último, el 81% (400) contestó no sentirse frustrados emocionalmente por padecer pérdidas. **DISCUSIÓN:** La prevalencia observada en este estudio es menor a la observada en la literatura, por lo que nos induce a pensar en la existencia de desinformación y/o rechazo de los pacientes con respecto a la pérdida de orina. Debido a que la IU no se considera una enfermedad, sino un síntoma que refiere el paciente secundario a diversas patologías, en muchos casos no se registra, dificultando su conocimiento y tratamiento. Según la mayoría de los pacientes encuestados, la IU no afecta en absoluto a su calidad de vida. Como implicaciones para la práctica clínica, es necesario realizar un cribado en la población considerada de riesgo, para conocer la prevalencia de IU, tipos y factores asociados, orientándonos a la hora de realizar un plan terapéutico individualizado.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Ruiz Cerda JL, Martínez Agulló E, Burgués Gasió JP, Arlandis Guzmán S, Jimenez Cruz JF. Incontinencia urinaria. Incontinencia urinaria en las personas mayores. Doyma Newsletter; 2002; 5: 1-12.
- Xu D, Kane RL.Effect of urinary incontinence on older nursing home residents' self-reported quality of life.Journal of the American Geriatrics Society.2013 Sep;61(9):1473-81.
- Regat-Bikoï C, Vuagnat H, Morin D.Urinary incontinence in hospitalized geriatric patients : is it really a priority for nurses?.Rech Soins Infirm. 2013 Dec;(115):59-67

-Pakgohar M, Sabetghadam ,Vasegh Rahimparvar S, Kazemnejad A. Quality of life (QoL) and help-seeking in postmenopausal women with urinary incontinence (UI): A population based study. Arch Gerontol Geriatr. 2014 Sep-Oct;59(2):403-7.

**AUTORES/AUTHORS:**

An Boone, Maria Luisa Ballestar, Luisa Ruano

**TÍTULO/TITLE:**

Relación entre el entorno y la calidad de vida en personas mayores.

**1. Introducción**

La desigualdad social en salud se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, etnia o edad, lo que se plasma en una peor salud en los colectivos socialmente menos favorecidos. En este sentido, el aumento de la esperanza de vida en las sociedades modernas puede incrementar estas desigualdades. En los últimos 30 años se ha producido en España un importante crecimiento de las cohortes de 65 y más años de edad (del 9,7% en 1970 al 16,9% en 2010), y de 80 y más años de edad (del 1,5% en 1970 al 4,9% en 2010) (Jiménez-Martín & Vilaplana Prieto, 2012). Es conocido por todos que el envejecimiento lleva consigo una disminución progresiva de la actividad fisiológica y de las respuestas adaptativas al medio ambiente, llegando a tener dificultades en las propias tareas diarias y obligando a las personas mayores a reducir sus actividades por el peligro que les puede entrañar.

El concepto de salud formulado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1948) incluye el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de afecciones. Este concepto ha ido evolucionando, dando cada vez más importancia a los determinantes sociales y a las desigualdades en salud. Tanto a nivel europeo (OMS, 2013) como a nivel nacional (Comisión para reducir las Desigualdades Sociales, 2012) se insiste en llevar a cabo una serie de propuestas para disminuir las desigualdades en salud, algunas de ellas dirigidas a las personas mayores.

La relación entre el entorno y la salud ha sido estudiada en algunos estudios (Novoa et al. 2004; OMS, 2010; Rocha et al., 2012; Wolfe et al. 2014). Centrándose particularmente en algún aspecto del entorno. La característica principal de este estudio es que intenta englobar varios aspectos del entorno en la población mayor de 65 años desde su propio punto de vista, ya que la información se obtiene de la Encuesta Nacional de Salud. Por tanto, el objetivo principal de la investigación es determinar qué relación existe entre las condiciones de vida de las personas mayores de 65 años y su calidad de vida según los datos recogidos en la ENS 2011-2012, es decir, se trata de ver cómo influye el entorno en la calidad de vida y la percepción del estado de salud de las personas mayores.

**2. Material y métodos.**

Se trata de un estudio exploratorio transversal a partir de los datos recogidos en la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Se han asociado las bases de datos del cuestionario del adulto y del hogar, utilizando como variables identificadoras la comunidad autónoma del adulto seleccionado, la identificación del hogar y el estrato, obteniendo así conjuntamente la información relativa a la salud del adulto encuestado y las características de su hogar y los problemas del entorno. La investigación se centra en las personas mayores de 65 años.

En España, como en otros países, se realiza la Encuesta Nacional de Salud (ENS) con el fin de obtener un diagnóstico de la población en cuanto a su salud y morbilidad percibida, conductas relacionadas con la salud, la utilización de los servicios sanitarios y aspectos del entorno ambiental físico y social de las personas. De este modo, ofrece una visión integral de la salud de las personas.

La ENS consta de 3 cuestionarios al mismo tiempo: un cuestionario del adulto, uno del menor (si hay menores en el hogar) y uno del hogar. Este último complementa el cuestionario del adulto ofreciendo información sobre su vivienda y las condiciones físicas de su entorno (ruido, contaminación, zonas verdes, etc.). Por tanto, se podría decir, que estas encuestas son instrumentos muy útiles para conseguir información representativa sobre el estado de salud de una población, acuda o no a los servicios sanitarios.

Para el análisis de los datos se utilizará el paquete estadístico SPSS versión 19. El análisis estadístico se ha basado en toda una serie de análisis bivariados y multivariados en forma de tablas de contingencia y análisis de residuales. Estas tablas permiten valorar con mayor detalle la influencia combinada de varios factores. Además se ha calculado el estadístico Chi cuadrado que permite contrastar la hipótesis de independencia entre las variables categóricas. En todos los análisis se asumió un riesgo a del 5%.

### 3. Resultados.

#### 3.1. Características sociodemográficas

Según los datos de la ENS, aproximadamente el 25% de la población española tiene más de 65 años. Un 62.3% es mujer y un 37.7% es hombre. En un 38.2% de los casos, la persona mayor vive sola. El 73,5% de las personas mayores de 65 años sufre alguna enfermedad o problema de salud crónicos o de larga duración y la cifra aumenta con la edad. Con relación a padecer dolor y/o malestar, más de la mitad sufre molestias de este tipo. Casi la mitad de las personas mayores de 65 años tiene problemas para caminar y un tercio refiere dificultades a la hora de ejercer sus actividades de la vida diaria. La cuarta parte de los mismos sufre de algún grado de ansiedad o depresión y más de la quinta parte tiene problemas para lavarse o vestirse.

#### 3.2. Características del entorno

En cuanto a las características de su entorno, la mayor parte de los encuestados afirma que las condiciones de su vivienda son buenas, sin embargo, destaca que 1 de cada 4 manifiesta algún tipo de problema. La suciedad, el ruido y la mala calidad del agua figuran entre los más frecuentes.

#### 3.3. Estado de salud

La variable respuesta en el estudio es el estado de salud autopercebido en los últimos 12 meses en los mayores de 65 años. La percepción de la salud es uno de los indicadores objetivos de salud recogidos mediante la Encuesta Nacional de Salud. Aunque el estado de salud percibido es una evaluación subjetiva de las personas sobre su propia salud, es un fiel reflejo de su estado objetivo. En 1997, Idler & Benyamini concluyeron, después de una revisión exhausta de la literatura, que la autoevaluación de la salud es un predictor independiente de la mortalidad a pesar de disponer de otros indicadores de salud específicos y otras variables relevantes conocidos para predecir la mortalidad.

A partir del análisis de los datos, se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre la percepción del estado de salud y la composición del hogar y el tamaño del mismo. Las parejas solas o con hijos son las que mejor valoran su estado de salud. La percepción de la salud mejora con los metros cuadrados de la vivienda.

Los problemas que se relacionan con peor estado de salud son el ruido, los malos olores, el agua de mala calidad y la delincuencia, violencia o vandalismo. Estas relaciones también están moduladas por las variables sociodemográficas como son la edad, el sexo y el estado civil.



#### 4. Discusión y conclusiones.

Como ya se ha descrito con anterioridad, hay muchos factores en la vida de las personas mayores de 65 años que pueden tener una influencia sobre su salud. Entre los determinantes y causantes de las desigualdades en salud se encuentran los factores biológicos de cada uno (edad, sexo, predisposición genética, etc.), la clase social, los estilos de vida, las redes sociales y comunitarias y el entorno socioeconómico y político entre otros. La desigual distribución de los determinantes de la salud lleva a desigualdades en la salud de los ciudadanos. El entorno físico y las circunstancias del hogar también juegan su papel en la determinación de la salud de cada miembro de nuestra sociedad.

En la presente investigación se han descrito las características sociodemográficas y del hábitat de la población española mayor que 65 años. Al mismo tiempo, se ha intentado determinar la relación entre el entorno y la percepción de la salud en las personas mayores de 65 años, basándose en la información recogida mediante la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Se han alcanzado el objetivo planteado y se confirma la hipótesis principal de la investigación. La naturaleza del hogar, las condiciones de la vivienda y del entorno de las personas mayores de 65 años en España tiene una relación con la percepción de su salud.

La salud es un estado que viene dado por un complejo y dinámico sistema en el cuál un sinfín de factores interviene. Los elementos que la determinan interactúan entre ellos y es difícil establecer qué función desempeña cada uno de ellos de manera exacta. La existencia de esos determinantes, que son diferentes y únicos para cada individuo, provoca desigualdades en salud. Los grupos más afectados por esa diferenciación son los colectivos vulnerables como los niños, las mujeres, los mayores y los grupos socioeconómicos más desfavorecidos.

Para la gran mayoría de la población mayor de 65 años (casi el 80%), las características de la vivienda y el entorno donde viven de la casa donde viven y la percepción de la salud están directamente vinculados. En un estudio sueco que trataba de la relación entre la vivienda y la salud en la tercera edad se concluyó que hay más barreras del entorno en viviendas plurifamiliares que en hogares unipersonales (Kylén et al., 2014). Las personas mayores pasan más tiempo en su casa que la población activa, por ese motivo es importante que su hogar esté adaptado a sus necesidades y que respire un ambiente saludable. Otras características del entorno, como puede ser la presencia de espacios verdes influye positivamente en el entorno vital, tanto en los mayores como en otros grupos (Maas et al., 2006)

Es importante que los resultados obtenidos se tengan en cuenta para mejorar los entornos especializados en la atención de nuestros mayores, centros de día y residencias. Igualmente, desde los centros de atención primaria se tiene que aprovechar la visita domiciliaria como elemento clave para garantizar la continuidad de los cuidados y la coordinación de los servicios sanitarios y sociales.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

##### 5. Bibliografía

Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (2012). Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Gaceta Sanitaria; 26(2): 182–189.

Idler E L & Benyamini Y.(1997). Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. Journal of Health

and Social Behavior; 38-1: 21-37.

Jiménez-Martín S & Vilaplana Prieto C (2012) La interacción del sistema social y el sanitario. Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria; 26(S): 124–133.

Kylén M, Ekström H, Haak M, Elmståhl S. & Iwarsson S. (2014). Home and health in the third age — methodological background and descriptive findings. International Journal of Environmental Research and Public Health; 11: 7060-7080.

Maas J, Verheij R A, Groenewegen P P, de Vries S & Spreeuwenberg P (2006). Green space, urbanity, and health: how strong is the relation? Journal of Epidemiology and Community Health; 60:587–592.

Novoa A M, Bosch J, Díaz F, Malmusi D, Darnell M, & Trilla C (2014). Informe SESPAS. El impacto de la crisis en la relación entre vivienda y salud. Políticas de buenas prácticas para reducir las desigualdades en salud asociadas con las condiciones de vivienda. Gaceta Sanitaria; 28(S1):44–50.

Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición, octubre de 2006.

Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa (2013). Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen, ISBN: 978 92 890 0030 7.

Organización Mundial de la Salud (2010). Urban planning essential for public health. Consultado 03 de mayo 2014 ([http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/urban\\_health\\_20100407/es /](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/urban_health_20100407/es/)).

Rocha K, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Obiols J E & Borrell C (2012). Perception of environmental problems and common mental disorders (CMD). Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology; 47(10):1675-84.

Wolfe M K, Groenewegen P P, Rijken M & de Vries S (2014). Green space and changes in self-rated health among people with chronic illness. European Journal of Public Health; 24(4): 640–642.

**Mesa de Comunicaciones 10: Promoción de la salud****Concurrent Session 10: Health Promotion****AUTORES/AUTHORS:**

María Nelia Soto Ruiz, Blanca Marín Fernández, Inés Aguinaga Ontoso, Francisco Guillén Grima

**TÍTULO/TITLE:**

Evolución de la frecuencia de actividad física en estudiantes universitarios en Navarra.

La actividad física practicada con regularidad reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular, así como de otras enfermedades, y es fundamental para conseguir el equilibrio energético y el control del peso. Por otra parte, el sedentarismo o la inactividad física constituyen uno de los factores de riesgo de mortalidad más importantes en todo el mundo (1,2).

A pesar de las evidentes ventajas, la práctica de actividad física no es tan frecuente entre los jóvenes como sería deseable. Entre los estudiantes universitarios, se encuentran valores de inactividad física superiores al 50% (3-5).

**Objetivo**

Determinar la modificación de la frecuencia de actividad física en los estudiantes universitarios en Navarra.

**Métodos**

Se realizó un estudio observacional y prospectivo de una cohorte de estudiantes universitarios, enmarcado dentro de un amplio proyecto interuniversitario de ámbito nacional e internacional. El ámbito de estudio han sido los campus de Pamplona de la Universidad Pública de Navarra y la Universidad de Navarra. Constituyeron la población los estudiantes matriculados en primer curso de cualquier titulación de las ofertadas. Se les invitó a participar en el estudio, mediante información general en las aulas y el campus, prensa escrita y radio de ámbito provincial. A los dos años, cuando estaban cursando el tercer curso universitario, se les convocó nuevamente para constituir la cohorte. De los 1170 estudiantes iniciales, 499 volvieron a participar en tercero, lo que supuso una pérdida de seguimiento de un 57,3%. Finalmente las cohortes fueron constituidas por 454 estudiantes. La configuración de una clave de identificación elaborada por los propios estudiantes, permitió enlazar los cuestionarios en los dos momentos del estudio.

Los estudiantes respondieron a un cuestionario de autocumplimentación de forma voluntaria y anónima, seleccionándose para este estudio las variables edad, sexo, frecuencia de actividad física semanal (menos de 1 vez a la semana, 1-2 veces a la semana, mínimo 3 veces a la semana) y horas semanales de dedicación.

En cuanto a las consideraciones éticas, se garantizó la participación voluntaria e informada, asegurándose la confidencialidad de los datos. Los participantes firmaron un consentimiento informado por duplicado antes de iniciarse el estudio y recibieron un pequeño incentivo por su participación, consistente en un pincho de tortilla y un refresco.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el SPSS v21.0. En la estadística descriptiva se calcularon las medias y desviación estándar para las variables cuantitativas y frecuencias para las variables cualitativas. En la comparación de variables cualitativas se ha usado el estadístico chi-cuadrado y para las cuantitativas la t de Student. Las modificaciones en la cohorte se evaluaron con la t de Student para muestras pareadas (para variables continuas) y el test de McNemar (para variables categóricas). Se consideró como nivel de significación estadística una  $p < 0,05$ .

**Resultados**

La cohorte se constituyó con 454 estudiantes, que participaron en el seguimiento al cabo de los dos años. Un 67,4% (n=306) fueron mujeres y un 32,6% (n=148) hombres. La edad media en la cohorte de inicio fue de 18,91 años (DS 1,583), con un rango edades entre 18 años y 35 años. Entre los estudiantes con actividad física cardiosaludable (mínimo 3 veces/semana), se produjo un incremento significativo de 6,1% respecto a primer curso, alcanzando el 30,5% del total de estudiantes. El resto de estudiantes se distribuyó de forma similar en frecuencias inferiores. Por sexos, la realización de actividad física mínimo 3 veces a la semana, se incrementó un 7,4% en las mujeres ( $p < 0,05$ ) y un 3,5% en los hombres ( $p > 0,05$ ) hasta alcanzar el 22,6% y 46,2% respectivamente. Cuantificando las horas semanales de actividad física, la dedicación media aumentó 0,48 horas, manteniéndose estable en las mujeres (4 horas/semana), e incrementándose en 1,5 horas en los hombres (6,47 horas/semana). En ninguno de los casos, las diferencias resultaron estadísticamente significativas. En términos generales, el 24,0% de los estudiantes, aumenta la frecuencia semanal de realización de actividad física, frente al 20,5% que la disminuye o el 55,5% que la mantiene.

**Discusión**

El nivel de actividad física de la mayoría de los estudiantes universitarios, no fue suficiente para considerarse saludable. Únicamente

el 30,5% realizó actividad física mínimo 3 veces a la semana. Un valor similar al encontrado en la mayoría de los estudios revisados (6-9).

Los hombres resultaron más activos físicamente que las mujeres, situación que se convierte en una constante en los estudios. De hecho, en términos de dedicación horaria semanal, el incremento medio que se observó en el estudio se debió al aumento entre los hombres.

En cuanto a las modificaciones en la frecuencia de actividad física, un 24% de estudiantes incrementó la frecuencia y esto se tradujo en el aumento de un 6,1% de estudiantes que realizaban actividad física mínimo 3 veces a la semana. Resultados similares a los estudiantes murcianos (10). En definitiva, el aumento de frecuencia resultó similar al porcentaje de estudiantes que la disminuían, por lo que no queda clara la evolución de la práctica de actividad física durante el periodo universitario.

A pesar de las evidentes ventajas de la práctica regular de actividad física y los riesgos derivados de la inactividad, la prevalencia entre los estudiantes universitarios es baja. Para futuras líneas de investigación convendrían plantearse los motivos que dificultan la práctica de actividad física durante la universidad, permitiendo diseñar programas de salud con el objetivo de que todos los estudiantes universitarios realizasen actividad física de forma regular dentro del marco de las recomendaciones actuales.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

(1) World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: Who Press; 2009 [acceso el 2 de febrero de 2014]. Disponible en: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_Front.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_Front.pdf)

(2) Mora S, Cook N, Buring JE, Ridker PM, Lee IM. Physical activity and reduced risk of cardiovascular events: potential mediating mechanisms. *Circulation*. 2007; 116(19):2110-2118.

(3) Keating XD, Guan J, Pinero JC, Bridges DM. A meta-analysis of college students' physical activity behaviors. *J Am Coll Health*. 2005; 54(2):116-125.

(4) Carral JMC, Pérez CA. Prevalence and relationship between physical activity and abnormal eating attitudes in Spanish women university students in health and education sciences. *Rev Esp Salud Pública*. 2011;85(5):499-505.

(5) Irazusta A, Gil S, Ruiz F, Gondra J, Jauregi A, Irazusta J, et al. Exercise, physical fitness, and dietary habits of first-year female nursing students. *Biol Res Nurs*. 2006; 7(3):175-186.

(6) Molina AJ, Varela V, Fernández T, Martín V, Ayan C, Cancela JM. Unhealthy habits and practice of physical activity in Spanish college students: the role of gender, academic profile and living situation. *Adicciones*. 2012; 24(4):319-327.

(7) Castillo Viera E, Giménez Fuentes-Guerra FJ. Practice of physical activity of students of the University of Huelva. *Rev int med cienc act fis deporte*. 2011; 11(41):127-144. [acceso el 15 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista41/artpractica193.htm>

(8) Reig Ferrer A, Cabrero García J, Ferrer Cascales R, Richart Martínez M. La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios. Biblioteca Virtual Universal, 2003. [acceso el 12 de enero de 2014]. Disponible en: <http://www.biblioteca.org.ar/libros/88711.pdf>

(9) Keller S, Maddock JE, Hannover W, Thyrian JR, Basler H. Multiple health risk behaviors in German first year university students. Preventive Medicine. 2008; 46(3):189-195.

(10) Martínez Pastor A, Balanza Galindo S, Leal Hernández M, Martínez Navarro A, Conesa C, Abellán Alemán J. Relación entre el consumo de tabaco y alcohol y el ejercicio físico con el paso por la universidad. Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria. 2009; 41(10):558-563

**AUTORES/AUTHORS:**

Sandra Gómez Fernandez, Pere Simón Vivan, Miriam Ros Samsó, Eva Masdeu Corcoll, Ana de Andres Aguayo, Sonia Gil Simón, Maria Jose Santomà Boixeda, Cristina Rius Gibert, Pilar Gorrindo Galvan

**TÍTULO/TITLE:**

Análisis de las intervenciones preventivas realizadas durante el brote de Sarampión de Barcelona 2014.

**Introducción**

En el año 1999 se editó el cuaderno de salud pública núm. 12: La eliminación del Sarampión de Cataluña para el año 2000[1]. En esta recopilación se establecían las bases científicas para su eliminación. Países como Finlandia, Cuba, Canadá, Australia, Estados Unidos, Inglaterra, Gales, México entre otros, también habían establecido los criterios para la eliminación del Sarampión. Actualmente el Sarampión cada año produce brotes[2] en todo el mundo, según los European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) en la Unión Europea (UE) durante 2011 se notificaron más de 30.000 casos de Sarampión de los cuales un 85% no habían sido vacunados. La Organización Mundial de la Salud[3] ha establecido las bases para la eliminación del Sarampión en el año 2015 de la UE[4], planteando estrategias que mejoren la cobertura vacunal en todos los países de la integran.

**Objetivo**

Analizar las intervenciones preventivas (IP) a nivel comunitario que se han llevado a cabo durante un brote de sarampión y describir las IP realizadas antes de las 72 horas (<72h) desde el inicio del exantema (IE) del caso índice (CI) respecto a las realizadas después de las 72 horas (>72h) del IE del CI.

**Métodos****Diseño:**

Se ha realizado un estudio de prevalencia de los casos de sarampión y sus contactos comunitarios (CC) incluidos en el brote de Barcelona ocurrido durante el año 2014.

**Ámbito:**

Se han incluido los casos de sarampión registrados en el período comprendido entre el 1 de enero y el 1 de mayo de 2014, confirmados microbiológica y/o epidemiológicamente. El tipo de muestreo elegido ha sido no probabilístico de conveniencia. Finalmente se han incluido en el estudio 85 casos de sarampión y 2080 contactos comunitarios.

**Variables:**

Se ha considerado población diana, aquella en que es necesario realizar alguna intervención preventiva para prevenir y/o evitar la enfermedad[5,6,7]. Se ha incluido en esta población diana a los nacidos entre 1966 y 1988, niños menores de 5 años, embarazadas e inmunodeprimidos. Las intervenciones preventivas se han definido como aquellas necesarias para prevenir y/o evitar la enfermedad o la transmisión de esta. Las IP realizadas han sido: administración de la vacuna triple vírica o inmunoglobulina inespecífica[7], serología para comprobar el estado inmunológico (en embarazadas, inmunodeprimidos y/o alguna contraindicación de la vacuna) y educación sanitaria.

La fecha de inicio de exantema es aquella que se ha registrado como inicio de la erupción cutánea. Puesto que la vacunación para prevenir la enfermedad se considera efectiva[5] si se administra en <72h de la exposición, se han clasificado según el inicio de la IP en <72h del IE o en >72h desde el IE.

**Variables secundarias:**

Variables Socio-Demográficas: Edad: en el momento del diagnóstico; Sexo: Hombre o Mujer; País Origen: Donde nació la persona; Ciudad de residencia: Ciudad donde vive en el momento del diagnóstico. Ámbito sanitario: profesión ubicada en un centro sanitario

**Recogida de datos:**

El equipo de enfermería[8] de salud pública del Servicio de Epidemiología de la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB) es el encargado de hacer el seguimiento de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). En este sentido, cuando se produce la notificación de un caso de sarampión la enfermera contacta con el médico responsable del diagnóstico para confirmar la sospecha, fecha de inicio de exantema, fecha inicio síntomas y el resto de datos clínicos. Lo mas rápido posible se contacta con el paciente y/o familiar cercano para iniciar la investigación epidemiológica y determinar los contactos que han estado en contacto con el paciente durante el período de transmisión de la enfermedad (establecido en 4 días antes y 4 días después del inicio de exantema), ofrece su apoyo y soporte, valora conjuntamente con la persona posibles candidatos a vacunarse y así disminuir el riesgo de que puedan enfermar, explica las vías de contagio de la enfermedad y la transmisión de esta, facilita el acceso al sistema sanitario si es necesario, valora si hay que hacer algún tipo de intervención comunitaria: vacunación a escuelas, en el ámbito laboral y registra los datos epidemiológicos.

Para la obtención de datos de los CC se contactaba directamente con el centro sanitario donde había estado el paciente para censar los contactos que estuvieron expuestos (normalmente en sala de espera) estableciendo el siguiente criterio: se cogía como referencia la hora de llegada al centro, en su defecto la hora de asistencia registrada por el centro y se obtenía el listado de las personas que habían coincidido 30 minutos antes y hasta 2 horas después de la hora de alta (tiempo máximo establecido que puede vivir el virus en el entorno). Para la obtención de datos de los CC en ámbito laboral y escolar se obtenía la relación de compañeros y se valoraban todos con los que había tenido contacto el paciente durante el período de transmisión.

Análisis de datos:

Estudio descriptivo de las variables del estudio mediante la distribución de frecuencias y el calculo de la prevalencia. Para realizar los análisis se utilizo el programa SPSS v. 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Resultados

Se han incluido en el estudio los CC de los 85 casos incluidos en el brote, 68 (80%) residentes en Barcelona ciudad y 17 (20%) residentes fuera de Barcelona pero que realizan su actividad principal (trabajo o estudios) en ella. Se ha realizado la valoración de 2080 CC de 62 casos (72,9 %). De los 23 casos (37,1%) restantes: en 5 ocasiones (8%) las IP eran fuera de Barcelona; en 6 ocasiones (9,7%) no se hizo debido a que no se habían notificado los casos; en 3 ocasiones (4,8%) no se pudo registrar y en 9 ocasiones (14,5%) se envió una carta informativa a los contactos, puesto que no formaban parte de la población diana.

Del total de 2080 CC valorados, 1314 (63,2%) no estaban incluidos en la población diana. Se recomendó al menos una IP a 661 (86,3%) y no se localizaron 105 contactos (13,7%) incluidos en la población diana. La mediana de contactos valorados por cada CI fue de 17,5, y de 9 en aquellos a los que se hizo directamente alguna recomendación. Se realizaron las IP en <72h desde el IE en 58 ocasiones (68,2%) y en >72h en 27 ocasiones (31,8%). Destaca una afectación del 31,8% (27 casos) en personal sanitario, en los cuales se realizó la IP en <72h desde el IE en 15 ocasiones (55,6%) y en >72h desde el IE en 12 ocasiones (44,4%) por retraso diagnóstico o por retraso en la notificación a Salud Publica.

Discusión

Para controlar lo antes posible un brote de estas características es necesaria una buena coordinación entre el ámbito hospitalario, Atención Primaria y Salud Pública, puesto que aumenta la rapidez de la intervención[9], que es clave para evitar casos secundarios. Así mismo, la notificación urgente a los servicios de Salud Pública influye notablemente en el control epidemiológico del brote. El conocimiento y estudio de las intervenciones realizadas por enfermería en brotes de enfermedades transmisibles mejora el control y disminuye el riesgo de transmisión de estas enfermedades. En situaciones de este tipo es difícil realizar el registro de todas las IP realizadas por limitaciones de personal, de tiempo y porque no se pueden centralizar en un mismo centro sino que se realizan en los diferentes centros de la ciudad. Debido al incremento de brotes[9,10,11] de enfermedades emergentes y re-emergentes es importante que el colectivo enfermero esté preparado.

Se ha detectado un retraso importante en la notificación de casos en el ámbito sanitario lo cual ha dificultado el control del brote.

#### Implicaciones para la práctica clínica:

La puesta en práctica de los cuidados enfermeros dirigidas a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud pueden y deben contribuir a reducir la transmisión de la enfermedad, a su control y el bienestar tanto de la persona enferma como su entorno (familiar y comunitario).

Los cuidados de enfermería juegan un papel fundamental, a partir del cumplimiento de las medidas de aislamiento, de fomentar la autonomía de la persona enferma y de su entorno familiar para decidir y saber que se puede y no se puede hacer para evitar la transmisión de la enfermedad. La valoración adecuada y realizada antes de las 72h del IE de los contactos comunitarios disminuye la aparición de casos secundarios, por lo tanto, la intervención a tiempo es necesaria para controlar un brote de estas características. Hay que mejorar la rapidez de notificación a los servicios de Salud Pública, especialmente cuando se trata de pacientes que trabajan en el ámbito sanitario. Teniendo en cuenta que la afectación en personal sanitario ha superado el 30% de los casos, se deben plantear medidas para mejorar la cobertura vacunal en este ámbito y valorar el lugar de trabajo de los profesionales que decidan no vacunarse a pesar de saber que no están inmunizados (en la legislación estatal no existe obligación de vacunación, salvo en algún supuesto excepcional amparándose en el derecho a la libre decisión -Art.15,20.1 y 16.1 de la Constitución Española-).

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- [1] Generalitat de Catalunya. Dep. de Sanitat i Seguretat Social. L'eliminació del xarampió a Catalunya per a l'any 2000. Bases científiques i programa. Quaderns de Salut Pública núm. 12. Barcelona 1999.  
Disponible online, 8 septiembre 2014.  
[http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes\\_de\\_salut/Vigilancia\\_epidemiologica/documentos/eliminacio\\_xarampio.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Vigilancia_epidemiologica/documentos/eliminacio_xarampio.pdf)
- [2] Martin R, Jankovic D, Goel A, Mulders M. Increased transmission and outbreaks of measles – European Region. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2011, 60:1605-1610
- [3] WHO Regional Office for Europe. Eliminating measles and Rubella. Framework for the verification process in the who European Region. WHO 2012. Denmark
- [4] Simone B, Carrillo Santistevé P, Lopalco PL. Healthcare workers role in keeping MMR vaccination uptake high in Europe: A review of evidence. Euro Surveill. 2012 Jun 28;17(26)
- [5] David L. Heymann. Control of Communicable Diseases Manual. Washington DC, USA: American Public Health Association, 18th (edn) 2004
- [6] Barrabeig I, Rovira A, Muñoz P, Batalla J, Rius C, Sánchez JA, Dominguez À. MMR Vaccine effectiveness in an outbreak that involved day-care and primary schools. Vaccine 2011, 29:8024-8031.
- [7] Bernier A, Le Goaster C, Peigue-Lafeuille H, Floret D. Survey of delivery of prophylactic immunoglobulins following exposure to a measles case. Euro Surveill. 2012;17(39):pii=20280.  
Disponible online, 9 septiembre 2014 <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20280>
- [8] Bédard L, Latreille J. Detect, act and prevent: the role of public health nurses in the area of infectious diseases. Perspect



Infermiere 2009;6(2):22-30.

[9] Wang FJ, Sun XJ, Wang FL, Jiang LF, Xu EP, Guo JF. An outbreak of adult measles by nosocomial transmission in a high vaccination coverage community. *Int J Infect Dis.* 2014 Jul 4;26C:67-70.

[10] Rodrigo SG, Calatrava RG, Vicenta Rigo Medrano M, Vidal MA, Martín-Sierra Balibrea M, Zarco IH, Ramón JR, Cifre AS, Morán FG; Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad Valenciana. Reemergence of measles. Epidemic situation in the Valencian Community during the years 2011 and 2012. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2014 Feb;32 Suppl 1:43-50.

[11] Lashley FR. Factors contributing to the occurrence of emerging infectious diseases. *Biol Res Nurs* 2003 04;4(4):258-267.

**AUTORES/AUTHORS:**

MARTA LIMA SERRANO, JOSE ANTONIO ZAFRA AGEA, JOAQUIN S. LIMA RODRIGUEZ, DOLORES GERRA MARTIN

**TÍTULO/TITLE:**

actores mediadores de la conducta de binge-drinking usando el modelo I-Change en adolescentes de Cataluña y Andalucía.

De acuerdo a Calafat (2007), en los últimos años ha habido un descenso de la preocupación social sobre el consumo de alcohol y otras drogas, por lo que tiende a verse cómo algo que compete al ámbito de lo individual, "lo privado", dejando al individuo "aislado" que decida sobre la opción de consumir o evitar este consumo, y, por tanto, dejando de ser una situación en la que se debe actuar de forma colectiva, desde el conjunto de la sociedad. Todo ello a pesar de los costes económicos y sociales que este consumo tiene, sobre todo, cuando hay menores implicados. El autor propone rescatar la visión de salud pública como generadora de políticas eficaces con respaldo social. Estudios previos también resaltan la necesidad de tomar la investigación relacionada con la evaluación de intervenciones preventivas como una prioridad, y la necesidad de financiar proyectos de investigación en este campo (Lima-Serrano y Lima-Rodríguez, 2014).

El consumo de bebidas alcohólicas es un problema de salud pública a nivel mundial que causa 2,5 millones de muertes cada año, provocando daños que van más allá de la salud física y psíquica del bebedor. La toxicidad asociada al alcohol etílico, las alteraciones sensoriales y motoras derivadas de su ingesta excesiva y la enorme capacidad adictiva de esta droga, la convierten en una de las de mayor consumo y más peligrosas para las personas (World Health Organization [WHO], 2011). La conducta de "binge drinking", se define como el consumo compulsivo de alcohol (4 copas o más en mujeres o 5 o más hombres) concentrado en un corto periodo de tiempo (Calafat, 2007).

Especial atención se debe tener al abuso de alcohol en menores de edad, no solo por las consecuencias asociadas a dicho consumo, sino porque el modelo de uso a estas edades predice el consumo futuro. A estas edades los accidentes de tráfico son la primera de lesiones y muerte en España, estando la mayoría ligados al ocio y consumo de alcohol (Meneses, Gil y Romo, 2010). Otras repercusiones en población juvenil son las relaciones sexuales no planificadas, con riesgo de contraer el VIH o provocar embarazos no deseados, los problemas legales como consecuencia de comportamientos agresivos y/o delictivos; y de acuerdo a recientes investigaciones también se asocia a cambios biológicos en los procesos neuronales que pueden afectar a la memoria e inducir a déficits cognitivos (Donath et al, 2011). Además el alcohol, constituye una droga que propicia el acceso al consumo de otras sustancias (Espada, Pereira y García-Fernández, 2008).

Una de las teorías utilizadas para explicar el comportamiento de riesgo es el Modelo I-Change, según el cual la conducta está determinado por actitudes, influencias sociales, o autoeficacia.

El Modelo I Change se ha desarrollado a partir de un modelo inicial (Modelo sobre Actitud-Influencia Social-Autoeficacia) y de la integración de varias teorías y modelos social-cognitivos, tales como la del Comportamiento Planificado, la Social-Cognitiva, el Modelo de Creencias en Salud, y el Modelo Trans-teórico; y de acuerdo al mismo, el comportamiento está determinado por la motivación o intención de la persona para llevar a cabo cierta conducta, pero las barreras pueden reducir la oportunidad de trasladar la intención a la acción (De Vries et al, 2003).

La intención respecto al cambio de comportamiento puede pasar por varios estados o etapas, estos son, la precontemplación del cambio, la contemplación y la preparación para la acción (Dijkstra, Roijackers y De Vries, 1998). Dicha intención puede variar desde la precontemplación de un cambio en el comportamiento a su contemplación muy rápidamente, incluso dentro de un mes. Así, el estado existente en un punto concreto en el tiempo, debería predecir el estado en una medida posterior.

El objetivo de este estudio ha sido conocer la prevalencia de binge-drinking y determinar los factores predictores de dicha conducta usando el modelo I-Change.

Método:

Estudio observacional transversal con una muestra de 265 estudiantes de cuarto de educación secundaria, bachillerato y ciclos formativos medios de las comunidades autónomas (CCAA) de Cataluña (CA, N= 119) y Andalucía (AN, N=146). Mediante encuesta online se recogieron variables sociodemográficas, consumo de alcohol, así como escalas de actitud (actitud positiva o en contra del consumo de alcohol,  $a=0,78$  y  $a=0,77$  respectivamente), norma social (o lo que los demás piensan que debería hacer sobre el consumo de alcohol,  $a=0,80$ ), modelo social (consumo de alcohol de padres, madres, hermanos, amigos o pareja,  $a=0,62$ ), presión para fumar ( $a=0,81$ ), y autoeficacia (o capacidad para decir no al consumo de alcohol,  $a=0,93$ ). Se solicitó consentimiento informado. Apoyado en SPSS 18.0, se realizaron correlaciones bivariadas y después modelos de regresión logística binaria utilizando el método por pasos, usando las variables sociodemográficas y las propuestas por el modelo I-Change como predictoras y como variable resultado haber tenido la conducta de binge-drinking en los últimos 30 días (0=No, 1=Sí). Se midió el tamaño del efecto.

#### Resultados:

El 57,1% eran chicas en CA, y el 34,9% en AN, en cuanto a la edad el 42,9% tenía 15, el 42,9% de 16 a 18 y el 14,3% tenía más de 18 años en CA, y el 21,9% tenía 15, el 56,9% de 16 a 18 y el 21,2% tenía más de 18 años en AN. El consumo de alcohol se concentró en el fin de semana. En CA el 16,8% consumió el viernes, y el 19,3% el sábado (5,9% más de 4 vasos ambos días), en AN el 20,5% consumió el viernes, y el 30,8% el sábado (9,7% más de 4 vasos ambos días). En CA el 32,8% afirmó haber tenido conducta de Binge-Drinking en los 30 últimos días (la tuvieron 1-2 veces el 13,4%, 3-4 veces el 12,8%, más veces el 5,2%), y en AN el 41,1% (la tuvieron 1-2 veces el 16,7%, 3-4 veces el 9%, más veces el 14,5%). Aunque al correlacionar las variables observamos que la conducta de Binge-Drinking se asoció significativamente a la edad, tener pareja, actitud pro consumo, modelo, norma y presión social ( $p<0,05$ ), y descriptivamente a la CCAA ( $p=0,107$ ), cuando se realizó el modelo de regresión, las predictoras que quedaron fueron: edad, relación de pareja, actitud pro, y norma social ( $X^2=61,47$ ,  $p=0,000$ ,  $R^2\text{Cox y Snell}=0,24$ ,  $R^2\text{Nagelkerke}=0,33$ ).

#### Discusión:

Se refleja un patrón de consumo de alcohol de fin de semana, siendo descriptivamente más elevado en la CCAA de Andalucía. Este patrón es similar o incluso superior al observado en estudios previos. Así, en la última edición del eurobarómetro (2010) nuestro país se encuentra por encima de la media Europea en la prevalencia de binge-drinking, en sexta posición, aumentado su prevalencia al 34% en nuestro país. También en el estudio ESPAD (2011) con jóvenes de 15 a 16 años, que abarca 36 países, se observó una prevalencia similar pero algo inferior a la media observada. Según la última edición de la encuesta (ESTUDES, 2013), la prevalencia del fenómeno binge drinking a los 17 años de edad es del 50%, más del doble que a los 14 años (20%). Esto resalta la importancia de incidir desde edades tempranas para evitar y modificar esta conducta.

El modelo indicó el elevado efecto de algunas variables estudiadas sobre la prevalencia de binge-drinking. Si bien algunas consideradas en el modelo I-Change (autoeficacia, actitudes en contra, modelo social y presión social) no mostraron suficiente evidencia para aceptar su influencia.

Al igual que en previos estudios la edad se configura como un importante factor de riesgo en la adopción de comportamientos no saludables. Por otra parte, se encontró que la actitud del adolescente y la norma social, es decir, o que otros opinan que debería hacer, influyó en el aumento de la prevalencia de binge-drinking. Dichos hallazgos coinciden con estudios previos, concretamente la influencia social, y concretamente la familiar son factores muy importantes a la hora del consumo de alcohol y otras drogas, estudios previos han constatado que una posición permisiva de los padres frente al consumo y abuso de alcohol influye en la adopción de este riesgo por parte de los menores (Donath et al, 2011). En cuanto al modelo social, diversos trabajos teóricos y empíricos han constatado la influencia de los hábitos de consumo de los padres y amigos sobre la conducta de los adolescentes (Espada et al, 2008).

En conclusión, consideramos que conocer factores que llevan a la adopción de conductas tiene implicaciones para la práctica clínica, dada su utilidad para desarrollar intervenciones de promoción de la salud a medida de las necesidades reales de la población adolescente.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Calafat, A. (2007). El abuso de alcohol de los jóvenes en España. *Adicciones*, 19(3), 217-224.
- De Vries, H., Mudde, A., Leijds, I., Charlton, A., Vartiainen, E., (...) Kremers, S. (2003). The European Smoking Prevention Framework Approach (ESFA): An Example of Integral Prevention. *Health Education Research*, 18(5), 611-626.
- Dijkstra, A., Roijackers, J. y De Vries, H. (1998). Smokers in four stages of readiness to change, *Addictive Behavior*, 23(3), 339-350.
- Delegación del gobierno para el Plan Estatal sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2012/2013, España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de [http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/PresentESTUDES2012\\_2013.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/PresentESTUDES2012_2013.pdf)
- Directorate-General Health and Consumers and coordinated by the Directorate-General for Communication (2010). Eurobarometro 2010. Brussels: European Commission. Recuperado de [http://ec.europa.eu/health/alcohol/eurobarometers/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/alcohol/eurobarometers/index_en.htm)
- Donath, C., Gräßel, E., Baier, D., Pfeiffer, C., Karagülle, D., (...) Hillemecher, T. (2011). Alcohol consumption and binge drinking in adolescents: comparison of different migration backgrounds and rural vs. urban residence-a representative study. *Public Health*, 11, 84. Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/84>
- Espada, J. P., Pereira, J. R., y García-Fernández, J. M. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema*, 20(4), 531-537.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T. (...) Kraus, L. The 2011 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 36 European Countries. Estocolmo: The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN). Recuperado de [http://www.espad.org/Uploads/ESPAD\\_reports/2011/The\\_2011\\_ESPAD\\_Report\\_FULL\\_2012\\_10\\_29.pdf](http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2011/The_2011_ESPAD_Report_FULL_2012_10_29.pdf)
- Lima-Serrano, M. y Lima-Rodríguez, J.S. (2014, in press). Impact of school-based health promotion interventions aimed at different behavioral domains: a systematic review. *Gaceta Sanitaria*. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.05.003>
- Meneses, C., Gil, E. y Romo, N. (2010). Adolescentes, situaciones de riesgo y seguridad vial. *Atención Primaria*, 42(9), 452-462.
- WHO (2011). Global Status Report on Alcohol and Health 2011. World Health Organization, Geneva: Switzerland. Recuperado de [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.html)

**Mesa de Comunicaciones 11: Profesión / Gestión****Concurrent Session 11: Nursing Profession / Management****AUTORES/AUTHORS:**

Carina Dessotte, Fernanda Silva, Jeanne Hoffman, Márcia Ciol, Rejane Furuya, Lídia Rossi, Rosana Dantas

**TÍTULO/TITLE:**

Somatic and cognitive-affective depressive symptoms among patients with heart disease: differences by sex and age.

**OBJETIVE**

The aim of the study was to investigate the association of depressive symptoms with sex and age, according to the dimensions of the Beck Depression Inventory-version I (BDI-I), among hospitalized patients with heart disease.

**METHODS**

This observational study analyzed secondary data collected from three previous studies for a sample size of 531 patients. Symptoms of depression were assessed using the BDI-I, composed of 21 items of symptoms and attitudes, where respondents are asked to rate the severity of each item over the past week 0 to 3, with higher scores indicating increasing symptom severity<sup>1</sup>. The BDI-I has two dimensions: cognitive-affective symptoms, and somatic symptoms<sup>1</sup>. Student's t-Test and ANOVA were used to compare the BDI-I dimensions by sex and age (18-45, 46-55, 56-65, 66-75, and >75 years old), respectively. Significance level was set to  $\alpha=0.05$ . Data analyses were conducted using IBM SPSS versions 21.0.

**RESULTS**

Of 531 participants, 62.7% were male, with mean age of 57.3 years (SD=13) for males and 56.2 (SD=12.1) for females. There were no differences in age between males and females. Women had higher mean scores than men for both BDI-I dimensions: cognitive-affective (M=8.28 [SD=7.9] versus M=6.70 [SD=7.2],  $p=0.02$ ) and somatic symptoms (M=7.13 [SD=4.4] versus M=5.36 [SD=4.5],  $p<0.001$ ). The analysis of BDI-I dimensions by age categorized showed differences neither for cognitive-affective ( $p=0.84$ ) nor for somatic symptoms ( $p=0.84$ ).

**DISCUSSION**

Women hospitalized with heart disease had more depressive somatic and cognitive-affective symptoms than men. We did not find an association between both BDI-I dimensions and age. These findings are consistent with results from earlier studies<sup>2-3</sup> and suggest that closer assessment of depressive symptoms in women may be needed for those with heart disease. The impact of depressive symptoms on the ability to follow medical instructions and/or mortality over time requires additional research. Future follow-up research for these patients could reveal whether these differences continue throughout the rehabilitation process and whether such symptoms appear to influence receipt or compliance with necessary care.

This study was sponsored by the São Paulo Research Foundation (FAPESP), Grant 2010/10006-8.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. BECK, A. T.; WARD, C. H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, J. An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, v. 4, p. 561-571, 1961.
2. DOYLE, F.; MCGEE, H.M.; CONROY, R.M.; DELANEY, M. What predicts depression in cardiac patients: sociodemographic factors, disease severity or theoretical vulnerabilities? Psychology and Health, v. 26, n. 5, p. 619-634, 2011.
3. DELISLE, V.C.; BECK, A.T.; DOBSON, K.S.; DOZOIS, D.J.A.; THOMBS, B.D. Revisiting Gender Differences in Somatic Symptoms of Depression: Much Ado about Nothing? PLoS ONE, v.7, n.2, p. e32490, 2012.

**AUTORES/AUTHORS:**

Gisela Moura, Karine Molina, Diovane Costa, Bibiana Damm, Ariela Bumbel, Giovana Menti, Ana Maria Magalhães

**TÍTULO/TITLE:**

USER GROUP SATISFACTION WITH SERVICE IN A PUBLIC HOSPITAL IN BRAZIL

**OBJECTIVE**

To analyze user satisfaction with service in a public hospital and its relation with socio-demographic variables.

**METHOD**

Survey conducted with patients admitted at the Hospital de Clinicas de Porto Alegre (HCPA), for a minimum of 48 hours in adult, obstetric and pediatric inpatient units. Data were collected by telephone interviews between 15 and 30 days after discharge, in the period from July to December of 2013.

The interview was guided through a structured questionnaire adapted from an instrument for measuring patient satisfaction that was prepared and used in a previous study<sup>1</sup>. Satisfaction was measured by a 6-position Likert scale, with positions 1-3 indicating degrees of dissatisfaction (very dissatisfied, dissatisfied and somewhat dissatisfied) and positions 4-6 indicating degrees of satisfaction (somewhat satisfied, satisfied and very satisfied).

The interviewers followed a "telephone approach roadmap," adapted from a model used in a previous study<sup>7</sup>, containing the Patient Consent to join the study. The project was approved by the HCPA Research Ethics Committee.

Data analysis was performed with the statistic software SPSS version 18.0. For analysis of sociodemographic variables, absolute and percentage frequencies were used. The degree of patient satisfaction was obtained by averaging the scores of question 17 - "overall rating of hospital care." The analysis of the relationship between the sociodemographic variables (independent) and patient satisfaction (dependent variable) used the Kruskal-Wallis, Mann-Whitney and DUNN tests.

**RESULTS**

The sample had a total of 547 participants who rated their satisfaction degree with hospital care as 5.70. The respondents for the group under 18 were the parents or legal guardians, as set forth in the research protocol. In the adult group (18-59 years old), 74.7% of the patients participated in the interviews, while 25.3% of the interviews were applied to the companions. In the third group, 52.1% of the elderly (60 years or more) were interviewed, and 47.3% of the interviews were carried out with relatives or companions.

**Gender**

Men accounted for 40.48% of the sample and women, 59.52%. The analysis of care satisfaction averaged 5.67 for men and 5.73 for women. The statistical treatment using the Mann-Whitney test showed there was no statistically significant difference in satisfaction between both groups ( $p = 0.168$ ).

**Age**

Participants had ages ranging between 30 days and 100 years old. Patients, for analysis purposes, were divided into three age groups: Group 1 (G1) - from zero to 17 years, Group 2 (G2) - 18-59 years, and Group 3 (G3) - from 60 to 100 years. Pediatric patients (G1) made up 15.9% of the sample; adults (G2), 53.4%; and the elderly (G3), 30.7%.

Mean satisfaction in G1 was 5.85; 5.68 in G2, and 5.66 in G3. The comparison between groups using the Kruskal-Wallis test showed a significant difference in satisfaction between groups. The Dunn test showed a difference between G1 and G2 ( $p = 0.025$ ) and between G3 and G1 ( $p = 0.028$ ).

### Schooling

Satisfaction in the group with less than 8 years of schooling was 5.73, whereas in the group with more than 8 years was 5.67. The comparison between groups using the Mann-Whitney test showed that the difference was not significant ( $p = 0.130$ ).

### Marital Status

Unmarried patients accounted for 40.84% of the sample; married patients, 43.41%; widowers, 9.71%; and divorced/separated patients, 6.04%. Satisfaction among unmarried patients averaged 5.76; among married patients, 5.72; among 53 widowed patients, 5.47; and among 33 divorced/separated patients, 5.61. The Kruskal-Wallis test showed no difference between the groups, and the Dunn test showed that there was a difference in the unmarried group when compared with the widowed one ( $p = 0.014$ ). Among the other groups, no significant differences were found.

### DISCUSSION

The analysis of the variable gender showed that, although average satisfaction among women was higher than among men, the difference was not significant for this sample of patients. However, when trying to analyze this result in comparison with other previously published surveys, we found studies that also noted that satisfaction was higher in groups of women<sup>2,3</sup>, while others found no relationship between gender and satisfaction<sup>3-5</sup>. In disagreement with these results, another study pointed out that the male group was more satisfied with the care, treatment and information provided than the female group<sup>6,7</sup>.

Age was recognized as a key variable that should be considered in studies on patient satisfaction<sup>4,8</sup>. In this study, the group of pediatric patients was the one that had the highest average satisfaction and, when compared with the others, showed a significant difference. Higher satisfaction levels were found among pediatric patients in an emergency care unit, this arose from the greater attention received by this group of patients in the healthcare service<sup>9</sup>.

The result of the current study indicated that the group of patients in pediatric areas was more satisfied with the service. In addition, the answers of this group to the overall evaluation were placed between the satisfied and very satisfied levels, suggesting a pattern in staff performance when caring for patients. It should be noted that data collection occurred during the months from July to December, which undoubtedly evidenced the maintenance of a high level of care performance during the second half of 2013. In adult healthcare areas, there was dispersion in the six positions of the measurement scale, which was virtually a warning about the existence of discrepancies in care in different areas of the facility.

It is also interesting to note that respondents in the group of pediatric patients were relatives or legal guardians, and this group of patients expressed the highest levels of satisfaction. Interestingly, research available in the literature shows divergent results, as the lowest levels of satisfaction were found exactly among patients' parents<sup>6</sup>.

With regard to adult patients, the literature indicates that older patients are less likely to report dissatisfaction when compared with younger patients<sup>7,9</sup>. In the present study, results that supported this claim were not found because the G2 and G3 groups had very similar means (5.68 and 5.66 respectively), with no statistically significant difference.

Satisfaction in the group with less than eight years of schooling was higher (5.73) than in the group with more than 8 years (5.67), although the comparison between groups showed that the difference was not significant.

The literature shows no consensus between results about the dependence of satisfaction in relation to schooling. International studies have identified an inverse relationship between the level of schooling and satisfaction, that is, patients with less education had higher satisfaction<sup>10,11</sup>, while other studies found no significant relationship between these variables<sup>3,4</sup>. In Brazil, high levels of satisfaction were identified in relation with high levels of schooling<sup>12</sup>.

This study identified that the unmarried group was the most satisfied (5.76), while the widowed group was the least satisfied (5.47).

The difference between the means of these groups was shown to be statistically significant. The difference between the means of the

other groups – married and divorced/separated patients – did not show any significant result.

Few comments are found in the literature about this variable. There are reports that married men are more satisfied compared to other patient groups 6 and that no differences in satisfaction were found between married and unmarried/single individuals 4,11. This study allowed us to verify that patients were satisfied with the care received in the public university hospital, revealing a high degree of satisfaction. This observation allows us to assert that the service provided by the hospital met the expectations and needs of patients.

The analysis of satisfaction among patient groups, taking into account the variables sex, age, schooling and marital status, allowed different levels of satisfaction to be identified. Nevertheless, when the relationship between satisfaction and the variables age and marital status was analyzed, few situations were shown to be statistically significant – only for groups of pediatric and elderly patients and groups of unmarried and widowed patients, respectively. The other variables - gender and schooling - showed no significance in any of the cross-checks performed. The results lead to the conclusion that the demographic characteristics under study were not characterized as robust predictors for the study of patient satisfaction with hospital care.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1 Moura, GMS. Service encounters and customer satisfaction in hospitals. Porto Alegre, PhD Thesis. Doctoral Program.Federal University of Rio Grande do Sul,2006.
- 2 Nigenda-López G, Salinas-Rodríguez A, Gómez-Camponovo M, Manrique-Espinoza B, Ruiz-Larios JA, Trejo-Rosales A. Identification of users using cluster analysis according to degree of satisfaction with geriatric care services. Rev.Esc.Enferm.USP, 2013 Apr;47( 2 ):421-425.
- 3 Alhusban, M, Abualrub, R. Patient satisfaction with nursing care in Jordan. Jour. Nurs. Management, 2009;17:749–758,.
- 4 Danielsen K, Bjertnaes OA, Garratt A, Forland O, Iversen HH, Hunskaar S. The association between demographic factors, user reported experiences and user satisfaction: results from three casualty clinics in Norway. BioMed Central Family Practice, 2010;11:73.
- 5 Schoenfelder T, Klewer J, Kugler J. Factors associated with patient satisfaction in surgery: the role of patients' perceptions of received care, visit characteristics, and demographic variables. Journal of Surgical Research, Nov 2010; 164(1): e53–e59.
- 6 Yagil D, Luria DG, Admi H, Moshe-Eilon Y, Linn S. Parents, spouses, and children of hospitalized patients: evaluation of nursing care. Journal of Advanced Nursing, 2010; 66(8): 1793–1801.
- 7 Findik UY, Unsar S, Sut N. Patient satisfaction with nursing care and its relationship with patient characteristics. Nurs. Health Sci.,Jun 2010;12(2):162-9.
- 8 Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, Thomas H. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. Health Technol. Assess., 2012; 6(32):1-244.
- 9 McCarthy ML, Ding R, Zeger SL, Agada NO; Bessman SC, Chiang W, Kelen GD; Scheulen JJ, Bessman ES. A randomized controlled trial of the effect of service delivery information on patient satisfaction in an emergency department fast track. Academic Emergency Medicine, Jul 2011;18(7):674-685.
- 10 Dierssen-Sotos T, Rodriguez-Cundin P, Robles-Garcia M, Brugos-Llamazares V, Gómez-Acebo I; Llorca J. Factores que determinan la alta satisfacción del usuario con la asistencia hospitalaria. An. Sist. Sanit. Navar,Sept/dic.2009; 32(3):317-25.
- 11 Ozlu ZK, Ozer N, Arslan S, Cantekin I. Satisfaction of patients staying in day surgery clinic from nursing services. Pak. J. Med. Sci.2010; 26(2):438-443.
- 12 Cruz W, Melleiro M. Assessment levels of the user´s satisfactions in a private hospital. Rev.Esc.Enferm.USP, 2010; 44(1):147-53.



**AUTORES/AUTHORS:**

LEYLA BARAN, ÜLKÜ GÜNES

**TÍTULO/TITLE:**

INVESTIGATING THE SENSITIVITY OF "RISK TO FALL" SCALES FREQUENTLY USED IN ELDERLY PEOPLE

Objectives: Tools that define risk for fall are used to reduce the severity and incidence of falls, to improve mobility and existing functional situation, to identify and control the factors causing falls, as well as to increase health personnel's consciousness about falls. The tool that defines risk for fall correctly also defines the patient along with the risks for fall and identifies those patients with or without risk for fall. Therefore, the specificity and sensitivity of the scale to be used must be high. So many studies related to sensitivity of risk for fall scales could not be encountered in literature. Therefore, this study had to be done in order to determine the sensitivity of three scales used to identify the risk for fall of elderly people residing in rest homes. This research was planned to establish the specificity and sensitivity of the Morse, Hendrich II and Denn "risk to fall scales" in elderly people residing in rest homes.

Methods: This research was carried out with 159 elderly people (65 years old and above) who were residing in a rest home in Turkey between 15 February and 15 June 2014 and accepted to participate in research. In the Power Analysis performed on 159 individuals to see if the magnitude of sampling is enough, it was decided that enrolling 108 individuals into study would be sufficient. The power of DENN risk for fall assessment scale and MORSE falling scale (with a significance level of 0.05) was 100% and Hendrich II Risk for Fall Scale's was 99 %. Data were collected by researcher through interview with elderly people and from nurse records. First day individuals included in the scope of research completed "Introductory Characteristics Form", Morse, Hendrich II and Denn "Risk to Fall Scales" and the scores they obtained from "Risk to Fall Scales" were recorded daily for 60 days. Also, during this process their falling status was evaluated and registered on observation form. DENN risk for fall assessment scale is a form developed by Nebreska's Medicare Quality Improvement Organization through utilizing Falls Management Guidelines and consists of 9 main titles; (Level of Consciousness/ Mental Status, History of Falls in Last 3 Months, Amputation/Rest Room Status, Visional Status, Walking and Equilibrium, Orthostatic Alterations, Medications, Diseases and Availability of Equipments). This form has been adapted into Turkish by Tekin et al. (2008). It was stated that it met all the criteria in literature in terms of validity of scope and the opinions of experts were taken. Evaluation is made upon total scores (0-39). Total scores vary between 0 and 39. At the end of scoring those who received scores between 0 and 5 are evaluated as "less risky", those received 6 – 9 as "medium risky" and those received 10 and over as "higher risky". "Morse Falling Scale" was developed by Janice M. Morse (1985) and it defines risk for fall with 9 criteria. These are; Presence of History of Falls, Secondary Diagnose, Mobilization Support, Presence of Intravenous Route or Use of Heparin, Walking/Transfer and Mental Status. Evaluation is made from total scores (0-125). The scores between 0 and 24 indicate the "Lower Risk Group", scores between 25 and 50 show the "Medium Risk Group" and scores over 51 show the "Higher Risk Group". The Turkish adaptation of the "Morse Falling Scale" was performed by Yilmaz-Demir (2011). When the interobserver consistency in the form translated into Turkish was evaluated through Kappa analysis an excellent consistency was found between two observers (K for second item of Kappa value is 0.87; K for first, fourth and sixth items is 1.00; K for third and fifth items is 1.00,  $p < .001$ ) and scale's reliability coefficient was found as 0.55. "Hendrich II Risk for Fall Scale" is not unique to a specific field and it evaluates risk for fall of patients in all fields. It was developed by Hendrich et al. (1995) and it was revised in 2003 and its second version issued. Scale defines risk for fall with 8 criteria (Confusion, Depression, Change in Voiding, Dizziness, Male Gender, Use of Antiepileptic, Use of Benzodiazepin end Standing up and Walking Test) and assessment is made from total scores (0-20). In scales scores 5 and over indicate higher risk. Its Turkish validity and reliability was performed by Atay, San veAycan (2009) and it has been widely used in health care organizations in our country. The mean scores in each three scales show increased risk for fall. Assessment of the data obtained from research was performed by using SPSS program (Statistical PackageForSocial Sciences /16.0 for Windows). During

evaluation of data percentage and ROC (Receiver Operating Characteristic) analysis was used.

Results or Findings: Of the individuals participated in research 59.7 % were women and their mean age was  $76.38 \pm 7.97$  years. Falling was seen in 59 of the 159 individuals observed. It was established that 82.4 % of individuals had some sort of visual problem, 46.5 % had some sort of hearing problem and 47.8 % had used an auxiliary device to walk. It was observed that 94.3 % of the individuals had at least one of the chronic diseases. 95 % were using at least one medication and Antihypertensives was taking the lead with 60.4 %. Individuals' mean total scores from "DENN risk for fall assessment scale" was  $13.58 \pm 7.71$  (Min-Max; 0-31) and at the same time sensitivity and specificity was high and cut-off point was found to be 13.5. The mean total scores from "Morse Falling Scale" was  $44.23 \pm 26.86$  (Min-Max; 0-105) and at the same time sensitivity and specificity was high and cut-off point was found to be 45. The mean total scores from "Hendrich II Risk for Fall Scale" was  $6.43 \pm 3.63$  (Min-Max; 0-14) and at the same time sensitivity and specificity was high and cut-off point was found to be 6.5. The Sensitivity, Specificity, Positive Predictive Negative Predictive Values were respectively 92.16 %, 51.85 %, 47.47 % and 93.33 % in "Denn Risk to Fall Evaluation Scale"; 64.71 %, 77.78 %, 57.89 % and 82.35 % in "Morse Risk to Fall Scale"; 80.39 %, 43.52 %, 40.20 % and 82.46 % in "Hendrich II Risk to Fall Scale".

Discussion: In order for an ideal risk evaluation tool to identify individuals at risk of fall correctly and to differentiate individuals with very low risk to fall it must have very high sensitivity and specificity. According to the results obtained from research, "Denn Risk to Fall Evaluation Scale" which has the highest sensitivity and specificity is the best scale in terms of cut-off points recommended by scale owners. Accordingly, "Denn Risk to Fall Evaluation Scale" may provide more correct results in identifying the risk of fall for those individuals especially residing in elderly rest homes and therefore, primarily use of this scale in rest homes is recommended.

### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Adamski, P., Bell, D., Christiansen, D., Fishbeck, J., Johnson, D., Lavin, P., Little, R., Pew, C., Smith, L. (2007). Improving Fall Risk Assessment, In: Pimenter, J, Editors. GoodPractices in PreventingPatientFalls: A Collection of Case Studies. USA: By Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: 17-29.
2. Atay, S., San, A.T., Ayca, Ö. (2009). Validity and reliability of the Hendrich Fall Risk Model II. 12. National Nursing Congress, Sivas.
3. BogleThorbahn, L.D., Newton, R.A. (1996). Use of The Berg Balance Test to Predict Falls in Elderly Persons, Phys Ther; 76: 576-583.
4. Fuller, G. (2000). Falls in The Elderly. Am Fam Physician; 61(7): 2159-2168.
5. Hendrich, A., Nyhuis, A., Kippenbrock, T., Soja, M.E. (1995). Hospital Falls: Development of a Predictive Model for Clinical Practice. Applied Nursing Research, 8(3): 129-139.
6. Ivziku, D., Matarese, M., Pedone, C. (2010). Predictive Validity of the Hendrich Fall Risk Model II in an Acute Geriatric Unit. International Journal of Nursing Studies; 48(2011) 468-474.
7. Morse, J.M., Black, C., Oberle, K., Donahue, P. (1989). A Prospective Study to Identify The Fall-Prone Patient. Social Sciences Medicine 28: 81-86.
8. Morse, J.M. (2002). Enhancing the Safety of Hospitalization By Reducing Patient Falls. American Journal of Infection Control; 30(6): 376-80.
9. Morse, J. (2006). The Safety of Safety Research: The Case of Patient Fall Research. Canadian Journal of Nursing Research, 38(2): 74-88
10. Perell, K.L., Nelson, A., Goldman, R.L., Luther, S.L., Prieto-Lewis, N., Rubenstein, L.Z. (2001). Fall Risk Assessment Measures: An Analytic Review. J Gerontol A Biol Sci Med Sci; 56(12):761-767.
10. Yilmaz-Demir, N. (2011). Adaptation of Morse Fall Scale To Turkish and Determination of Sensitivity and Specificity. Journal of Ege University Nursing Faculty 28(1):57-71.

**AUTORES/AUTHORS:**

Eloísa Maciel, Filipe Pereira, Inês Cruz

**TÍTULO/TITLE:**

Longitudinal study on the evolution of dependence in self-care

**Introduction**

In Portugal, the improvement on the socioeconomic conditions and the technological progresses, together with the decrease of the birth rate and the increase of the mean life expectancy, result in an increasingly elder population where the chronic and disabling diseases prevail, leading to the loss of self-care autonomy. This reality is supported by data from the National Statistics Institute, which verified in 2012 that the elderly population with 65 or more years corresponded to 19 % of the total population living in Portugal. In this context, the self-care dependency has become one of the major health concerns due to the increase in the demand and consumption of healthcare, which is reflected in the increase on the number of hospitalizations.

On the clinical context, it is often verified that customers experience significant changes in their self-care performance abilities due to illness episodes (acute or severe) or aging processes, which lead them to self-care dependency conditions. These changes constitute relevant transitions for nursing, because helping customers in how to deal with their self-care deficits and how to reconstruct their autonomy are dimensions included in the nursing domain. Therefore, the transition from an independency condition to a self-care dependence scenario generates changes. These changes can originate a transition process which, according to Meleis and co-authors (2000), represents a movement from a state, condition or place to another. In this transition process, the dependence generating event corresponds in most cases to a chronic or acute disease, or to the exacerbation of a chronic problem. As referred by Brito (2012), nurses have a crucial role in the course of this transition, once they promote the customers' autonomy reconstruction by facilitating the restart of self-care activities and supporting their maintenance.

According to the literature (Proot et al. 2007, Brito, 2012; Maciel, 2013), there are several factors that may facilitate or inhibit the self-care autonomy reconstruction process, which fall in what Meleis et al. (2000) define as transition constraints. Sociodemographic variables (gender, age, marital state, etc.), clinical variables, including the commitments in body processes (ICN, 2011), and the aspects relating to the dependence situation are among these constraints.

**Objectives**

The occurrence of a self-care dependence generating event results in a change on people's life, leading them to initiate transition processes towards the reconstruction of their self-care autonomy. On this context, the objectives of this study were: characterizing the self-care dependence and the body processes compromises at the moment of medical discharge; evaluating the way the self-care dependence and the body processes compromises evolved three months after discharge; and exploring associations between sociodemographic and clinical variables and the evolution on the self-care dependence, three months after discharge.

**Methods**

This is a longitudinal, descriptive and quantitative study. The population included all customers with a hospitalization episode between the 1st of April and the 30th of June of 2012, who had experienced the installation of a self-care dependence condition for the first time, or people that during the hospitalization episode, on their own or on the caregiver perspective, had been considered to have a worsening in their previous self-care dependence. Other criteria were agreeing to participate in the study and having more than 18 years.

The sample was non-probabilistic and of convenience, comprising 60 cases. Most of participants were female (52%), married (55%) and retired (90%). The mean age was 73 years-old (SD=8,27), ranging from a minimum of 50 and a maximum of 89 years. On

average, they had 4 years of education. Regarding the dependence condition, most of the people referred that this condition was felt for the first time (65%), happened suddenly (66,7%), being the main cause an acute disease (68,3%). Still on this domain, it was verified that 30% of the participants were already using some kind of equipment to help them in the self-care activities and 35% needed help from others.

In order to evaluate the level of self-care dependence at discharge and three months later, the "Self-care Dependence Evaluation Instrument" (Duque, 2009) was used. This instrument allowed evaluating the level of dependence in 11 self-care domains (bathing, dressing or undressing, feeding, grooming, personal hygiene, self-elevating, using the toilet, self-transfer, turning, using the wheelchair and walking). For each specific indicator from the several domains, each person was evaluated with a score from 1 to 4, being 1 - "completely dependent", 2 - "needs help from other person", 3 - "needs equipment" and 4 - "completely independent". The mean scores from the several domains were evaluated, as well as the overall self-care mean score.

The data was collected in two distinct moments, with a temporal gap of three months between them, being this the proper timing to evaluate the person's recovery (Umphred, 2010). The form number 1 was applied during hospitalization as close as possible to the moment of discharge, and the form number 2 was applied three months after discharge by means of a telephone interview.

Regarding the data analysis procedures, we used descriptive statistics and inferential statistics (Mann Whitney U Test and Spearman Correlation). Data were treated using the SPSS 20 software, being adopted a significance level of 5%.

## Results

The results showed that the level of dependence at the moment of discharge was very pronounced, either in each one of the self-care domains, as in the global self-care level, with an average score of 1,7 (SD=0,62) (1 to 4 scale). The self-care domains in which the participants were more autonomous were self-elevating (M=1,75; SD=0,77), bathing (M=1,80; SD=0,70), grooming (M=1,80; SD=0,70), personal hygiene (M=1,91; SD=0,95), turning (M=2,12; SD=0,99) and feeding (M=2,39; SD=1,01). On the other hand, the domains in which higher levels of dependence were verified were: self-transfer (M=1,57; SD=0,50), using the toilet (M=1,52; SD=0,70), dressing or undressing (M=1,49; SD=0,62), walking (M=1,29; SD=0,43) and using the wheelchair (M=1; SD=0). It is thus evident that most of the studied cases were discharged with need of help (from someone or equipment) and/or replacement to perform the activities corresponding to each self-care domain.

Three months after discharge, on average, there was an improvement in the global dependence score, being equal to 2,76 (SD=1,06) at this point. At this stage, the self-care domains which saw a higher improvement were caring of personal hygiene (M=3,20; SD=1,20), turning (M=3,11; SD=1,26), feeding (M=3,09; SD=1,06) and self-elevating (M=3,09; SD=1,27).

The average of the differences found between the two self-care dependence level evaluation moments was equal to 1,06 (SD=0,83), demonstrating a positive evolution, i.e. there was a recovery at the self-care dependence level. This fact is also supported by a positive evolution observed in all the self-care domains three months after discharge, except the self-care using the wheelchair, where there was any evolution. The evolution was on average higher on the self-care domains bathing, dressing or undressing, take care of personal hygiene, self-elevating and using the toilet, which can be directly correlated with the higher functional ability acquired by the person, due to the training and repetition of the self-care activities during the three months. In the domains feeding, self-elevation, self-transferring, turning and walking, the evolution was at a lower scale. It should be noted that feeding and self-elevation were already self-care domains for which the customers showed higher scores, whereas in the remaining domains the evolution may have been lower because they refer to self-care domains related with the ability to ambulate and maintain the body balance, which could have some degree of compromise after the installation of the dependence generating event.

On departure for this study, it was assumed that the existence of some compromises at the body processes level (ICN, 2011) could be relevant for the person's health status, with influence in the evolution of the self-care dependence.

At the moment of discharge, it was verified that 100% of the participants had alterations on body balance, 93,3% had changes on muscle strength, 71,1% had signs of dehydration, 70% changes on muscle tone, 58,3% had compromise on the articular movement

and 26,6% had pressure ulcers. On this way, these data show that the sample presented health conditions marked by some compromise in their minimum operating abilities to suppress the self-care requirements.

Three months after discharge, a characterization of the customers about the compromises in body processes was done, but since these data were collected through telephone interview, it was limited to the body processes aspects that were simpler to be evaluated by the costumer or by the caregiver. Thus, it was verified that the majority of the customers ceased to have significant compromises at the body processes level, except in what regards the articular movement.

We explored the sociodemographic and clinical factors related with the positive evolution observed in the self-care dependence. Regarding the sociodemographic features, such as gender and age, there were no statistically significant differences observed. However, three months after discharge it was verified that people with higher level of body balance at discharge ( $p=0,017$ ), and those with acute disease as cause of dependence ( $p=0,041$ ), were the ones with a more favorable evolution in their self-care.

#### Discussion

With this study, we were able to conclude that three months after medical discharge, on average, customers had a positive evolution of 1,06 (in a 1 to 4 scale) in their self-care and also at compromises in the body processes level. This more positive evolution in self-care is associated with cases that showed higher body balance at the moment of discharge and those with acute disease as cause of dependence.

The utilization of self-care dependence level evaluation scales for all the specific activities that constitute each self-care domain allow evaluating the dependence condition with higher clinical value for the planning and implementation of nursing therapeutics. In this study, we used a self-care evaluation scale that was built and validated for the Portuguese population and which proved to be of great clinical usefulness for nurses (Duque, 2009). The realization of longitudinal studies is recommended because they intrinsically enable the evaluation of different time points, with the objective of evaluating nursing phenomena (in this case, self-care) since the element time is a determinant aspect of the transitions (Meleis, 2005).

The self-care concept and those that are associated to the dependence and autonomy reconstruction are nuclear and assume a central status within the discipline. In Portugal, it has been an increase in the research on nursing focusing the self-care. This strong increment is also a result from the need to find solutions that will allow dealing with the increase in the number of cases with self-care dependence. Nurses, through the care they give, stand in a privileged position to promote the autonomy of self-care dependent people, being thus necessary more studies about the associated factor, contributing by this means for the achievement of health gains that are sensible to nursing.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- BRITO, M. – A reconstrução da autonomia apos um evento gerador de dependência no autocuidado – uma teoria explicativa. Instituto de Ciências da Saúde. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2012. Dissertação de Doutoramento.
- DUQUE, H. – O doente dependente no autocuidado: estudo sobre a avaliação e ação profissional dos enfermeiros. Instituto de Ciências da Saúde. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2009. Dissertação de Mestrado.
- ICN (International Council of Nurses) - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 2.0, 2011.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal. Lisboa-Portugal, 2012.
- MACIEL, E. – O potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado: estudo exploratório acerca da sua concretização numa amostra de clientes, três meses após a alta hospitalar. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2013. Dissertação de Mestrado.
- MELEIS, A. [et al.] - Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advance in Nursing Science*. (2000), p. 12-28.
- MELEIS, A. – *Theoretical Nursing: development and progress*. 4.th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

PROOT, M. I. [et al.] – Supporting Stroke Patients' Autonomy during Rehabilitation. *Nursing Ethics*. Vol. 14, n.º 2 (2007), p. 229-241.  
UMPHRED, D. – *Reabilitação Neurológica*. 5.th Edition. Loures: Lusodidacta, 2010.

## Mesa de Comunicaciones 12: Práctica Clínica

### Concurrent Session 12: Clinical Practice

#### AUTORES/AUTHORS:

RAÚL SOTO CÁMARA, MARÍA INMACULADA SANTAMARÍA CUESTA, MARÍA DEL ROSARIO PÉREZ CARRETERO, ANA BENITO JUSTEL, MARÍA CELESTE SANTIAGO VALLADOLID, RICARDO MIGUEL BARREIRO

#### TÍTULO/TITLE:

¿ES EFECTIVA LA POSICIÓN DE TRENDELEMBURG EN EL PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE INESTABLE? - INVESTIGACIÓN SECUNDARIA

#### INTRODUCCIÓN

Aunque originariamente la posición de Trendelenburg se empezó a utilizar como postura quirúrgica en personas sometidas a cirugía pélvico-abdominal, en la últimas décadas su uso se ha generalizado en el manejo urgente de los pacientes con hipovolemia y/o hipotensión sintomática.

Consiste en inclinar el eje corporal de la persona en sentido cefálico, existiendo variantes modificadas como la posición antishock, en la que al paciente se le coloca en decúbito supino con elevación pasiva de las extremidades inferiores. Su uso se fundamenta en el hecho de que al redistribuirse la sangre desde las extremidades inferiores hacia la circulación central mejora la situación hemodinámica sistémica de la persona, aspecto que contrasta con los resultados obtenidos en diversos estudios y ensayos clínicos. Por ello, el objetivo del presente estudio es identificar la mejor evidencia científica disponible que demuestre la efectividad de la posición de Trendelenburg en la modificación de la situación hemodinámica del paciente con hipovolemia y/o hipotensión sintomática, respaldando, o no, su uso rutinario.

#### METODOLOGÍA

Siguiendo un esquema de investigación previamente establecido, se realizó una revisión de la literatura disponible, consultando la versión electrónica de las principales bases de datos de referencias bibliográficas de revistas primarias (BVS, CINAHL, CUIDEN, IBECs, LILACS, MEDLINE, ScIELO) y de bases de datos bibliográficas de revisiones sistemáticas (COCHRANE, JBI), desde enero a abril de 2.014, utilizando como palabras clave los tesauros (DeCs y MeSH) adecuados al objetivo del estudio, combinados mediante operadores booleanos. Se seleccionaron todos los estudios cuyo diseño metodológico fuera EC, ECA, RS ó MA, publicados en inglés y/o castellano desde el año 2.005, realizados en humanos, que comparasen la situación hemodinámica del paciente con hipotensión y/o hipovolemia colocado en posición de Trendelenburg con relación al decúbito, con al menos el resumen disponible. Se realizó una búsqueda secundaria de la bibliografía citada en cada uno de los artículos seleccionados, tras verificar que cumplían los criterios de inclusión. La selección de los estudios se realizó por pares, de forma independiente y ciega, resolviendo las posibles discrepancias mediante consenso, y en caso de no lograrlo mediante la participación de un tercer evaluador; el procedimiento de evaluación de la calidad metodológica de los estudios seleccionados se hizo de la misma forma que la selección, si bien, con la finalidad de garantizar la homogeneidad de todos los investigadores en la recogida de datos, se realizó una prueba piloto, evaluando cada uno de ellos cuatro artículos para posteriormente valorar la concordancia entre sus evaluaciones.

#### RESULTADOS

Se identificaron un total de 97 trabajos, de los cuales tras una primera lectura y evaluación del título y resumen, se descartaron 80 al no estar relacionados con el tema objeto de la revisión, no ajustarse a los criterios de inclusión previamente establecidos ó estar duplicados. Al realizar la búsqueda secundaria utilizando las referencias bibliográficas de las 17 publicaciones seleccionadas, se localizaron 2 nuevos artículos que podían ajustarse al objetivo del estudio. Tras la lectura crítica del texto completo, sólo 7 de los 19 trabajos 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: 1 ECA, 4 EC y 2 RS.

#### DISCUSIÓN

En la mayoría de los trabajos revisados se concluye que la posición de Trendelenburg mejora el gasto cardiaco del paciente, si bien los cambios que produce en las cifras de tensión arterial no son significativos ni se mantienen en el tiempo. Es más, en algunas

ocasiones su uso está contraindicado por deteriorar la función pulmonar o incrementar la presión intraocular o intracraneal. A pesar de que la posición de Trendelenburg es útil en el desarrollo de determinados procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos y estar recomendada su aplicación en múltiples protocolos y guías de actuación clínica en pacientes hipotensos y/o hipovolémicos, la calidad de la evidencia de los estudios revisados es baja, al presentar importantes limitaciones metodológicas en su diseño y/o ejecución, no pudiéndose recomendar su uso de forma rutinaria.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Ballesteros Peña S. La posición de Trendelenburg en el tratamiento urgente del paciente hipotenso: empirismo contra el racionalismo. *Enfermería clínica*. 2012; 22 (2): 114-120.

Bridges N et al. Use of the Trendelenburg position as the resuscitation position: to T or not to T? *Am J Crit Care*. 2005; 14(5): 364-368.

Geerts BF et al Comprehensive review: is it better to use the Trendelenburg position or passive leg raising for the initial treatment of hypovolemia? *J Clin Anesth*. 2012; 24(8): 668-674.

Halm MA. Trendelenburg position: "put to bed" or angled toward use in your unit? *Am J Crit Care*. 2012; 21(6): 449-452.

Monnet X et al. Passive leg raising predicts fluid responsiveness in the critically ill. *Crit Care Med*. 2006; 34:1402-1407.

Shammas A et al Trendelenburg positioning to treat acute hypotension: helpful or harmful? *Clin Nurse Spec*. 2007; 21(4): 181-187.



**AUTORES/AUTHORS:**

Paula Parás Bravo, Manuel Herrero Montes, Encarnación Olavarría Bevide, Vanesa Caso Álvarez, Laura Gonzalez Parralo, Carlos Rodríguez de la Vega

**TÍTULO/TITLE:**

COMPLICACIONES DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA PARCIALMENTE TUNELIZADO (PICC) DE LARGA DURACIÓN

**OBJETIVO**

Determinar el número de PICCs de larga duración implantados en función del sexo y el diagnóstico principal, así como, su duración, causas de retirada y frecuencia de complicaciones en el Hospital de Día Médico del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).

**MÉTODOS**

Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo. La población ha estudio fueron todos los pacientes portadores de un PICC en los años 2010- 2013. Los datos de recogieron a través de la herramienta informática Preinscripción Electrónica Asistida Oncológica, diseñada específicamente para la unidad. Las variables analizadas fueron: sexo, diagnostico principal, estado del catéter (activo o retirado en la actualidad), motivo de retirada, uso de fibrinolítico, tipo y fecha de la complicación. Se describen variables cualitativas (distribución de frecuencias y porcentajes) y variables cuantitativas (media y desviación estándar (DE)). El análisis estadístico se realizó con el software SPSS 21.0.

**RESULTADOS**

Se incluyeron 603 pacientes, 330 mujeres (54,7%) y 273 hombres (45,3%). La distribución por diagnósticos fue: : cáncer colorrectal (24,9%), cáncer de mama (17,6%), cáncer de páncreas (7,3%), linfoma no Hodgkin (8,3%), linfoma Hodgkin (4,3%), sarcoma (5,5%), cáncer de pulmón (3,6%), cáncer de ovario (3,8%), leucemia mieloide aguda (2,8%), isquemia crónica (2,5%), cáncer de vejiga (2,5%), cáncer gástrico (2,5%), infección (2,2%), leucemia linfocítica aguda (1,8%), cáncer localizado en cabeza cuello (1,5%), síndrome de malabsorción (1,2%), anemia (0,8%), cáncer anal (0,8), mieloma múltiple (0,8%), cáncer de esófago (0,7%), cáncer de cervix (0,7%), cáncer endometrio (0,5%), cáncer germinal (0,7%), cáncer de próstata (0,3%), leucemia linfocítica crónica (0,5%), cáncer renal (0,3%), melanoma (0,3%), síndrome mielodisplásico (0,3%), mielofibrosis (0,2%), timoma (0,2%), merkeloma (0,2%) cáncer de las vías biliares (0,2%), leucemia mieloide crónica(0,2%) y cáncer localizado en el cerebro (0,2%).

En cuanto a la especialidad médica, destaca la oncología con 21 patologías y un porcentaje total del 74,3%; seguida de la hematología con 8 patologías (sin contar la anemia que puede proceder de otras especialidades) y un porcentaje total de 19%.

En el momento de la recogida de datos, Mayo 2014, 55 pacientes (9,1%) siguen con el catéter activo, con una media de 171,20 (DE 141,918) días de uso llegando a durar 882 días como máximo. Al 48,4% de los pacientes se les retiró por fin de tratamiento y un 22,6% de los pacientes fallecieron. Al 19,9% restante se le retiró principalmente por migración (5,8%), infección (4,1%) u obstrucción (4,1%). La migración del catéter se produjo en 78 casos aunque solo fue responsable de la retirada del catéter en 35 de ellos. Se produce como media en el día 161,79 (DE 125,360). La infección, aparece como media a los 114,26 (DE 96,792) días de su implantación. El 44,3% de los pacientes precisaron el uso de fibrinolítico al menos una vez siendo necesario como media al día 76,48 (DE 73,807). 20 pacientes fueron diagnosticados de trombosis produciéndose como media a los 28,90 (DE 44,329) de la implantación del catéter y 42 de flebitis apareciendo en torno al día 65,74 (DE 108,237).

También se detectaron edema y hematoma peripuncional ambos de ellos presentes en la mayoría de los casos en la primera semana tras su implantación.

**DISCUSIÓN**

El uso de PICCs es una práctica habitual, especialmente en los pacientes oncológicos, debido a las características de su tratamiento,

extendiéndose a otras especialidades para administración segura de tratamientos prolongados o agresivos para el sistema vascular. La tasa de complicaciones y retiradas por complicación es muy baja. Las complicaciones se producen tras meses de su uso siendo, en la mayoría de los casos, de importancia leve. La utilización de PICCs de larga duración supone una alternativa eficaz y segura a los catéteres periféricos y centrales de inserción central para aquellos pacientes que precisen tratamientos prolongados o agresivos para el sistema vascular.

### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Aubaniac R. The subclavian vein puncture--advantages and technique 1952. *Nutrition* 1990;6:139-40.
2. Broviac JW, Cole JJ, Scribner BH. A silicone rubber atrial catéter for prolonged parenteral hyperalimentation. *Surg Gynecol Obstet.* 1973;136:602-6.
3. Hickman RO et al. A modified right atrial catheter for acces to the venous system in marrow transplant recipients. *Surg Gynecol Obstet.* 1979;148:871-5.
4. Equipo PICC Enfermería. PICC Peripherally Inserted Central Catheter. Instituto Donostia de Onco-Hematología Hospital Universitario Donostia. 2012.
5. Moraza-Dulanto MI et al. Ultrasound-guided peripherally inserted central catheters (PICC) in cancer patients: success of the insertion, survival and complications. *Enferm Clin.* 2012;22(3):135-43.
6. Ruano JM et al. Accesos vasculares en pediatría. Tipos de catéteres. *Acta Pediatr Méx.* 2002;23 (3):150-3.
7. Alonso AF et al. Guía Catéteres Venosos Centrales. Servicio Salud Principado de Asturias. 2010.
8. Santolim TQ, Santos LA, Giovani AM, Dias VC. The strategic role of the nurse in the selection of IV devices. *Br J Nurs.* 2012;21(21):28, 30-2.
9. Bellesi S et al. Peripherally inserted central catheters (PICCs) in the management of oncohematological patients submitted to autologous stem cell transplantation. *Support Care Cancer.* 2013;21(2):531-5.
10. Mašek V, Soumarová R, Kociánová I, Mašková M. Venous access devices in oncology. *Klin Onkol.* 2012;25(1):9-16.
11. Aw A, Carrier M, Kocerginski J, Mcdiarmid S, Tay J. Incidence and predictive factors of symptomatic thrombosis related to peripherally inserted central catheters in chemotherapy patients. *Thromb Res.* 2012;130(3):323-6.
12. Leroyer C et al. Prospective follow-up of complications related to peripherally inserted central catheters. *Med Mal Infect.* 2013;43(8):350-5.
13. Leung TK, Lee CM, Tai CJ, Liang YL, Lin CC. A retrospective study on the long-term placement of peripherally inserted central catheters and the importance of nursing care and education. *Cancer Nurs.* 2011;34(1):25-30.
14. Patel GS et al. Comparison of peripherally inserted central venous catheters (PICC) versus subcutaneously implanted port-chamber catheters by complication and cost for patients receiving chemotherapy for non-haematological malignancies. *Support Care Cancer.* 2014;22(1):121-8.
15. Nicholson J, Davies L. Patients' experiences of the PICC insertion procedure. *Br J Nurs.* 2013;22(14):16-8, 20-3.

## Sesión de Comunicaciones Orales Breves I

### Session of Oral Brief Presentations I

#### AUTORES/AUTHORS:

M<sup>a</sup> Henar García Pascual

#### TÍTULO/TITLE:

Efectividad de un programa grupal basado en el juego en niños con dificultades en las relaciones interpersonales

**OBJETIVO PRINCIPAL:** Evaluar la efectividad de un programa grupal de enfermería basado en el juego, comparado con tratamiento habitual, en niños de 9 a 11 años con dificultades en las relaciones interpersonales del Centro de Salud Mental Infanto/ Juvenil (CSMI) de Gijón (Asturias). **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Analizar las variables clínicas y sociodemográficas, asociadas a un mejor pronóstico en la evolución de los niños con dificultades en las relaciones interpersonales\_ Comparar si la mejoría obtenida con el programa grupal se mantiene a los 6 meses post-intervención grupal. **MÉTODO:** estudio cuasi-experimental pre-post tratamiento y seguimiento a los 6 meses con grupo control no equivalente. La muestra se compone de 24 sujetos: 12 niños y sus madres, con variables sociodemográficas [(del niño: edad, sexo, convivencia con cuidador principal, nº de hermanos, lugar en la patria y curso escolar) y (madre: edad, estado civil, nivel educativo, profesión, situación laboral y residencia)], clínicas [(del niño: diagnóstico clínico y de enfermería, período de tiempo con síntomas y dificultades en las relaciones interpersonales, toma de psicofármacos y tiempo y nº de hermanos) y (de la madre: consulta en salud mental y toma de psicofármacos)], de tratamiento y de resultado, con aplicación previa de consentimiento informado. Criterios de inclusión: niños de 9 a 11 años que están a tratamiento en el CSMI, que presentan dificultades en las relaciones interpersonales tras valoración del clínico de referencia con variados diagnósticos clínicos de trastorno mental (CIE-10) y firmar el consentimiento informado. Criterios de exclusión: cumplir criterios de retraso mental (F70-F79) y otros trastornos del desarrollo psicológico (F80-F89), según CIE-10. En la evaluación de las variables se utiliza: historia clínica, la escala de comportamiento asertivo CABS y el listado de adjetivos para evaluar el autoconcepto LAEA para niños y el test de conducta prosocial CP para madres. El programa grupal consistió en 8 sesiones/ semanal de 1 hora de duración, realizado entre julio a septiembre de 2010, por una enfermera especialista en salud mental con 8 años de experiencia en Salud Mental Infanto/Juvenil como responsable del grupo. Basado en el programa de juegos cooperativos de (Garaigordobil, 2006) con NIC 5450: terapia de grupo, y NANDA I: 00120 Baja autoestima situacional de los niños. En su conjunto, los juegos seleccionados para este programa, tienen cinco características estructurales: 1) participación, 2) comunicación, 3) cooperación, 4) ficción y creación, y 5) diversión. Dichas actividades fomentan la conducta prosocial, distribuyéndose en cuatro grandes módulos de juegos, tomando como criterio la dimensión más importante o significativa de la creatividad, movilizadora por la actividad lúdica: a) juegos cooperativos de creatividad verbal, b) juegos cooperativos de creatividad dramática, c) juegos cooperativos de creatividad gráfico-figurativa y d) juegos cooperativos de creatividad plástico-constructiva. Para cada una de las variables socio-demográficas y clínicas, se lleva a cabo un análisis descriptivo, confirmando la homogeneidad de ambos grupos y expresando las variables categóricas o cualitativas como número y porcentaje y las continuas o cuantitativas como medias con su desviación típica. Para el análisis de las relaciones entre variables se lleva a cabo un análisis inferencial con pruebas paramétricas. Aunque la muestra es pequeña se asume la normalidad de las variables para encontrar diferencias significativas. **RESULTADOS:** se utilizó la estadística descriptiva e inferencial con programa informático para el análisis de datos. Se obtuvo un aumento estadísticamente significativo de la escala de autoconcepto en la comparación pre-post intervención ( $t(5) = -2,569, p = 0,05$ ) y un aumento de la CP madres en el grupo control,  $t(4) = -3,940, p = 0,001$ . En el seguimiento a los 6 meses, existe reducción significativa de la pasividad ( $t(5) = 2,985, p = 0,031$ ) y un aumento de la CP madres del tto. habitual,  $t(5) = -5,278$  con  $p = 0,003$ . **DISCUSIÓN:** Los resultados sugieren que el programa mejora el autoconcepto del niño pero no se mantiene a los 6 meses y reduce la pasividad conductual en el seguimiento. Este hecho puede reflejar la importancia e influencia que tienen las relaciones y el contexto social en la imagen que los niños manejan de sí mismos. La principal limitación del estudio es su reducido tamaño muestral. El escaso nº de sesiones, el ser una muestra clínica y su limitación temporal, explicarían la diferencia con los estudios de Garaigordobil con población escolar. Se trata de un estudio piloto, evidenciándose la necesidad de potenciar este tipo de intervenciones dentro del rol de la enfermera especialista en salud mental, en el área de la intervención grupal basada en la mejora de las habilidades sociales. Estimular la actividad simbólica y cooperativa, habilidades sociales y autoconcepto, a través del juego en contexto grupal, es desarrollar una función preventiva de la salud mental infantil. Esta idea es una preocupación primordial en el desarrollo de programas de prevención dentro de las políticas sanitarias europeas de la OMS y desarrolladas en el Libro Verde de la Salud Mental (2005).

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Comisión Europea. Libro verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental, 2005. Disponible en:  
[http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/consultation\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/consultation_en.htm).
- World Health Organization. Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice: summary report. Ginebra: WHO 2004 (ficha descriptiva núm. 220). Disponible en:  
[http://www.who.int/mentalhealth/evidence/en/promoting\\_mhh.pdf](http://www.who.int/mentalhealth/evidence/en/promoting_mhh.pdf).
- Jefatura del Estado. BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986. Referencia: BOE-A-1986-10499. Ley 14/ 1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>.
- Bowlby J. Una base segura. Barcelona: Paidós, 2001.
- Vygotsky L. Pensamiento y lenguaje. Barcelona: Paidós, 2010.
- Monjas Casares M., Programa de enseñanzas de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar. Madrid: CEPE, 2002.
- Hernán García M., Ramos Montserrat M., Fernández Ajuria A. Revisión de los trabajos publicados sobre promoción de la salud en jóvenes españoles. Revista Española de Salud Pública, 2001; 75(6). Madrid.
- Garaigordobil M. Programa juego 10-12 años. Juegos cooperativos y creativos para grupos de niños de 10 a 12 años: LAEA. Listado de Adjetivos para la Evaluación del Autoconcepto. Madrid: Pirámide, 2004.
- Garaigordobil M. Programa juego 10-12 años. Juegos cooperativos y creativos para grupos de niños de 10 a 12 años. Madrid: Pirámide, 2007.
- Michelson L. Wood R. Development and psychometric properties of the Children's Assertive Behavior Scale. Journal of Behavioral Assessment. 1982; 4: 3-14.
- Wood R. Michelson L. Flynn J. Assessment of assertive behavior in elementary school children. Chicago. Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. 1978.
- Weir, K. y Duveen, G. Further development and validation of the prosocial behaviour questionnaire for use by teachers. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1981; 22 (4): 357-374.
- Heather T. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2007-2008. Madrid: Elsevier, 2008.
- Bulechek GM. Butcher HK. Dochterman JM. (editores). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier, 2009.

**AUTORES/AUTHORS:**

Maria Teresa Oliveira Soares Tanqueiro, Paulo Joaquim Pina Queirós, Maria Margarida Meireles

**TÍTULO/TITLE:****GESTIÓN DEL AUTOCUIDADO EN LA DIABETES: SIGNIFICADOS Y DIMENSIONES EN UN GRUPO DE ANCIANOS**

El autocuidado se refiere al desempeño de la salud relacionado con actividades o comportamientos. La responsabilización del anciano diabético por la adhesión al autocuidado contribuye para la gestión eficaz de su enfermedad y mejoría de la calidad de vida, considerándose como un complemento a los cuidados de salud ofertados por los profesionales. Con el objetivo general de percibir como gestionan el autocuidado los ancianos con diabetes, se realizó un estudio exploratorio, teniendo como participantes una muestra intencional de ancianos con 65 y más años, usuarios de la consulta de diabetes de un centro de salud de la región centro de Portugal. En la 1ª fase, con el objetivo de conocer la representación de autocuidado, se realizó entrevista semiestructurada a 6 ancianos, procediéndose al análisis de contenido de los datos recogidos. En la 2ª fase, con el objetivo de identificar las dimensiones en la adhesión al autocuidado, se inquirieron 99 ancianos (52 del género masculino, medias de 73 años de edad y 10 años diagnóstico de la diabetes) utilizando la escala Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDCA) versión portuguesa, con 6 dimensiones: alimentación, ejercicio físico, monitorización glicemia, medicación, cuidados a los pies, consumo tabaco, por días la semana. Se recurrió a tratamiento estadístico a través del SPSS 22.

Surge un concepto estereotipado de la diabetes revelador de la ausencia de apropiación de su significado por los participantes: "Me dicen que tengo azúcar en la sangre...pero no sé por qué"E3; "Tengo diabetes...el azúcar pasó para la sangre...me apareció ahora"E5.

A pesar del concepto detenido por los participantes despunta la conciencia de autorresponsabilidad "Sé que tengo que hacer frente a la enfermedad todos los días (...)"E1, "Hubo algunas alteraciones en mi vida con la diabetes, por ejemplo, hacer la picadura en el dedo...es muy aborrecido pero tiene que ser!"E3, "Las complicaciones son graves...hay que evitarlas (...)"E6 y autocuidado en la gestión de la diabetes "Ahora tengo más cuidados el día a día (...)"E2,6, "Cambié algunos hábitos, pienso en el que puede acontecer dejarse avanzar la diabetes"E4.

La gestión terapéutica es la medida de autocuidado más valorada por todos los entrevistados: "Tomo los medicamentos todos los días"E1,2,3,4,5,6, "Sigo rigurosamente la prescripción del médico"E5, "Cuando los diabetes suben, telefono inmediatamente para mi médica...para saber se es preciso cambiar los comprimidos"E3. La alimentación y ejercicio físico son las otras medidas reconocidas en el cuidar de sí pero difícilmente integradas como prácticas diarias en el estilo de vida por sus costes personales y sociales, como ilustran los discursos: "Retiro las cosas dulces, el azúcar de la leche, escojo la fruta...porque si no los diabetes suben. Pero no es todos los días... es difícil hacer comer diferente para mí"E5; "Bebo mucha agua pero no tanta como la enfermera aconseja...paso la vida en el cuarto de baño"E3; "Tengo ayuda de mis hijas en la alimentación pero cuando estoy sólo salgo con los amigos, como y bebo lo que quiero...la vida es para ser vivida"E1; "Las enfermeras me explicaron que andar a pie todos los días hace bien...a veces ando pero el peor son los dolores en la espalda...y en el invierno ni pensar en salir de casa!"E4.

Aplicada la escala SDCA, la adhesión al autocuidado es baja (puntuación media observada 24,75 en puntuación média esperada 63), registrándose puntuaciones más bajas en los ancianos con más pequeña escolaridad (19,68) y más elevados en aquellos a quién la enfermedad fue diagnosticada hace más de 10 años (25,30). La adhesión al autocuidado es semejante entre hombres y mujeres: hay mayor adhesión, en días/semana, a la toma de la terapéutica (7), cuidados a los pies (6), menor adhesión a la actividad

física (2) y alimentación y monitorización de la glicemia (4). De los 99 participantes 64 nunca habían fumado.

El autocuidado se vincula a las orientaciones médicas, relativas a la prescripción medicamentosa, y orientaciones del enfermero en la instrucción de la gestión terapéutica y medidas de autocuidado, siguiendo el paradigma de la totalidad, o sea, el autocuidado está vinculado al objetivismo del proceso salud-enfermedad, con orientaciones fragmentadas en consonancia con las necesidades de adaptación a la enfermedad y del anciano cuidar de sí. El cuidar de sí es afectado por la subjetividad del significado de la enfermedad, por la adaptación al proceso de adolecer enlazado con el contexto de vida, lo que puede interferir con la importancia atribuida por el anciano a los cuidados a cumplir diariamente. Estos resultados sugieren la necesidad de orientar la práctica de enfermería para la capacitación de los ancianos diabéticos, en el cambio de algunos comportamientos y en el refuerzo de actitudes positivas para gestionar la enfermedad visando la adhesión al régimen terapéutico, en los presupuestos del paradigma de la simultaneidad para una efectiva gestión del autocuidado del anciano diabético. Para tal, es necesario implementar un plan de cuidados basado en la vivencia del anciano y no sólo en la diabetes, compitiendo a la enfermera orientarlo para comprender y actuar en sus patrones de salud y así mejorar su calidad de vida.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

BARDIN, L. (2009). Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70.

BASTOS, F., SEVERO, M. & LOPES, C. (2007). Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada. Acta Médica Portuguesa, 20. 11-20.

FLICK, U. (1998). An introduction to qualitative research. London: Sage Publications

NASCIMENTO, E & TRENTINI, M. (2004). O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 12 (2). 250-257.

MILES, M., & HUBERMAN, A. (1994). Qualitative data analysis (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.

RIVERA-ÁLVAREZ, L. N. (2006). Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia. Revista Salud Pública, 8(3), 235 – 247.

SIDANI, S. (2011). Self –care. In D. M. Doran (Ed.), Nursing outcomes: The state of the science (pp. 79-124). (2nd ed.). Canadá: Jones & Bartlett Learning.

SILVA, I. [et al.] (2009). Care, self-care and caring for yourself: a paradigmatic understanding thought for nursing care. Revista Escola de enfermagem. USP 43, (3). 697-703.

SÖDERHAMN, O. (1998) Self-care ability in a group of elderly Swedish people: a phenomenological study. Journal Advanced Nursing. 28(4).745-53.

SÖDERHAMN, O. (2000). Self-care activity as a structure: a phenomenological approach. Scandinavian Journal of occupational therapy. 7. 183-189.

**AUTORES/AUTHORS:**

Maria Gloria Lorente Granados, Blanca Fernández-Lasquetty Blanc, Antonio Hernández Martínez, Apolonio Castillo Calcerrada, Antonio Gigante León, Paz Pavón Chocano, Laura Molina Gallego, Rosario Menchón Palop, Marta Díaz Suarez

**TÍTULO/TITLE:**

Creencias erróneas de las enfermeras en prevención de UPP

**OBJETIVO:** Determinar las creencias erróneas y contra evidencia que pueden influir en la práctica de cuidados para prevención de UPP

**MÉTODO:**

Ámbito: Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Alcázar, SESCAM.

Diseño: estudio descriptivo transversal

Método de obtención de datos: análisis de las respuestas al cuestionario diseñado ad hoc que explora conocimientos sobre cuidados basados en la evidencia en prevención de UPP. Las creencias erróneas se expresan como % de personas que al responder determinadas opciones en el cuestionario demuestra tener creencias desestimadas por la evidencia en cuanto a los cuidados para la prevención de las UPP.

Participantes: trabajadores de una Gerencia de Atención Integrada, mayoritariamente enfermeras y auxiliares que voluntariamente acceden a cumplimentar el cuestionario autoadministrado.

Variables: edad, género, categoría profesional, ámbito laboral, contacto con UPP, años de experiencia, y un cuestionario de 15 preguntas.

Análisis de datos: Para el análisis estadístico se utiliza el paquete estadístico SPSS18 y tomando como nivel de significación  $p < 0.05$ . Las variables cualitativas son expresadas con frecuencias absolutas y relativas, y las cuantitativas con media y desviación estándar. Las pruebas estadísticas utilizadas son chi cuadrado de Pearson para comparación de variables cualitativas y t de Student-Fisher o U de Mann-Whitney para comparación de variables cuantitativas en dos grupos.

**RESULTADOS:**

El índice de conocimientos generales es del 56.22% ( 11) mínimo 33.3% y máximo 85.7%.

De los 144 cuestionarios recogidos el 66.1% fueron pertenecientes a enfermería, el 30.4% fueron auxiliares de enfermería, y también hubo un (0.9%) otros sanitarios.

No hay diferencias estadísticamente significativas en las edades, años de experiencia, género, ámbito laboral de las personas que responden correctamente y las que no. Se observa una ligera tendencia de más aciertos entre las personas que han tenido contacto con UPP y entre las enfermeras frente a auxiliares de enfermería si bien no existen diferencias estadísticamente significativas.

Algunas de las creencias erróneas detectadas:

El 17,9% creen que es recomendable la realización de masajes sobre las prominencias óseas, existiendo evidencia alta contra esta práctica.

El 47,1% no consideran acertado la elección de la superficie de apoyo en función del riesgo del paciente de padecer UPP recomendación con evidencia alta.

El 39% no consideran acertado, no sobrepasar 30º la elevación del cabecero de la cama, y un 17,4% no consideran la posición prona en los cambios posturales, existiendo evidencia moderada a favor de estas recomendaciones.

Un 19,5% Consideran incorrecto que cuando la dieta habitual del paciente con riesgo de UPP no cubra sus necesidades, se puede recurrir a suplementación nutricional hiperproteica parenteral o enteral, recomendación con evidencia alta(1).

**DISCUSIÓN/ CONCLUSIONES:**

Existe un aceptable nivel de conocimientos generales de las recomendaciones para la prevención de las upp, 56.22%

encontrándose en torno al mostrado en otros estudios (rango 50% a 85%) (2). Si bien intervenciones hoy día claramente desaconsejadas por ser perjudiciales para el paciente, continúan posiblemente utilizándose por un número no desestimable de profesionales en base a estas creencias erróneas, como dar masajes sobre prominencias óseas entre otras.

Se hace necesario un esfuerzo por parte de todos los actores (profesionales, sociedades científicas, servicios de salud) por implantar en la práctica clínica los resultados de la investigación

Limitaciones del estudio. La utilización de un cuestionario para medir conocimientos pudiera sesgar el estudio ya que no se garantiza que las repuestas hayan sido emitidas sin consulta en fuentes de información y porque los cuestionarios muestran práctica declarada, que puede diferir de la real.

#### IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA:

La existencia de guías de práctica clínica, no garantiza que los profesionales de enfermería conozcan los cuidados de úlceras por presión. basados en la mejor evidencia, y tampoco que los incorporen en su práctica clínica diaria, como demuestran diferentes estudios que sugieren que los profesionales tienen un conocimiento insatisfactorio de los resultados de la investigación.

Este “análisis diagnóstico” del conocimiento de las enfermeras sobre este problema de salud tan importante sirve como primer paso para implementar una serie de medidas para la difusión del conocimiento y su implantación por tanto no solo formativas sino también actitudinales para hacer efectiva la “utilización de la investigación”.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o en riesgo de padecerlas. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat; 2012. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat; 2012.
2. Pancorbo Hidalgo P, García Fernández F, Rodríguez Torres M, Torres García M, López Medina I. Conocimientos y creencias de las enfermeras sobre el cuidado de las úlceras por presión: revisión sistemática de la literatura. GEROKOMOS Rincón científico, REV. 2007; 18(4): p. 188-196.
3. NPUAP EPUAP. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
4. Grupo de trabajo de úlceras por presión (UPP) de la Rioja. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión. Consejería de Salud de la Rioja; 2009.
5. Efectividad de las intervenciones para la prevención de las úlceras por presión. La Biblioteca Cochrane Plus; 2013. Report No.: 12 ISSN 1745-9990.
6. McInnes E, Jammali-Blasi A, Bell-Syer S, Dumville J, Cullum N. Support surfaces for pressure ulcer prevention. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2011. Report No.: Issue 4. Art. No.: CD001735. DOI: 10.1002/14651858.CD001735.pub4.
7. Beeckman D, Defloor T, Demarre L, Van H, Vanderwee K. Pressure ulcers: development and psychometric evaluation of the attitude towards pressure ulcer prevention instrument (APuP). Int J Nurs Stud. 2010 Nov; 47(11): p. 1432-41.
8. Esperon-Guimil J, Vázquez-Vizoso F. Los conocimientos de las enfermeras sobre úlceras por presión y sus determinantes. Gerokomos. 2004; 15(2).
9. Pancorbo-Hidalgo P, Garcia-Fernandez F, Lopez-Medina I, Lopez-Ortega J. Pressure ulcer care in Spain: nurses' knowledge and clinical practice. J Adv Nurs. 2007 May; 58(4): p. 327-38.
10. Wandosell MJ, Salgado A, Moreno MT. Effectiveness of an educational intervention in pressure ulcer prevention in a surgical intensive care unit: a quasi experimental study. Gerokomos. 2012; 23(3).
11. García J, Muñoz M, Cabello R. Disminución de la variabilidad clínica a través de la formación a referentes en úlceras por presión. Biblioteca Lascass. 2013; 9(1).
12. Paquay L, Verstraete S, Wouters R, Buntinx F, Vanderwee K, Defloor T. Implementation of a guideline for pressure ulcer prevention in home care: pretest-post-test study. J Clin Nurs. 2010 Jul; 19(13-14): p. 1803-11.



13.Fernández Lasquetty B. Introducción a la investigación en Enfermería. primera ed. Madrid: DAE; 2013.

**AUTORES/AUTHORS:**

MARIA OSES ZUBIRI, JUAN MANUEL CASAS FERNANDEZ DE TEJERINA

**TÍTULO/TITLE:**

Empleo de la Escala DAP-R para evaluar la actitud ante la muerte en enfermería.

**OBJETIVO**

Valorar las actitudes de enfermería ante la muerte en relación con factores sociodemográficos.

**MÉTODO**

Estudio descriptivo, muestreo no probabilístico de conveniencia en profesionales activos de centros públicos (95%) y privados (5%) de Navarra durante 2012-13. Se ofertó un cuestionario voluntario y anónimo, con información de las características del estudio y posibilidad de contestarlo íntegra o parcialmente. El porcentaje de participación fue del 60,5%.

El cuestionario valora variables sociodemográficas como actividad profesional, entorno familiar, creencias, práctica religiosa, y experiencias personales de muerte en la infancia y de pérdidas familiares. Se utilizó el Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte(1) (DAP-R, Death Attitude Profile-Revised), que consta de 32 ítems, y emplea una escala tipo Likert de siete puntos (desde total desacuerdo 1 a total acuerdo 7). Los enunciados se agrupan en cinco dimensiones factoriales de actitud: Actitud de Aceptación/Reacercamiento (AAR), de Miedo (AM), de Evitación (AEv), de Escape (AEs) y Neutral/Biológica (ANB). Se utilizó para su contraste los test de Chi Cuadrado, U de Mann-Whitney y Kruskal Wallis (SPSS 20.0). El instrumento ha sido validado en español para población española, cubana y colombiana. El coeficiente alfa de Cronbach ha oscilado entre 0,65 y 0,97 y los coeficientes de estabilidad entre 0,61 y 0,95.

**RESULTADOS**

Muestra de 325 profesionales (93,2% mujeres). El rango de edad de los participantes fue de 24 a 65 años (Media (X) 45,7, Desviación típica (s) 10,9; Mediana (Med) 47 y Rango intercuartílico (RIC) 17). El 71,9% convive en pareja estable y con hijos (52,5%). Viven solos un 18% de la muestra. Un 76,6% dedica más del 75% a actividades asistenciales, el 45% en régimen de hospitalización de adultos. El 66% profesa alguna religión (católica 96,9%) y realizan al menos una práctica religiosa semanal el 21%. Presenciaron ritos fúnebres en su infancia el 68,8%. Los de más edad (más de 55 años) presentaron frecuentemente la pérdida de un ser querido (100%). El 71,4% declaró sentirse emocionalmente y el 57,9% técnicamente preparados para afrontar el cuidado de una persona en fin de vida.

La escala DAP-R mostró: Global (32 ítems): alfa de Cronbach (aC): 0,88. Respuesta de AAR: Media (X) 3,4, Mediana (Med) 3,5, Desviación típica (Dt) 1,6 y Rango intercuartílico (RIC) 2,8. aC: 0,95. Respuesta de AM: X 3,7, Med 3,7, Dt 1,2 y RIC 1,9. aC: 0,81. Respuesta de AEv: X 3,0, Med 2,6, Dt 1,6 y RIC 2,4. aC: 0,92. Respuesta de AEs: X 3,6, Med 3,6, Dt 1,5 y RIC 2,2. aC: 0,81. Respuesta de ANB: X 5,7, Med 5,8, Dt 0,9 y RIC 1,2. aC: 0,65. Los valores presentan una gran dispersión. En la dimensión de AEv disminuyen hasta 3 y en la dimensión ANB se sitúan próximos al 6, como se esperaría en profesionales relacionados con ciencias de la salud

Significativamente la respuesta AAR fue mayor en profesionales que reconocían profesar religión (Med 4,20 vs 1,70), especialmente si practican regularmente (Med 5,00 vs 3,50). La respuesta AM alcanzó mayor significación en profesionales con pareja estable (Med 3,71 vs 3,29), con hijos (Med 3,79 vs 3,57), en trabajo hospitalización de adultos (Med 3,86 vs 3,57) o que profesen una religión (Med 3,71 vs 3,29). Su valor fue significativamente menor si viven solos (Med 3,21 vs 3,71). La respuesta AEv, fue significativamente mayor en aquellos con pareja estable (Med 2,80 vs 2,20) y en aquellos sin experiencia de pérdida (Med 4,20 vs 2,40). La AEs alcanzó una significación mayor en personas que viven sin pareja (Med 4,00 vs 3,40) y que profesan (Med 3,60 vs 3,40) y practican una religión (Med 4,40 vs 3,40). La respuesta ANB es significativamente mayor en varones (Med 6,00 vs 5,80) y en personas que no

profesan una religión (Med 6,00 vs 5,60). La prueba de Spearman entre las dimensiones de la encuesta, demuestra una correlación significativa entre ellas.

#### DISCUSIÓN

El concepto de muerte en el profesional de enfermería influye en los cuidados que proporciona (2,3) al paciente y a su familia (4,5), y viene determinado por su desarrollo profesional (6) y condicionado por factores sociodemográficos y culturales (7). Es necesario formar en actitudes frente a la muerte (8) en el contexto sanitario (9) sobre todo en enfermeras con poca experiencia laboral y de menor edad.

#### IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Investigar el concepto de muerte en enfermería, ayuda a entender y mejorar la relación de colaboración y comunicación profesional en el conjunto enfermera-paciente/familia.

#### LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Al ser un estudio descriptivo sobre una muestra de oportunidad, voluntario y anónimo, la voluntariedad en la participación implica de por sí un sesgo positivo en las actitudes y valoración de la muerte. Es obvia la existencia de múltiples sensibilidades y actitudes que pueden no haber sido recogidas en la muestra. No obstante, se pretende mostrar la disparidad de actitudes en esta muestra dada, teniendo en cuenta la enorme dificultad para realizar un estudio más exhaustivo de carácter poblacional.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

##### BIBLIOGRAFÍA:

- 1-Wong, P. T. P., Reker, G. T., &Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile-Revised: A Multidimensional Measure of Attitude Toward Death. InR. A. Neimeyer (Eds.), *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, and Application*(pp. 121-148). Washington, DC: Taylor and Francis.
- 2-Neimeyer RA (2004). Constructions of death and loss: Evolution of a research program. *Personal Construct Theory & Practice*; 1: 8-22. <http://www.pcp-net.org/journal/pctp0/neimeyer04.html>
- 3-McLeod-Sordjan R (2014). Death preparedness: a concept analysis. *J AdvNurs*. May;70(5):1008-19. doi: 10.1111/jan.12252. Epub Sep 15
- 4-Kulkarni P, Kulkarni P, Ghooi R, Bhatwadekar M, Thatte N, Anavkar V(2014). Stress among care givers: The impact of nursing, a relative with cancer. *Indian J Palliat Care*. Jan;20(1):31-9. doi:10.4103/0973-1075.125554
- 5-Watts T (2012). End-of-life care pathways as tools to promote and support a good death: a critical commentary. *Eur J Cancer Care (Engl)*. Jan;21(1):20-30. doi: 10.1111/j.1365-2354.2011.01301.x. Epub Nov 8
- 6-Karen S. Dunn, PhD, RN, Cecilia Otten, BSN, RN, and Elizabeth Stephens, BSN, RN (2005). Nursing Experience and the Care of Dying Patients. *ONCOLOGY NURSING FORUM – VOL 32, NO 1*. Pag 99.
- 7-Simon ST, Gomes B, Koeskeroglu P, Higginson IJ, Bausewein C (2012). Population, mortality and place of death in Germany (1950-2050) - implications for end-of-life care in the future. King's College London, Cicely Saunders Institute, Department of Palliative Care, Policy and Rehabilitation - WHO Collaborating Centre for Palliative Care and Older People, London, UK. *Public Health*. Nov;126
- 8-Betty R. Ferrel and Nessa Coyle(2010). *Oxford textbook of palliative Nursing*. (Third edition). P. 647-683.
- 9-Udo C (2014). The concept and relevance of existential issues in nursing. *Eur J OncolNurs*. 2014 Aug;18(4):347-54. doi: 10.1016/j.ejon.04.002. Epub Jun 2

**AUTORES/AUTHORS:**

Cristina Farrás Salles, Marisa Regany Rodríguez, Josep M<sup>a</sup> Camps Balagué, M. Encarna Doménech Bonilla, Ester Mateus Solé, Meritxell Cunillera Batlle, Mónica Guillén Mesalles

**TÍTULO/TITLE:**

CONSULTA DE PREVENCIÓN VASCULAR REALIZADA POR ENFERMERIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

**INTRODUCCIÓN**

Detectar la ateromatosis carotídea es útil para mejorar la identificación de individuos susceptibles de padecer eventos cardiovasculares.

Se han identificado factores que aumentan el riesgo de aparición de eventos vasculares (ictus y cardiopatía isquémica), como la hipertensión arterial, dislipemia, sedentarismo, tabaquismo u obesidad.

La evaluación de la ateromatosis sub-clínica mediante la ecografía carotídea tiene valor para la predicción de estos eventos.

La atención primaria de salud ocupa en el sistema sanitario una situación privilegiada para poder identificar aquellos usuarios que tienen más riesgo de enfermedad arteriosclerótica y de presentar un evento cardiovascular en el futuro. Ser la puerta de entrada al sistema sanitario nos hace más accesibles para detectar y atender las necesidades del usuario.

Enfermería de atención primaria (AP) tiene en su cartera de servicios el control y seguimiento de los factores de riesgo cardiovasculares.

La ampliación de esta cartera de servicios con la ecografía de carótida, nos permite abordar la intervención en consulta con más rigor y efectividad.

**OBJETIVOS**

-Diagnóstico precoz de la enfermedad arterial sub-clínica en población asintomática con factores de riesgo cardiovascular.

-Identificación de la placa de ateroma o aumento del grosor de la íntima media (GIM) en las arterias carotídeas y/o femoral, a través de la ecografía.

-Clasificar el paciente, según resultados, en enfermedad ateromatosis(EA): EA0–no enfermedad ateromatosis; EA1–no enfermedad ateromatosis, si aumento del GIM; EA2- enfermedad ateromatosis con estenosis arterial inferior al 50%, sin índice tobillo brazo (ITB) patológico; EA3– enfermedad ateromatosis con estenosis superior al 50% y/o ITB isquémico < 0,8.

-Incidir en la modificación de los hábitos y estilos de vida poco saludables.

**MÉTODOS**

Proceso de colaboración multidisciplinar, entre AP y atención hospitalaria.

Población diana: pacientes entre 45-65 años, con al menos un factor de riesgo: hipertensión arterial, dislipemia, fumadores, obesidad o historia de patología cardiovascular prematura en familiares de primer grado (<55años en hombres y <65años en mujeres). Sin historia previa de enfermedad cardiovascular (angina, infarto, ictus, enfermedad arterial periférica...)

Formación acreditada de captura de imagen arterial por ecografía de dos enfermeras, en la unidad de detección y tratamiento de las enfermedades aterotrombóticas.

Desarrollo red informática. Conexión servidor virtual–historia clínica informatizada compartida del paciente y programa de lectura del GIM en la imagen vascular.

En la consulta de salud vascular la enfermera realiza la ecografía de carótida y femoral, ITB, peso, talla, índice de masa corporal, perímetro abdominal, media de tres tomas de tensión arterial y valoración global de la historia clínica del paciente (vacunas, problemas de salud, seguimiento de patología por enfermería, antecedentes familiares de primer grado de patología cardiovascular).

La ecografía se envía virtualmente a la historia clínica informatizada compartida del paciente.

Se genera orden clínica virtual al servicio hospitalario para lectura de GIM, dónde una enfermera interpreta las imágenes y genera informe que se envía a la historia clínica informatizada compartida del paciente.

En los pacientes EA0 y EA1, la enfermera interviene en los factores de riesgo.

Los pacientes con EA2 se derivan a la consulta de su médico de AP.

Los pacientes EA3 con estenosis >50%, se derivan a la consulta especializada de neurología y/o de vascular para valorar el tronco sub aórtico o isquemia arterial periférica.

La consulta está en la cartera de servicios de este centro de salud y sus profesionales derivan para mejorar la estratificación del riesgo cardiovascular del paciente.

## RESULTADOS

En un año se han citado a consulta de ecografía de carótida 239 pacientes, de los cuales se han excluido 89 por no presentarse (N=150). El 2,7% son pacientes de alto riesgo (EA3), el 71,3% son de riesgo moderado (EA2), el 3,3% con riesgo de placa de ateroma, GIM alto (EA1) y el 22,7% sin placa ni GIM alto (EA0).

De los pacientes EA2 y EA3: el 47,7 % son fumadores; el 19,8% tienen 3 o más factores de riesgo; el 72% tienen 1 o 2 factores de riesgo y el 8,1% no presenta ningún factor de riesgo.

De los pacientes con riesgo de padecer enfermedad ateromatosa o que no tiene enfermedad (EA1 y EA0), el 2,6% tiene 3 o más factores de riesgo; el 79,5% tiene 1 o 2 factores de riesgo. El 16,9% no tiene ningún factor de riesgo.

Remarcar que de los pacientes EA3 el 100% son fumadores. Todos han aceptado derivación a la consulta antitabaco para deshabituación tabáquica.

## DISCUSIÓN

La bibliografía evidencia que la ecografía de carótida es una herramienta de trabajo de fácil manejo, no invasiva, que diagnostica patología sub-clínica de ateromatosis.

Es poco usual realizarla en AP.

Utilizar la consulta virtual entre la enfermera de AP y hospitalaria para identificar la patología y poder clasificar según resultados, nos hace reflexionar que hay otras maneras de trabajar. El paciente no tiene que desplazarse y es la información la que viaja.

La ecografía de carótida influye sobre el paciente con factores de riesgo cardiovascular, ayudando a mejorar hábitos y estilos de vida.

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

### BIBLIOGRAFIA

-P.Pignoli, E.Tremoli, A.Poli, P.Oreste, R.Paoletti. Intimal plus medial thickness of the arterial wall: a direct measurement with ultrasound imaging. *Circulation* 1986;74:1399-1406

-M.Hollander, AE.Hak. PJ.Koudstaal, ML.Bots, DE.Grobbee, A.Hofman, JCM.Witteaman, MMB.Breteler. Comparison between measures of atherosclerosis and risk of stroke: The Rotterdam Study. *Stroke* 2003;34:2367-2372.

-V.Nambi, L.Chambless, AR.Folsom, M.He, Y.Hu, T.Mosley, K.Volcik, E.Boerwinkle, CM.Ballantyne. Carotid intima-media thickness and presence or absence of plaque improves prediction of coronary heart disease risk in the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *J Am Coll Cardiol* 2010;55(15):1600-1607.

-JH.Stein, CE.Korcarz, RT.Hurts, E.Lonn, CB.Kendall, ER.Mohler, SS.Najjar, CM.rembonld, WS.Post. Use of carotid ultrasound to identify subclinical vascular disease and evaluate cardiovascular disease risk: a consensus statement from the American Society of Echocardiography carotid intima-media thickness Task Force endorsed by the Society for Vascular Medicine. *ASE Consensus*

Statement. J Am Soc Echocardiography 2008;21(2):93-111.

-P.J.Touboul, MG.Hennerici, S.Meairs, H.Adams, P.Amarengo, M.Desvarieux, S.Ebrahim, M.Fatar, R.Hernández-Hernandez, S.Kownator, P.Prati, T.Rundek, A.Taylor, N.Borstein, L.Csiba, E.Vicaut, KS.Woo, F.Zannad. Mannheim intima-media thickness consensus. Cerebrovasc Dis 2004;18:346-349.

-P.Valdivielso. Grosor intima-meida carotideo: de la investigación a la clínica. Clin Invest Arterioscl 2012;24(4):202-203.

-JF.Polack, MJ.Pencina, KM.Pencina. CJ.O'Donnell, PA.Wolf, RB.D'Agostino. Carotid-wall intima-media thickness and cardiovascular events. N Engl J Med 2011; 365:113.21.

-MW.Lorenz, HS.Markus, ML.Bots, M.Rosvall, M.Sitzer. Prediction of clinical cardiovascular events with carotid intima-media thickness: a systematic review and meta-analysis. Circulation 2007;115:459-467.

-MW.Lorenz, S.Von Kegler, H.Steinmetz, HS.Markus, M.Sitzer. Carotid intima-media thickening indicates a higher vascular risk across a wide age range: prospective data from de Carotid Atherosclerosis Progression Study (CAPS). Stroke 2006;37:87-92.

-E. de Groot, GK.Hovingh, A.Wiegman, P.Duriez, AJ.Smit, JC.Fruchart, JJP.Kastelein. Measurement of arterial wall thickness as a surrogate marker for atherosclerosis. Circulation 2004;109(S1).

**AUTORES/AUTHORS:**

RAÚL SOTO CÁMARA, ANA BENITO JUSTEL, MARÍA DEL ROSARIO PÉREZ CARRETERO

**TÍTULO/TITLE:**

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CRONOBIOLOGICAS DE LA PCR EXTRAHOSPITALARIA EN CASTILLA Y LEÓN

**INTRODUCCIÓN**

Actualmente, la PCR extrahospitalaria, a pesar de su baja incidencia, continúa siendo uno de los problemas socio-sanitarios de mayor trascendencia en los países occidentales, 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, derivadas de la anoxia e hipoxia a la que están sometidas las neuronas. Conocer la realidad de esta situación es fundamental para poder implementar medidas que reduzcan dicha mortalidad y mejoren la capacidad funcional de los supervivientes.

La probabilidad de supervivencia tras una PCR extrahospitalaria es variable y depende de múltiples factores, si bien cualquier retraso, por mínimo que sea, en su diagnóstico y/o tratamiento influye de forma negativa en su evolución y pronóstico.

Por ello, el objetivo del presente trabajo es describir las características epidemiológicas básicas y la variabilidad temporo-espacial de la PCR extrahospitalaria, así como calcular la tasa de supervivencia inicial y los indicadores de gestión de tiempos del SEM en Castilla y León.

**METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo observacional retrospectivo de todos los casos de PCR extrahospitalaria atendidos por el Servicio de Emergencias Sanitarias de Castilla y León, en el periodo comprendido entre el 1 de Enero de 2.009 y el 31 de Diciembre de 2.013. La población de estudio fueron todos los casos registrados en la base de datos SIGECAL, con la codificación del diagnóstico final (CIE 9-MC): 427.5: Paro cardiorrespiratorio.

**RESULTADOS**

El número total de PCR atendidas por el SEM de Castilla y León fue de 1.988, lo que supone una incidencia acumulada de 15,24 casos al año por cada 100.000 habitantes, siendo Soria la provincia con mayor incidencia (21,76) y Zamora la que menos (12,15). El 60% se produjeron en el ámbito urbano y el 40% restante a nivel rural. Por años, fue el 2.009 cuando se produjeron un mayor número de PCR, con 492 casos, con una clara tendencia descendente a partir de entonces. En cuanto a la distribución estacional, Marzo y Julio fueron los meses en los que mayor número de PCR se produjeron, con 187 y 184 casos respectivamente. El 69,9% fueron varones y el 30,1% mujeres. La edad media fue de 65,76 años, con una desviación típica de 18,02. Atendiendo a su cronobiología, los días en los que se produjeron mayor número de casos fueron los sábados (16,7%) y los domingos (16,6%), siendo las mañanas, más concretamente entre las 9 y las 12 horas, el tramo horario donde más casos se registraron (28,9%). La presencia de un ritmo desfibrilable (FV ó TVSP) tras la monitorización inicial se produjo en 313 casos (15,7%), haciéndose uso del DESA en 94 (30,03%). En un 66,8% de los casos se movilizó al SVA, en un 22% al SVA y al SVB y en el 11,2% restante se utilizaron otros recursos (HEMS, AP). El tiempo medio de activación del recurso fue de 1-2 minutos; el tiempo medio de respuesta, de 5-8 minutos en el ámbito urbano y de 12-15 minutos en el rural; y el tiempo medio de asistencia, de 37-42 minutos. La tasa de supervivencia inicial fue del 58,2%. De los pacientes que no sobrevivieron, en el 0,9% se produjo el fallecimiento una vez iniciado el traslado al hospital.

**DISCUSIÓN**

La tasa de incidencia acumulada de PCR extrahospitalaria en Castilla y León es sensiblemente inferior a la estimada en otros

estudios, si bien esta situación puede deberse a las características poblacionales de la región estudiada caracterizada su elevada dispersión geográfica con una importante concentración de la misma en áreas rurales, aspecto que puede favorecer que un número no conocido de casos no hayan sido contabilizados en los registros estudiados; a la propia organización y gestión de los SEM; a la falta de unificación de criterios entre los profesionales sanitarios a la hora de codificar esta patología; y/o al hecho de que para el presente estudio solo se haya seleccionado el código CIE 9-MC 427.5.

En cuanto a la tasa de supervivencia inicial, no existen muchos estudios que aborden este tema en la población española. En los pocos existentes, el índice de éxito en la RCP extrahospitalaria muestra una gran variabilidad entre comunidades autónomas, lo cual puede deberse a la escasa uniformidad en la recogida de datos, a pesar de estar perfectamente establecido e implantado, a nivel internacional, el método Ulstein, siendo los resultados obtenidos en el presente estudio similares a los registrados por Moreno et al en la Comunidad de Madrid.

En las últimas décadas, y según diversos estudios, la presencia inicial de un ritmo desfibrilable se ha reducido de forma progresiva, oscilando entre el 9,9 y 32%, rango en el que se encuentra el resultado obtenido en el presente estudio (15,7%). Al ser un factor que se relaciona positivamente con el aumento de la supervivencia, se hace necesario continuar con la implantación de programas y estrategias que faciliten la desfibrilación precoz ante cualquier PCR.

Con respecto a los tiempos de activación, respuesta y asistencia, éstos se encuentran dentro de los extremos referidos en otros estudios, si bien en el ámbito rural, debido a sus propias características, son más elevados, lo que puede repercutir en el resultado final de esta patología tiempo-dependiente

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Ballesteros Peña S. Supervivencia extrahospitalaria tras una parada cardiorrespiratoria en España: una revisión de la literatura. *Emergencias*. 2013; 25: 137-142
- Berdowski, Jocelyn et al. Global incidences of out-of-hospital cardiac arrest and survival rates: Systematic review of 67 prospective studies. *Resuscitation*. 2010; 81 (11): 1479-1487
- Hormeno Bermejo RM et al. Análisis de la asistencia a la parada cardiorrespiratoria por una Unidad Medicalizada de Emergencias. *Atención Primaria*. 2011; 43(7): 369-376
- Iglesias-Llaca F et al. Supervivencia de las paradas cardíacas extrahospitalarias atendidas por una unidad de vigilancia intensiva móvil de Asturias en 2010. *Medicina Intensiva*. 2013; 37(9): 575-583
- Nakamura, Fumiaki et al. Contribution of out-of-hospital factors to a reduction in cardiac arrest mortality after witnessed ventricular fibrillation or tachycardia. *Resuscitation*. 2013; 84 (6): 747-751
- Soto-Araujo L et al. Cronobiología de la parada cardíaca en Galicia atendida con desfibriladores semiautomáticos externos. *Semergen*. En prensa. 2014. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.05.002>



**AUTORES/AUTHORS:**

Raquel Ruiz Iñiguez, Juana M<sup>a</sup> Mateo Castejón, Aitziber García Martínez de Estarronaa, Ana Carralero Montero, Rocío Aguado Pacheco, Encarnación María López Sánchez

**TÍTULO/TITLE:**

Práctica de mindfulness en el trastorno mental grave: revisión sistemática

**Objetivos:**

El objetivo general del presente trabajo fue identificar la mejor evidencia disponible sobre la efectividad de la práctica de mindfulness en personas que sufren trastorno mental grave (TMG). Además, se pretendía conocer la implicación enfermera en esta práctica, las modalidades de mindfulness utilizadas y analizar posibles áreas de mejora.

**Método:**

Siguiendo ciertas recomendaciones incluidas en la declaración PRISMA(1), se realizó una revisión sistemática de la literatura en las bases de datos: PUBMED, CUIDEN, JBI, CINAHL, PSYCINFO, EMBASE, LILACS, COCHRANE, TESEO y OPENGREY, durante los meses de febrero a abril de 2014. No hubo restricciones en cuanto a año de publicación ni idioma.

Se eligieron estudios experimentales, cuasiexperimentales y revisiones sistemáticas, que incluían a personas con TMG, a nivel ambulatorio u hospitalario, de todas las edades, en los que se utilizaban las modalidades de mindfulness: mindfulness-based therapy (MBT), mindfulness meditation (MM), mindfulness-based stress reduction (MBSR), mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), dialectical behaviour therapy (DBT), acceptance and commitment therapy (ACT), loving-kindness meditation (LKM).

Se realizó una lectura crítica mediante el Critical Appraisal Skills Programme Español. Se codificaron: 2 variables contextuales (tipo de estudio y origen de las muestras), 4 referidas al sujeto (diagnóstico médico según CIE-10, estadio de la enfermedad, edad y género), 6 metodológicas (tamaño muestral, tipología de mindfulness, existencia de asignación aleatoria, número de abandonos, variables contempladas para asegurar equivalencia entre los grupos y cuestionario de medición utilizado), 3 referidas a la intervención (categoría profesional que dirige la intervención, duración y frecuencia) y 2 a los resultados (duración del seguimiento y estadístico del tamaño del efecto).

**Resultados:**

Se obtuvieron 1888 estudios a partir de las bases de datos. Se eliminaron los artículos duplicados (20); los que resultaron irrelevantes por la temática tratada tras la lectura del título (1705) y del resumen (83). No se pudo acceder al texto completo de 21 artículos. Tras la lectura del texto completo de los 59 artículos restantes, más 34 obtenidos a partir de las listas de referencias de los artículos seleccionados, se incluyeron finalmente 30 trabajos para su revisión sistemática.

Atendiendo al diagnóstico, 4 (13,3%) artículos trabajaron con pacientes con episodio depresivo, 9 (30%) con trastorno depresivo recurrente, 7 (23,3%) con trastorno bipolar y 10 con varias patologías (33,3%) (4 con trastornos psicóticos (13,3%) y 6 (20%) con trastornos del humor).

En cuanto al estadio de la enfermedad, en 18 estudios los pacientes se encontraban en una fase estable de la enfermedad (60%), 7 en remisión (23,3%), 4 en fase aguda (13,3%) y en 1 no se indicó (3,3%).

La mayoría de los estudios encontraron mejoras relacionadas con la práctica de mindfulness. En pacientes depresivos se encontraron disminuciones en ansiedad, rumiaciones(8), síntomas depresivos(8,13), recaídas(11,13) y sobregeneralización del recuerdo autobiográfico(9). Así como mejoras en el sueño(10), el estado de ánimo y la calidad de vida(13).

En trastorno bipolar se observó una reducción de síntomas subsindrómicos, ideación suicida, ansiedad, síntomas maníacos(3), síntomas depresivos(3,7) y abandonos(12). También se encontraron mejoras en la autoimagen, la autoconfianza, la esperanza(12), la regulación emocional, el bienestar psicológico, el afecto y el funcionamiento psicosocial(7).

En pacientes psicóticos, se encontraron mejoras en cuanto a emociones positivas y síntomas negativos, en especial la anhedonia;

así como en la autoaceptación, control y satisfacción(2); respuesta a situaciones estresantes(4,5), voces desagradables, imágenes y pensamientos paranoides(6).

Solo en uno de los estudios la intervención fue dirigida por una enfermera (3,3%), el resto fue dirigido por médicos (2 estudios, 6,7%), psicólogos (9 estudios; 30%), “terapeutas” sin especificar la categoría profesional o no se indicó (14 estudios, 46,7%), licenciado en neurociencia (1 estudio, 3,3%) y varios profesionales (3 estudios, 10%).

En cuanto a la modalidad, en un estudio fue LKM (3,3%), en 2 MM (6,7%), en 4 MBSR (13,3%) y en 23 MBCT (76,7%).

Discusión:

Los resultados del presente trabajo apoyan el uso de la práctica de mindfulness en el tratamiento de pacientes con TMG. Solo en uno de los estudios la intervención estuvo dirigida por un profesional enfermero, lo que indica la necesidad de visibilizar y ampliar la intervención enfermera en la práctica de mindfulness.

Se hace necesario un mayor número de estudios que trabajen con pacientes descompensados e incorporen en los programas a las distintas patologías que incluye el TMG. Es destacable la escasez de estudios que analizan la efectividad de la intervención en pacientes en el rango de la psicosis; los datos encontrados en esta revisión apoyan que la terapia con mindfulness puede ser beneficiosa también para las personas que padecen este tipo de enfermedades, especialmente si se efectúa de forma controlada y en un contexto clínico específico(4).

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.Urrútia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Med Clin (Barc)*. 2010;135 (11):507-511.
- 2.Johnson DP, Penn DL, Fredrickson BL, Kring AM, Meyer PS, Catalino LI et al. A pilot study of loving-kindness meditation for the negative symptoms of schizophrenia. *Schizophr Res*. 2011;129:137–140.
- 3.Miklowitz DJ, Alatiq Y, Goodwin GM, Geddes JR, Dimidjan S, Hauser M et al. A pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. *Int J Cogn Ther*. 2009;2(4):373-382.
- 4.Langer AI, Cangas AJ, Salcedo E, Fuentes B. Applying mindfulness therapy in a group of psychotic individuals: a controlled study. *Behav Cogn Psychoth*. 2012;40:105–109.
- 5.Davis LW, Strasburger AM, Brown LF. Mindfulness: an intervention for anxiety in schizophrenia. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2007;45(11):23-9.
- 6.Chadwick P, Newman K, Abba N. Mindfulness Groups for People with Psychosis. *Behav Cogn Psychother*. 2005;33:351-359.
- 7.Deckersbach T, Hölzel B, Eisner L, Stange J, Peckham A, Dougherty D, et al. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Nonremitted Patients with Bipolar Disorder. *NCS Neurosci Ther*. 2012;18(2):133-141.
- 8.Eisendrath S, Delucchi K, Bitner R, Fenimore P, Smit M, McLane M. Mindfulness-Based Cognitive Therapy-Resistant Depression: A Pilot Study. *Psychother Psychosom*. 2008;77:319-320.
- 9.Williams J, Segal Z, Teasdale J, Soulsby J. Mindfulness-Based Cognitive Therapy Reduces Overgeneral Autobiographical Memory in Formerly Depressed Patients. *J Abnorm Psychol*. 2000;109(1):150-155.
- 10.Britton W, Haynes P, Fridel K, Bootzin R. Polysomnographic and Subjective Profiles of Sleep Continuity Before and After Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Partially Remitted Depression. *Psychosom Med*. 2010;72(6):539-548.

11. Teasdale J, Williams J, Soulby J, Segal Z, Ridgeway V, Lau M. Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(4):615-623.
12. Bonvalot T, Placines B, Bouché C, Le Moigne L, Boldi I, Millet B, et al. The bipolar Patients Observance and Participation in Cognitive Behavioral Therapy Groups Tend to be Improved Through Mindfulness Meditation. *Eur Psychiatry*. 2010;25(1):232-233.
13. Godfrin KA, van Heeringen C. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behav Res Ther*. 2010;48(8):738-746.

**AUTORES/AUTHORS:**

Estibaliz Platero-Gutierrez

**TÍTULO/TITLE:**

Estudio de la ingesta calórica y de macronutrientes en mujeres embarazadas en el segundo trimestre de embarazo

**Objetivos:** Nuestros objetivos son comparar la ingesta calórica total de energía y de macro nutrientes, glúcidos, lípidos y proteínas en el segundo trimestre de embarazo, en una cohorte de embarazadas clasificadas según la presencia y ausencia de obesidad pre-gestacional y obesidad gestacional. También se pretende estudiar la diferencia entre la ingesta de macro nutrientes reales y la recomendada.

**Método:** Estudio clínico observacional, transversal. En el estudio participan 131 embarazadas separadas según la presencia y ausencia de obesidad pre-gestacional y obesidad gestacional, las cuales realizan un cuestionario de frecuencia alimentaria, denominado Vioque-CFA93, este cuestionario ha sido validado previamente para garantizar su reproductibilidad. Se rellena durante el segundo trimestre y se analiza la ingesta calórica total de energía (kcal), proteínas (gr), lípidos (gr), hidratos de carbono (gr) y el incremento de la ingesta según los valores recomendados. Los datos del cuestionario se analizan utilizando un programa informático que transforma los valores de frecuencia de consumo en cantidades de nutrientes diarios.

Los datos de las embarazadas se han recogido y almacenado con el programa informático Access2010. Para el análisis estadístico de los datos se ha utilizado el programa SPSS versión 12.0. Se han analizado las diferencias de las variables estudiadas entre obesidad pre-gestacional y gestacional mediante Test-T por variables independientes. Las diferencias se considerarán significativas con  $p < 0.05$ .

**Resultados:**

Las embarazadas con y sin obesidad pre-gestacional no presentan diferencias significativas respecto al incremento de glúcidos, lípidos y proteínas ingeridos.

Los resultados muestran que las embarazadas sin obesidad pre-gestacional ingieren al 2º trimestre 2119.01 kcal totales, 96.43gr de proteínas, 86.09gr de lípidos y 250.52gr de hidratos de carbono. Las embarazadas con obesidad pre-gestacional ingieren 2127.48kcal totales, 106.17 gr de proteínas, 91.60gr de lípidos y 266.84 gr de hidratos de carbono. Las obesas tienden a tener ingestas mayores de todos los macronutrientes, pero las diferencias no son estadísticamente significativas.

Las embarazadas que si presentan obesidad gestacional tienen una ingesta significativamente más alta de energía (kcal), proteínas, lípidos e hidratos de carbono que las embarazadas sin obesidad gestacional.

Los resultados muestran que las embarazadas que no presentan obesidad gestacional y las que si presentan obesidad gestacional presentan diferencias estadísticamente significativas respecto al incremento de glúcidos y lípidos según valores recomendados.

Se observa que no hay diferencias en la alimentación de las embarazadas según obesidad pre-gestacional. Toda la población de estudio presenta un aumento en la ingesta de lípidos y una disminución en la ingesta de hidratos de carbono y proteínas comparado con los valores recomendados.

Las embarazadas con obesidad gestacional presentan un aumento de ingesta calórica de energía y de macronutrientes total diaria más elevada que las embarazadas que no tienen obesidad gestacional. También se observa que las obesas gestacionales presentan un mayor incremento de lípidos y disminución de hidratos de carbono respecto los valores recomendados en relación a las que no presentan obesidad gestacional.

**Discusión:** Nuestros resultados muestran que un 29.8% de la población estudiada sufre obesidad pre-gestacional, valor que podemos considerar relevante puesto que comporta algo más de una cuarta parte de la población de estudio. Un 20.7% sufre obesidad gestacional. El hecho que el porcentaje de obesidad disminuya durante la gestación implica que las madres durante la

gestación vigilan más la aportación diario de nutrientes e intentan seguir una dieta más saludable para no aumentar de peso. Esto puede estar influenciado por la motivación del hecho de ser madres, y de velar por la salud de su hijo. Tanto las embarazadas con obesidad como sin obesidad pre-gestacional y gestacional presentan una ligera disminución en la ingesta de proteínas, una disminución en la aportación de hidratos de carbono y un incremento de la ingesta de lípidos. La ingesta de proteínas es bastante pareciendo a los

Es importante reforzar la información nutricional durante el embarazo para poder evitar enfermedades relacionadas con la obesidad, que no sólo afectan a la mujer gestante sino que también al bebé, en el nacimiento, la infancia y la vida adulta. Este podría ser un momento idóneo puesto que según se observa en los resultados el porcentaje de obesidad gestacional es inferior respecto al de obesidad previa al embarazo, lo cual nos puede indicar que las mujeres durante la gestación procuran y mejoran sus hábitos.

Importancia en la práctica clínica:

La importancia del estudio es para intentar mejorar la salud de la mujer embarazada en relación a la alimentación y prevenir enfermedades no sólo en la mujer gestante sino también en el bebé, y conocer los hábitos alimentarios en la mujer embarazada. En la práctica nos puede ser útil para poder prevenir enfermedades en la edad adulta, si las madres durante la gestación presentan unos hábitos saludables.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. INESEM. Aspectos dietéticos y nutricionales en las distintas etapas de la vida. Granada: Euroinnova; 2012.
2. JF P. Metabolismo, nutrición y shock. 4 ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2006.
3. Hernandez M SA. Tratado de nutrición. Madrid: Diaz de santos; 2000.
4. Eilat-Adar S, Sinai T, Yosefy C, Henkin Y. Nutritional recommendations for cardiovascular disease prevention. *Nutrients*. 2013;5(9):3646-83.
5. N F. Manual de formación de salud sexual y reproductiva. In: FUDEN, editor. MADRID2010.
6. E S. Manual of high risk pregnancy and delivery. 5 ed. USA: Mosby-Elsevier; 2011.
7. WHO. Pregnancy, Childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. 3 ed. Geneva2009.
8. Vilar J CG, Khan-Neelofor D, Diaggio G, Gulmenzor M. Patrones de control Prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo. *The Cochrane library*. 2007;2.
9. Reader DM. Medical nutrition therapy and lifestyle interventions. *Diabetes care*. 2007;30 Suppl 2:S188-93.
10. Chatzi L, Mendez M, Garcia R, Roumeliotaki T, Ibarluzea J, Tardon A, et al. Mediterranean diet adherence during pregnancy and fetal growth: INMA (Spain) and RHEA (Greece) mother-child cohort studies. *The British journal of nutrition*. 2012;107(1):135-45.
11. Blumfield ML, Hure AJ, Macdonald-Wicks L, Smith R, Collins CE. Systematic review and meta-analysis of energy and macronutrient intakes during pregnancy in developed countries. *Nutrition reviews*. 2012;70(6):322-36.
12. Strata A, Magnati G. [Nutritional principles for the pregnant diabetic]. *Minerva endocrinologica*. 1994;19(2):73-7.
13. Sirimi N, Goulis DG. Obesity in pregnancy. *Hormones (Athens)*. 2010;9(4):299-306.
14. Guelinckx I, Devlieger R, Beckers K, Vansant G. Maternal obesity: pregnancy complications, gestational weight gain and nutrition. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2008;9(2):140-50.
15. Ruchat SM, Mottola MF. Preventing long-term risk of obesity for two generations: prenatal physical activity is part of the puzzle. *Journal of pregnancy*. 2012;2012:470247.
16. Devlin MJ, Bouxsein ML. Influence of pre- and peri-natal nutrition on skeletal acquisition and maintenance. *Bone*. 2012;50(2):444-51.
17. Capra L, Tezza G, Mazzei F, Boner AL. The origins of health and disease: the influence of maternal diseases and lifestyle during gestation. *Italian journal of pediatrics*. 2013;39:7

## Sesión de Comunicaciones Orales Breves II

### Session of Oral Brief Presentations II

#### AUTORES/AUTHORS:

Alejandro Lendínez Mesa, Violeta Serrano monge, Angela Cristina Barrias da Costa, Ramona Mesa Lendínez, Ana Sofia Fernandes Ribeiro, Edelio Blanco Pascual, Paula Prieto, Fernando Paredes

#### TÍTULO/TITLE:

Ansiedad y depresión en familiares de pacientes hospitalizados con daño cerebral severo crónico

**Objetivo:** El objetivo de este trabajo es: determinar el grado de ansiedad y depresión en los familiares de pacientes hospitalizados con daño cerebral severo crónico con trastorno severo de la conciencia, evaluar el grado de sobrecarga del cuidador y el grado de apoyo social percibido por los familiares de dichos pacientes.

**Métodos:** Para ello, se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, correlacional, de carácter transversal. Realizado en dos unidades de Daño Cerebral Severo Crónico de un centro socio-sanitario de media-larga estancia. El muestreo fue de tipo no probabilístico, utilizando los siguientes criterios de inclusión: ser familiar directo de pacientes con daño cerebral severo crónico con trastorno severo de la conciencia hospitalizados en las unidades de Daño Cerebral Severo Crónico desde Enero hasta Mayo de 2014 y ser mayor de edad. Se recogieron variables sociodemográficas, además del grado de ansiedad y depresión que se valoró con la escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), grado de sobrecarga del cuidador, valorado con la Escala de Zarit y grado de apoyo social percibido que se valoró con el cuestionario DUKE-UNK (1-3). Asegurándose la voluntariedad de los participantes, mediante el documento de información a la familia. Siendo el estudio aprobado por la Comisión de Ética e Investigación del centro. Los datos han sido analizados por el Software estadístico SPSS 22.0. Se ha realizado un análisis descriptivo de todas las variables cualitativas, mediante frecuencias y porcentajes.

**Resultados:** La muestra final, está constituida por 27 familiares de pacientes, de los cuales 16 son mujeres. En el estudio participaron 8 padres/madres, 4 eran parejas de los pacientes, 7 de estos son hijos/as, 6 de ellos son hermanos/as y 2 de ellos tienen otra relación con los pacientes ingresados. Los familiares de estos pacientes presentan el rango de problema clínico de ansiedad en un 33%, un rango dudoso 19% y el 48% no presentan ningún tipo de problema. Respecto al grado de depresión, el 37% de los familiares tienen un rango de problema clínico de depresión, el 19% tienen un rango dudoso y el 44% no tienen ningún signo de depresión. Referente al grado de sobrecarga del cuidador, el 70% de la muestra no presenta sobrecarga del cuidador, sin embargo el 19% presenta una sobrecarga intensa y el 11% una sobrecarga leve. En cuanto al apoyo social que perciben los familiares de estos pacientes, el 78% de ellos lo perciben como un apoyo normal, frente al 22% que lo considera un apoyo escaso. También se aplicaron los test estadísticos T de Student y correlación de Pearson para las variables: grado de ansiedad, grado de depresión, grado de sobrecarga, grado de apoyo social percibido, voluntades anticipadas y adecuación del esfuerzo terapéutico, no observándose significación estadística alguna entre ellas.

**Discusión:** Una parte de la muestra presenta ansiedad y depresión en rango de problema clínico, siendo estos resultados acordes con algunos publicados en otros estudios (4-9). Encontrando en los resultados obtenidos una baja prevalencia de sobrecarga del cuidador, y con buen apoyo social percibido, viendo escasez en este campo de estudio actualmente (9-11). Los resultados obtenidos en el presente estudio podrían tener relación a que los pacientes se encuentran ingresados en unidades monográficas de daño cerebral severo crónico. También estos datos nos proporcionan el conocimiento sobre el estado de los familiares para poder realizar una intervención especializada por parte del equipo interdisciplinar.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Rodríguez Vega B, Ortiz Villalobos A, Palao Tarrero A, Avedillo C, Sánchez-Cabezudo A, Chinchilla C. Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. *The European journal of psychiatry* (edición en español) 2002;16(1):27-38.
- (2) Martín-Carrasco M, Otermin P, Pérez-Camo V, Pujol J, Agüera L, Martín MJ, et al. EDUCA study: Psychometric properties of the Spanish version of the Zarit Caregiver Burden Scale. *Aging Ment Health* 2010 Aug;14(6):705-711.
- (3) Ayala A, Rodríguez-Blázquez C, Frades-Payo B, Forjaz MJ, Martínez-Martín P, Fernández-Mayoralas G, et al. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Apoyo Social Funcional y de la Escala de Soledad en adultos mayores no institucionalizados en

España. Gaceta Sanitaria 2012;26(4):317-324.

(4) Whyte J, Nakase-Richardson R. Disorders of consciousness: outcomes, comorbidities, and care needs. Arch Phys Med Rehabil 2013 Oct;94(10):1851-1854.

(5) Serna ECH, Sousa, Regina Marcia Cardoso de. Depressão: uma possível conseqüência adversa do trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. Acta Paul Enferm 2005;18(2):131-135.

(6) Chiambretto P, Moroni L, Guarnerio C, Bertolotti G, Prigerson HG. Prolonged grief and depression in caregivers of patients in vegetative state. Brain Inj 2010;24(4):581-588.

(7) Chiambretto P, Vanoli D. Family reactions to the vegetative state: a follow-up after 5 years. G Ital Med Lav Ergon 2006 Jan-Mar;28(1 Suppl 1):15-21.

(8) Cruzado JA, Elvira de la Morena MJ. Coping and distress in caregivers of patients with disorders of consciousness. Brain Inj 2013;27(7-8):793-798.

(9) Giovannetti AM, Pagani M, Sattin D, Covelli V, Raggi A, Strazzer S, et al. Children in vegetative state and minimally conscious state: patients' condition and caregivers' burden. Scientific World Journal 2012;2012:232149.

(10) Giovannetti AM, Leonardi M, Pagani M, Sattin D, Raggi A. Burden of caregivers of patients in Vegetative state and minimally conscious state. Acta Neurol Scand 2013 Jan;127(1):10-18.

(11) Leonardi M, Giovannetti AM, Pagani M, Raggi A, Sattin D, National Consortium Functioning And Disability In Vegetative And In Minimal Conscious State Patients. Burden and needs of 487 caregivers of patients in vegetative state and in minimally conscious state: results from a national study. Brain Inj 2012;26(10):1201-1210.

**AUTORES/AUTHORS:**

Marilyn Victoria Martinez Olivares, Blanca Elsi Cegueda Benitez, Guillermina Romero Quechol, Maria Estela Galarza Palacios, Maria Guadalupe Rosales Torres

**TÍTULO/TITLE:**

COMPETENCIAS LABORALES DE ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

Objetivo. Evaluar el nivel de competencias de enfermería en la valoración mediante el modelo de Patrones Funcionales de Salud. Metodología.- Estudio transversal analítico, autorizado por el comité local de investigación, realizado en un hospital de alta especialidad, dirigido a 187 enfermeras de diferentes turnos y categorías: generales, especialistas y jefes de piso, de los servicios de hospitalización, áreas críticas y quirófano, se elaboró un instrumento que exploró a través de simulación clínica los núcleos: declarativo, actitudinal y procedimental, integrando la competencia de valoración de enfermería, otorgando validez conceptual y de contenido con dos rondas de expertos utilizando consenso 4/4 y acuerdo mayoritario 3/4, se calculó fiabilidad interna con alfa de Crombach .71.

**RESULTADOS**

De una n=187, la edad promedio fue de 39.5 años, en cuanto al sexo, predominó el femenino con un 87.7%, en este grupo de enfermeras, el nivel académico predominante fue el pos técnico con un 51.3 %, existe la presencia de maestría con un 2.1%. De acuerdo a la antigüedad laboral de este grupo, el promedio es de 5.2 años, con un mínimo de 5 y máximo de 26 años. Respecto a la capacitación del curso de proceso enfermero, del personal encuestado solo un 45.4% refirió haberlo recibido.

En relación a la categoría con mayor nivel de competencia fue la enfermera general, ubicándose en competente (66.3%), de acuerdo al turno el que presentó mayor nivel de competencia corresponde al turno matutino con el 49.1%, ubicándolo en competente.

Al relacionar la categoría con nivel académico se encontró favorecido el pos técnico 66.3%, respecto a la variable capacitación con competencia, los resultados evidencian que no existen diferencias significativas entre estas dos.

**DISCUSIÓN**

El determinar el nivel de competencias en la valoración mediante el modelo de patrones funcionales de salud representa el primer eslabón para identificar áreas de oportunidad en el personal de enfermería en el área asistencial.

El propósito del proceso enfermero es crear un puente que permita unir la teoría y la práctica de la profesión, la valoración de enfermería, es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recolección, selección e interpretación de datos sobre el estado de salud de los pacientes, esta constituye la primera fase dentro del establecimiento de un plan de cuidados, de ella depende la secuencias de las siguientes etapas del proceso enfermero.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Juvé -Udina ME, Umbral de Pericia requerido para la Ejecución Competencial Enfermera. Gestión Sanitaria 2009; 11(10):11-15.  
Urbina - Laza O. Metodología para la Evaluación de las Competencias Laborales en Salud. Rev. Cubana Salud Pública 2010; 36: 165-74.

Durante-Montiel, Lozano-Sánchez, Martínez- González, Morales- López, Sánchez –Mendiola, Evaluación de Competencias en Ciencias de la Salud .México: Ed. Médica Panamericana; 2012

Declaración de Helsinki, Principios Éticos para las investigaciones Médicas en Seres Humanos ;64° Asamblea General, Fortaleza; Brasil; Octubre 2013.. Disponible:

[http://conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaracion\\_Helsinki\\_Brasil.pdf](http://conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaracion_Helsinki_Brasil.pdf). Consultado Fecha: 9 de Abril 2014



**AUTORES/AUTHORS:**

CARLOS JAVIER AVENDAÑO VÁSQUEZ, ANGELICA ROCIO BORBON ORJUELA, ELIZABETH FORERO

**TÍTULO/TITLE:**

CALIDAD DE VIDA EN CUIDADORES DE PACIENTES CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA VIH

Objetivo: Determinar la calidad de vida en cuidadores de pacientes VIH positivos en las dimensiones física, psicológica, social y espiritual, usuarios del programa VIH del Hospital Santa Clara, Bogotá, Colombia.

Metodología: Estudio descriptivo, de corte transversal, con muestra de 25 cuidadores de pacientes con VIH positivo asistentes al programa de VIH – SIDA del Hospital Santa Clara en la ciudad de Bogotá, Colombia. Los pacientes pertenecían a la clasificación dentro de las categorías A1 a B3 por criterios inmunológicos con tratamiento retroviral, partiendo del parámetro de fracaso terapéutico del Ministerio de Protección Social (2005). El tamaño de la muestra se calculó con una precisión del 4%, considerando un error alfa del 5%. Se aplicó el cuestionario socio demográfico del Grupo de Cuidado al Paciente Crónico y su familia, de la Universidad Nacional de Colombia. La calidad de vida se midió a través del instrumento genérico de calidad de vida QOL de la Dra. Betty Ferrell adaptado al español por Arcos en 2010. Consta de 35 preguntas que representan cuatro dimensiones de bienestar en la calidad de vida: Bienestar físico, psicológico Social y espiritual. Se aplicó la Escala de Funcionalidad PULSES, la cual contempla variables frente a la estabilidad de la patología y nivel de independencia del paciente (Álvarez, 2004).

Resultados: Las mujeres se desempeñan como cuidadores principales (82%), principalmente en etapas de mayor capacidad productiva (36 y 59 años), de los cuales el 44% eran empleados formales. El nivel de escolaridad dominante de la población era medio y asumieron el rol de cuidador desde el momento del diagnóstico (84%) en su mayoría (68%) sin ningún tipo de apoyo externo. El estrato socio económico dos (2) con un 48% era la proporción más prevalente y el 100% de los encuestados tenían alguna creencia religiosa. El perfil PULSES permitió determinar que la mayoría de pacientes eran totalmente independientes (80%), desarrollando sus actividades de locomoción, eliminación y capacidad sensorial de forma óptima, con una correlación directa con la estabilidad de la patología y con ausencia de la discapacidad en el 88% de los casos. La calidad de vida en general de los cuidadores mostró un valor medio. Se identifica percepción positiva por parte de los cuidadores en el bienestar espiritual, consecuencia del impacto efectivo de las manifestaciones de tipo religioso o cultural. Se determina percepción de riesgo en el bienestar social; asociado a sentimientos de aislamiento, rechazo social e incremento de la carga económica. El bienestar físico se percibe como positivo, consecuencia del grado de independencia y estabilidad de la patología; pero con factores de riesgo por manifestaciones de dolor físico, cambios en los hábitos del sueño y periodos prolongados de cuidado. El bienestar psicológico refleja una alta percepción negativa, dando lugar a alteraciones de tipo emocional tales como depresión, aislamiento, estrés y señalamiento social.

Discusión: El presente estudio pretendió abordar cuidadores de pacientes con cumplimiento del régimen terapéutico, con respuesta virológica adecuada, no terminales, según aspectos inmunológicos de clasificación; para realizar una intervención precoz en el cuidador que facilitara el enfrentamiento de la enfermedad en sus etapas iniciales. Por lo anterior, se halló que los resultados obtenidos en la calidad de vida de los cuidadores de pacientes con VIH son similares a otros estudios a nivel socio demográfico, con otros grupos de pacientes con enfermedad crónica, (Alzheimer y cáncer); Alvarez Bertha (2006) y Parra y Carrillo (2011). Se determina, como la calidad de vida depende de los cambios de pacientes y cuidadores frente a sus hábitos y costumbres, las redes de apoyo, la capacidad de adaptación, la transferencia de conocimientos básicos para enfrentar la enfermedad y el nivel de vida de los implicados. Afrontar conjuntamente con los cuidadores el VIH en etapas iniciales de la enfermedad, estableciendo políticas en salud incluyentes y programas de atención a cuidadores, fortaleciendo acciones para dar herramientas de apoyo y formación sobre habilidades técnicas y conocimientos sobre la enfermedad, fases, posibles implicaciones en el hogar, el trabajo y la vida diaria y los mecanismos de acción para contrarrestar los posibles factores de riesgo; permite en la línea de tiempo y evolución de la enfermedad,

la prestación de servicios de salud con calidad, la adherencia al tratamiento y la disminución del riesgo de claudicación del cuidador. Por ende, la atención a cuidadores requiere del trabajo interdisciplinario del equipo de salud al interior de las instituciones y de acciones de investigación en atención sanitaria, que impacten directamente en la salud de los cuidadores, a partir de las necesidades y expectativas de la población; siendo acompañadas, con acciones de información masiva que dejen en conocimiento de la población general, las medidas de promoción y prevención, control de riesgo y conocimiento de la enfermedad, para disminuir el impacto negativo en las actividades sociales y bienestar psicológico de los cuidadores, en beneficio de la aceptación y comprensión del paciente con VIH en la sociedad

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Álvarez B. (2004). Comparación de la calidad de vida de cuidadores familiares de personas que viven con el VIH/SIDA y recibe terapia antiretroviral con la calidad de vida de los cuidadores familiares de personas con el VIH/SIDA y no reciben terapia antiretroviral de Honduras. *Revista Avances en Enfermería*. 2004; 22 (2)
- Arcos Imbachi Diana M, (2010). Validez y confiabilidad del instrumento calidad de vida, versión familiar en español. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Pp. 44, 45, 46, 47, 50, 115.
- FERRELL, Betty et al. Family Caregiving in cancer pain management [en línea]. In: *Journal of Palliative Medicine*. 1999, vol. 2, no. 2, p.185-196. [Citado 12 de agosto de 2012], [en línea] disponible en: <http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/jpm.1999.2.185?journalCode=jpm>
- Merino Sonia, (2004). Calidad de vida de los cuidadores familiares que cuidan niños en situaciones de enfermedad crónica. *Revista Avances en Enfermería*; 22(1): 39-45
- Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. (2005). Fundación para la investigación y desarrollo y la seguridad social FEDESALUD. Guía para el manejo de VIH/SIDA Basada en la evidencia Colombia. Bogotá. Pp 86.
- Osorio Lambis Martha, (2011). Calidad de vida de los cuidadores familiares de los pacientes con enfermedad de Alzheimer. Tesis de grado Maestría. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia.
- Parra Gonzalez, Lina, Carrillo Gonzalez Gloria M. (2011). Calidad de vida de mujeres en situación de enfermedad crónica de cáncer de Cervix- *Avances en enfermería*. XXIX (1): 87 – 96.
- Portela D. (2010). Asociación de la Calidad de Vida con el rendimiento Académico de los Estudiantes de séptimo, octavo y noveno de un Colegio Público de Bogotá. *Típica, Boletín Electrónico de Salud Escolar*. Julio-Diciembre 2010, Volumen 6, Número 2.
- Rossi, Saenz y Vargas. (2002). Cuentas nacionales VIH – SIDA. Fundación Mexicana para la salud FUNSALUD. Iniciativa regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe SIDALAC, programa conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA. ONUSIDA. Ministerio de Salud de Colombia. Pp 5.
- Vargas Escobar Lina M, Pinto Afanador Natividad, (2010). Calidad de vida del cuidador familiar y dependencia del paciente con Alzheimer. *Revista Avances en Enfermería*. XXVIII (1):116-128.

**AUTORES/AUTHORS:**

ARRATE GARCIA BARAYAZARRA, ANA BEREZIARTUA UNZUETA, MAIDER VALLINA LARREATEGI, IRUNE MUGERZA ARANZAMENDI, UXOA ABAD SERRANO, LEIRE EIZAGIRRE ANDONEGUI

**TÍTULO/TITLE:**

INTERVENIDOS EN LA OSI BAJO DEBA EN EL AÑO 2013

**INTRODUCCIÓN** La Unidad de Dolor Agudo (UDA) de la OSI Bajo Deba está integrada por un equipo multidisciplinar donde destaca la figura de la Enfermera responsable supervisada por el servicio de anestesia.

El objetivo de esta unidad es mejorar la buena práctica clínica y aumentar la calidad asistencial en los procesos de atención al paciente quirúrgico, entre las que destacamos el tratamiento del dolor y la mejora del confort. Para ello se dispone de una Hoja de Recogida de datos, donde se recoge información sobre: el protocolo de analgesia pautado, la intensidad de dolor referida por el paciente recogida a través de la Escala Visual Analógica (EVA) y el confort postoperatorio como son, la satisfacción en cuanto a alivio del dolor y el reposo/sueño referido por los pacientes entre otros. Esta valoración postoperatoria, es realizada por la enfermera de la UDA quien mediante una visita y entrevista personalizada revisa y modifica los protocolos analgésicos y los dispositivos.

**OBJETIVO** El objetivo de este estudio es analizar los resultados obtenidos durante el año 2013 referidos al el confort postoperatorio y la intensidad del dolor referida por los pacientes intervenidos en la OSI Bajo Deba.

**MÉTODOS**

Estudio descriptivo transversal

Muestra: pacientes intervenidos a los que se les ha pautado un tipo de protocolo analgésico específico

Variables: sexo, EVA en reposo (a las 24 horas), EVA en movimiento (a las 24 horas), analgesia de rescate, intensidad del dolor, alivio del dolor, reposo/sueño, náuseas y estado general

Instrumento de recogida de datos: cuestionario creado por la propia unidad y recogido en la base de datos creada con el programa informático Access

Procesado de datos por la matemática de la comisión de investigación asignada de la comarca mediante programa estadístico

**RESULTADOS**

Se han analizado 95 pacientes: 48 hombres y 47 mujeres.

El 62,11% son de traumatología, el 24,21% de Cirugía, el 8,42% de Urología y el 5,26% de Ginecología

El protocolo analgésico más utilizado ha sido el Neural (41,05%), seguido de la PCA (27,37%), el CCE (13,68%) y el Epidural (9,47%)

EVA medio en reposo ha sido de 2,04 y en movimiento 3,07

Ha precisado analgesia de rescate un 30,53%. Un 67,37 no ha precisado.

Intensidad de dolor referida: 62,11% poco/leve; 22,11% mucho/moderado; 13,68% nada/nulo; 2,11% muchísimo/intenso;

Alivio del dolor referido: 68,42% satisfecho; 23,16% muy satisfecho; 8,42% descontento.

Reposo/sueño: 61,05% duerme a ratos; 18,95% incapaz de dormir; 15,79 duerme casi toda la noche; 4,21 sueño normal

**DISCUSIÓN**

Los pacientes refieren una intensidad del dolor leve lo cual indica un buen control del dolor.

Más de la mitad de los pacientes refiere dormir a ratos lo cual nos hace pensar que la calidad del sueño de estos no es buena, pero desconocemos la causa. Punto a estudiar más en profundidad para poder plantear planes de mejora en ese aspecto.

Como limitaciones señalar que la muestra recogida es pequeña y mayormente de una especialidad (Traumatología). Esto es debido a que la evaluación por parte de la enfermera de la UDA sólo se realiza en turno de mañana de lunes a viernes y porque la especialidad en la que se pautan más frecuentemente los protocolos analgésicos es en la de Traumatología.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- 1.- Zaragoza García F, Landa García I, Larrainzar Garijo R, Moñino Ruiz P, De la Torre Liébana R, Primer Documento de Consenso Dolor Postoperatorio en España. Julio 2005.
- 2.- Muñoz-Blanco F, Salmerón J, Santiago J, Marcote C. Complicaciones del dolor postoperatorio. Rev. Soc. Esp. Dolor 2001; 8: 194-211
- 3.- Chabás E. Dolor postoperatorio y Unidades de Dolor Agudo. Rev. Soc. Esp. Dolor 2004; 11: 257-259. Editorial
- 4.- Torres LM, Aragón F, Martínez E. Analgesia vs confort postoperatorio. Anestesia Regional [revista en internet] 2009; 33. [http://anestesiaregional.com/33/analgesia\\_vs\\_conformt.htm](http://anestesiaregional.com/33/analgesia_vs_conformt.htm)
- 5.- Torres LM et al. Un modelo de encuesta para medir el confort postoperatorio. Rev. Soc. Esp Dolor, en prensa.
  
- 6.- Schug SA y Torrie JJ. Valoración de la seguridad en el tratamiento del dolor postoperatorio por una Unidad de Dolor Agudo. Rev. Soc. Esp. Dolor 1995;2:151-6.
  
- 7.- J. I. Gallego<sup>1</sup>, M. R. Rodríguez de la Torre<sup>1</sup>, J. C. Vázquez-Guerrero<sup>1</sup> y M. Gil Rev. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. Soc. Esp. Dolor 11: 197-202, 2004
- 8.- Bejarano PF, Osorio Noriega R, y cois. (1985). Evaluación del dolor: adaptación del cuestionario de Mc Gill. Rev Col Anest, 13: 321-351.
- 9.- Chabás E. Más retos para los anestesiólogos: ¿conseguirán las Unidades de Dolor Agudo postoperatorio el "hospital sin dolor"? Rev. Esp Anestesiol Reanim 2002;49:343-345.
- 10.- Serrano-Atero MS, Caballero J, Cañas A, García-Saura PL, Serrano-Álvarez C y Prieto J. Valoración del dolor (I). R e v. Soc. Esp. Dolor 2002; 9: 94-108.

**AUTORES/AUTHORS:**

M<sup>a</sup> del Mar Sánchez Sánchez, Raquel Jareño Collado, Pedro Vadillo Obesso, M<sup>a</sup> Pilar Fraile Gamo, Susana López San Román, Juana Cacho Calvo, Fernando Frutos Vivar, Ana Martín Pellicer, Susana Arias Rivera

**TÍTULO/TITLE:**

EFFECTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCIÓN DE HEMOCULTIVOS SOBRE LA TASA DE FALSOS POSITIVOS

**Introducción:**

El hemocultivo es de las muestras más procesadas en los laboratorios de microbiología. El objetivo principal de su extracción es diagnosticar una bacteriemia. Aunque no existe un "gold Standard" apropiado para diferenciar los auténticos agentes patógenos de los contaminantes, la sospecha de contaminación o falsos positivos es común<sup>1,2</sup>. Esta contaminación se asocia a un aumento en los costes<sup>3,4</sup>, constituye un factor de confusión para los clínicos, conlleva administración inapropiada de antibióticos, pruebas adicionales y aumento de la estancia hospitalaria<sup>5,6</sup>. La evidencia encontrada en la literatura considera como aceptable para este tipo de muestras una tasa de contaminación del 3%<sup>5,7-9</sup>.

La contaminación puede deberse a diversos factores, entre ellos, una incorrecta técnica de extracción, donde la enfermera desarrolla un papel indispensable y donde se pueden incluir mejoras en la técnica de extracción, mejoras basadas en la mejor evidencia que ofrece la literatura y que permitan reducir la contaminación.

Según informes de microbiología del hospital, nuestra tasa de contaminación estaba en un 8%, por lo que nuestra tasa de hemocultivos falsos positivos o contaminados superaba el estándar aceptado.

**Objetivo:**

Determinar la tasa de falsos positivos tras la implementación y difusión de un nuevo protocolo de extracción de hemocultivos.

**Metodo:**

Estudio de cohortes prospectivo desarrollado en el servicio de cuidados intensivos del Hospital Universitario de Getafe, desde Enero de 2012 a Marzo de 2013. Este servicio cuenta con 18 camas disponibles para pacientes polivalentes, distribuidas en dos unidades. Se incluyeron todos los pacientes a los que se les solicitó extracción de hemocultivo, siendo esta decisión única y exclusivamente debida a la situación clínica del paciente.

El estudio se desarrolló en un período observacional pre-formación de 6 meses (Enero – Junio 2012) y otro período post-formación de 6 meses (Octubre 2012 – Marzo 2013), donde el personal de enfermería implementó el nuevo protocolo, divulgado durante 3 meses (Julio – Septiembre 2012).

La difusión del protocolo fue mediante pósteres colocados en las dos unidades, enlaces virtuales en los ordenadores del servicio y charlas, en los distintos turnos, a todo el personal de enfermería.

Se recogieron variables de resultados de la extracción de los hemocultivo, realizándose una comparación de tasas entre ambos períodos.

Para la valoración del resultado del hemocultivo se consideró las definiciones aportada por la literatura<sup>10</sup>. En base a ella, la clasificación de los hemocultivo fue realizada, de forma independiente, por dos investigadores y en caso de discrepancia se decidió de forma conjunta.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital.

**Resultados:**

De los 976 pacientes ingresados durante los dos períodos (539 vs. 437), obtuvimos 290 hemocultivos (158 vs. 132), de los cuales 27 fueron contaminados (22 vs. 5), con una tasa total de 9 % de hemocultivos contaminados. Desglosados los resultados por períodos, antes de la intervención fue de un 14% frente al 3.8% del período postintervención con una  $p=0,003$ .

#### Discusión:

Nuestras tasas de falsos positivos, tras la divulgación e implementación del protocolo, ha supuesto una reducción significativa en nuestras tasas de contaminación, lo que puede contribuir a la reducción de administración de antibióticos de forma inapropiada, disminución de los costes, de la necesidad de pruebas adicionales y posiblemente acortar la estancia hospitalaria.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Richter SS et al. Minimizing the workup of blood culture contaminants: implementation and evaluation of a laboratory-based algorithm. *J Clin Microbiol* 2002;40:2437-44.
2. Weinstein MP et al. The clinical significance of positive blood cultures in the 1990s: a prospective comprehensive evaluation of the microbiology, epidemiology, and outcome of bacteremia and fungemia in adults. *Clin Infect Dis* 1997;24:584-602.
3. Bates DW et al. Contaminant blood cultures and resource utilization: the true consequences of false positive results. *JAMA* 1991;265:365-69.
4. Souvenir D et al. Blood cultures positive for coagulase-negative staphylococci: antisepsis, pseudobacteremia, and therapy of patients. *J Clin Microbiol* 1998;36:1923-26.
5. Waltzman MI et al. Financial and clinical impact of false positive blood culture results. *Clin Infect Dis* 2001;33:296-99.
6. Schifman RB et al. The effect of skin disinfection materials on reducing blood culture contamination. *Am J Clin Pathol* 1993;99:536-38.
7. Gibb AP et al. Reduction in blood culture contamination rate by feedback to phlebotomist. *Arch Pathol Lab Emd* 1997; 121:503-07.
8. Chandrasekar PH et al. Clinical issues of blood cultures. *Arch Intern Med* 1994; 154:841-49.
9. Ibero Esparza C et al. Si fiebre, ¿hemocultivos?. *Rev Clin Esp.* 2010;210(11):559-66.
10. Arias S et al. Utilización y rendimiento de los hemocultivos en una unidad de cuidados intensivos medicoquirúrgica. *Med Intensiva* 2003;27(10):647-52.

## Sesión de Comunicaciones Orales Breves III

### Session of Oral Brief Presentations III

#### AUTORES/AUTHORS:

Graça Pimenta, Júlia Martinho, José Carlos Carvalho

#### TÍTULO/TITLE:

Autopercepción de síntomas de depresión en los estudiantes de enfermería

#### Resumen:

Objetivo: identificar los signos y síntomas de la depresión en estudiantes de enfermería

Método: Estudio cuantitativo exploratorio. Muestra: 468 estudiantes de enfermería. Recolección de datos: cuestionario para la caracterización sociodemográfica y el Inventario de Depresión de Beck validado para la población portuguesa por Vaz Serra (1973a, 1973b). Procedimientos: encuesta en línea. Se siguieron los principios éticos inherentes a la investigación

Resultados: muestra en su mayoría mujeres (88.5%), donde el 28,6% han tenido o están recibiendo apoyo psicológico o psiquiátrico y que tienen un valor de síntomas depresivos, en promedio, 9,87 (SD 8,79) muy cerca de los valores que se consideran clínicamente relevantes

Discusión: Estos resultados apuntan a la necesidad de desarrollar estrategias para combatir este problema de salud mental en esta población

Conclusiones: Los resultados vienen a poner de relieve la necesidad de prevención de situaciones de riesgo a través de la identificación temprana de los síntomas depresivos y la creación de estructuras de apoyo terapéutico a los estudiantes

Palabras clave: Depresión; Síntomas; Estudiantes; Investigación.

Introducción: A nivel mundial, más de 350 millones de personas de todas las edades sufren de depresión<sup>1</sup>. En "La Encuesta Mundial de Salud Mental", realizado en 17 países (Colombia, Líbano, México, Nigeria, China, Sudáfrica, Ucrania, Bélgica, España, Francia, Alemania, Israel, Italia, Japón, Países Bajos, Nueva Zelanda y Emiratos Unidos) 1 de cada 20 personas encuestadas reportaron tener un episodio de depresión en los últimos 12 meses<sup>2</sup>.

Los estudiantes universitarios<sup>3-4</sup> presentan una mayor tasa de depresión en comparación con no estudiantes y con la población en general<sup>5-6</sup>.

Aunque la universidad sea generalmente vista como una experiencia positiva, a veces es un período de ajuste estresante para los estudiantes, situación que puede repercutir en su rendimiento intelectual, salud física y bienestar psicosocial ya que la transición para el ensino superior demanda mayor esfuerzo de adaptación, en especial durante los primeros años de estudio<sup>7-9</sup>.

Objetivos: Identificar la autopercepción de síntomas de depresión en estudiantes de enfermería.

Métodos: Estudio exploratorio descriptivo con estudiantes de enfermería de una escuela pública del norte de Portugal. Muestra: no probabilística no intencional (468 estudiantes 31.2% de la población estudiada)

Variables: sexo, estado civil, años de recorrido, reubicación de residencia y seguimiento psiquiátrico.

Instrumento: cuestionario (características sociodemográficas y antecedentes de salud mental) y el Inventario de Depresión de Beck<sup>10</sup> adaptado para la población portuguesa<sup>11,12</sup>.

El Inventario se compone de 21 afirmaciones con 4 a 6 opciones de elección (la intensidad de los síntomas y actitudes varía 0-3, en orden progresivo de gravedad), el participante selecciona las opciones de acuerdo con la descripción de su auto percepción de síntomas a la hora de su realización.

Procedimiento: se solicitó el permiso de la institución educativa. Se ha hecho la divulgación y clarificación de los objetivos del estudio a través de la página web de la escuela. La recolección de datos se hizo "online" de noviembre a diciembre de 2013, siendo su relleno voluntario.

Análisis de Datos: Estadística descriptiva con uso Statistical Package for the Social Sciences versión 21.

Resultados: los participantes en su mayoría son mujeres (88.5%) de estas 28.6% han tenido o están recibiendo apoyo psicológico o psiquiátrico y tienen un valor de los síntomas depresivos en promedio 9.87 (SD 8.79), muy cerca de valores que se consideran clínicamente relevantes.

Las variables que tienen diferencias estadísticamente significativas son el sexo ( $p=0.015$ ) que muestra que los hombres ( $M=10.50$ )

tienen un valor medio más alto que las mujeres (M=9.79) y los estudiantes con beca ( $p=0.020$ ) tienen una puntuación media más alta (M=10.88) que los estudiantes que no tienen (M=9.16)

La puntuación final de lo inventario es mayor en el 3º año (M=10.52) lo que indica un mayor riesgo de depresión, seguido por el 4º año (M=10.38) 1º año (M=9.67) y 2º año (M=8.95) respectivamente.

Los síntomas depresivos más frecuentes en los estudiantes de 3º año son: La fatigabilidad (75%) incapacidad para trabajar (63.3%) Estado de ánimo triste (45.8%) la hipocondría (37.5%) los sentimientos de pena (29.3%) sentimiento de culpa (26.8%) pérdida de peso entre los 2,5 kg y 7,5 kg (23.3%) y la idea suicida (14.3%).

Discusión: El nivel socioeconómico bajo y la percepción de falta de control son dos variables que tienen sido asociadas con síntomas de depresión 13,2 lo que viene en contra a nuestros datos. El predominio de puntuaciones medias de síntomas de depresión más altas en el 3º y 4º año (años de enseñanza clínica) nos sugiere mayores niveles de estrés asociados a la nueva experiencia de jugar con el papel de enfermera. Estos síntomas, alteran la percepción de identidad, el rendimiento, la satisfacción y la condición física 14. Implicaciones para la práctica clínica: los resultados sugieren la necesidad de desarrollar programas de promoción de la salud mental para los estudiantes, previniendo situaciones de riesgo a través de la identificación temprana de síntomas depresivos

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1 World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Genève: WHO publications, 2013.

2 Wang, PS., Aguilar-Gaxiola, Alonso, et al. Worldwide Use of Mental Health Services for Anxiety, Mood, and Substance Disorders: Results from 17 Countries in the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Lancet*. 2007 Sep; 370(9590):841–850. doi:10.1016/S0140-6736(07)61414-7.

3 Vieira, K.; Coutinho, M. Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia. *Psicol. cienc. prof.* [online], 2008, 28(4):714-727

4 Cavestro, JM; Rocha, FL. Prevalência de depressão entre estudantes universitários. *J. bras. psiquiatr.* [online], 2006, 55(4):264-267. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852006000400001>.

5 Miranda BCA, Gutiérrez SJC, Bernal et al. Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la Universidad del Valle. *rev. colomb. de psiquiatr.*, 2000 Sep; 29(3):251-260

6 Valencia, GM. Riesgo de depresión en estudiantes del programa de enfermería de la Universidad libre de Pereira. *Cult. Cuid. Enferm*, Dic.2010;7(2):14-26

7 Garber, J.; Keiley, M.K.; Martin, N.C. Developmental trajectories of adolescents' depressive symptoms: Predictors of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2002, 70, p.79-95.

8 Arrivillaga QM, Cortés GC, Goicochea JVL, et al. Caracterización de la depression en jóvenes universitarios. *Univ. Psychol.* 2004 jun ; 3(1) :17-27

9 Jose, P. E.; Ratcliffe, V. Stressor frequency and perceived intensity as predictors of internalizing symptoms: Gender and age differences in adolescence. *New Zealand Journal of Psychology*, 2004, 33(3):145-154.



- 10 Beck, A., Ward, CH, Mendelson, M et al. An inventory for measure depression. Arch General Psychiatry, 1961, 4: 561-571.
- 11 Vaz Serra, A.; Pio Abreu, J. L. Aferição dos quadros depressivos. I – Ensaio de aplicação do Inventário Depressivo de Beck a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. Coimbra Médica, 1973a, 20:623-644.
- 12 Vaz Serra, A.; Pio Abreu, J. L. Aferição dos quadros depressivos. II – Estudo preliminar de novos agrupamentos sintomatológicos para complemento do Inventário Depressivo de Beck. Coimbra Médica, 1973b, 20:713-736
- 13 Lorant V, Deliège D, Eaton W et al. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. Am J Epidemiol. 2003, 15;157(2):98-112.
- 14 Hayes, L.; Bach, P. A.; Boyd, C. P. Psychological Treatment for Adolescent Depression: Perspectives on the Past, Present, and Future. Behaviour Change, 2010, 27 (1):1-17.

**AUTORES/AUTHORS:**

María Luisa Molina Ibáñez

**TÍTULO/TITLE:**

Estrés por sobrecarga en Cuidadoras Informales. Experiencia en una Unidad de Larga Estancia Hospitalaria.

**OBJETIVO**

Detectar el Estrés por Sobrecarga en mujeres mayores cuidadoras informales, que desarrollan su labor de acompañamiento con enfermos dependientes en el contexto hospitalario.

**METODOLOGÍA**

Estudio observacional, descriptivo y transversal. Escenario de estudio: ámbito hospitalario. Sujetos participantes: mujeres mayores cuidadoras informales, que prestan labores de acompañamiento a familiares dependientes en una unidad de larga estancia hospitalaria. El estudio se ha realizado en el Centro Hospitalario de la Cruz Roja de Almería entre los meses de enero y marzo de 2014. Variables: 1. Mujeres con edades comprendidas entre los 60 y los 70 años; 2. Relación de afinidad con paciente (hija y esposa); 3. Tiempo de permanencia en el Centro Hospitalario: 3 meses; 4. Prestación de Ayuda a la Dependencia: en espera de ser concedida. Procedimiento para obtención de datos: tras seleccionar a las mujeres, se les informó sobre el objeto de estudio y su implicación desinteresada, que se plasmó en el consentimiento informado. A partir de ahí, realizaron el Cuestionario validado de Zarit, que consta de 22 ítems y mide la carga percibida por el cuidador a través de la escala Likert que va de 0 (nunca) a 4 (siempre), siendo el rango de puntuación entre 0 (mínimo) y 88 (máximo), de manera que un rango menor de 46 indica "no sobrecarga", de 46 a 56 "sobrecarga leve" y mayor de 56 "sobrecarga intensa". Análisis de datos: empleo de medidas de estadística descriptiva que el programa Microsoft Excel 2010 permite representar; no se ha utilizado ningún paquete estadístico al tratarse de un escaso número de muestras.

**RESULTADOS**

Los resultados que arroja el estudio ponen de manifiesto que la mayoría de las mujeres observadas (75%; n=20) reconocen que su labor como cuidadoras continúa en el entorno hospitalario y que el resto de las mujeres (25%; n=5) reconoce que la labor de acompañamiento es suplida por otros familiares &#61630;principalmente hijas&#61630;, o bien (100%; n=20) permanecen a la espera de percibir Ayudas a la Dependencia. La media de edad de las cuidadoras esposas es de 66 años, respecto a la de 75,2 años de su familiar. La patología de éste es ACV (60%) y Carcinoma (40%). El nivel de sobrecarga obtenido por las cuidadoras es, según la Escala de Zarit, superior a 55 puntos, con una media de 66,6 puntos (sobrecarga intensa), excepto en una mujer que obtuvo 38 puntos (no sobrecarga). En las cuidadoras hijas (25%; n=5), la media de edad es de 61,2 años y de 85 años el paciente, con patología de ACV (80%) y Carcinoma (20%). Igualmente, obtienen un nivel de sobrecarga superior a 55 puntos, siendo la media de 67 puntos (sobrecarga intensa). Todas las encuestadas (100%; n=20) señalan 4 puntos en la Escala Likert, pues son las responsables de cuidar a su familiar, se sienten agotadas y, a veces, se han planteado delegar el cuidado en otra persona ajena al entorno familiar o recibir alguna prestación económica. Tanto esposas (100%; n=20) como hijas (100%; n=5), coinciden en que su familiar descarga toda la responsabilidad de los cuidados sobre ellas y que la salud de unas y otras está viéndose afectada (Pajares, 2012). Permanecer largas jornadas en el hospital hace que las cuidadoras hijas experimenten un deterioro en las relaciones familiares y sociales (Covarrubias y Andrade, 2012; Villegas, Aguilar, Espericueta, Medina y Luján, 2014), representando el 100%, frente al 100% de las cuidadoras esposas, que no lo perciben.

**DISCUSIÓN**

La variable género sigue ejerciendo un papel preponderante a la hora de prestar cuidados (Montorio, Fernández, López y Sánchez, 1998; García, Mateo y Eguiguren, 2004; IMSERSO, 2005; Zambrano y Ceballos, 2007; Roguero, 2010; Flores, Rivas y Seguel, 2012). Existe una relación directa entre el tiempo de permanencia hospitalaria (en torno a 3 meses) y los niveles de sobrecarga

percibidos por las mujeres analizadas, y que coinciden, llegando a superar los 56 puntos, lo que implica una sobrecarga intensa (García, Martín, Padilla y Requena, 2008) de acuerdo con el cuestionario Zarit. Pensamos que ambas mujeres cuidadoras han podido naturalizar la obligación de los cuidados fuera del ámbito doméstico, al señalar que son las responsables de cuidar a su familiar.

#### IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA:

Consideramos que es necesario detectar el impacto en las cuidadoras informales de la permanencia prolongada junto a un familiar en el contexto hospitalario (Zambrano et col, 2007), así como establecer un plan de cuidados que las incluya también a ellas, además de al enfermo (Andrade, Pérez y Méndez, 2007). Junto a ello, y sin obviar la continuidad de los cuidados del paciente tras el alta (Moreno, De La Fuente, Caro, Suso y Durán, 2007), proponemos unas recomendaciones para establecer el diagnóstico enfermero estrés por sobrecarga dirigido a estas mujeres a fin de prevenir y/o disminuir el deterioro de la salud: 1. Potenciar la comunicación entre atención primaria y especializada a través de las enfermeras gestoras de casos; 2. Propiciar reuniones de equipo en las que enfermeras y cuidadoras aborden estrategias para minimizar la sobrecarga diaria a las que unas y otras están sometidas (Carretero et col. 2006).

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Andrade, G., Pérez, I. y Méndez, L. (2007). "Apoyo de enfermería a las actividades que realizan los cuidadores informales en el ámbito hospitalario". *Desarrollo Científico Enfermería*, 15(2), 52-55.
- Flores, E., Rivas, E. y Seguel, F. (2012). "Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa". *CIENCIA Y ENFERMERIA*, 18(1): 29-41.
- García, M.M., Mateo, I. y Eguiguren, A.P. (2004a). "El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad". *Gaceta Sanitaria*, 1B(Supl 1), 132-139.
- García, M.M., Mateo, I. y Maroto, G. (2004b). "El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres". *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 83-92.
- Montorio, I., Fernández, M.I., López, A. y Sánchez, M. (1998). "La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga". *Anales de Psicología*, 14(2), 229-248.
- Moreno, A., De La Fuente, A., Caro, A., Suso, R. y Durán, A. (2007). "Programa de educación a cuidadores informales de pacientes con ictus, para favorecer la continuidad de los cuidados al alta hospitalaria". *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 25, 14-27.
- NANDA Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. (2012-2014 ed.). Barcelona: Elsevier.
- Pajares, M. (2012). "Cansancio del rol del cuidador". *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*; Serie Trabajos de Fin de Grado, 4(1), 717-50.
- Quero, A. (2003). "Los cuidadores no profesionales en el hospital: la mujer cuidadora". *Enfermería Clínica*, 13(6), 348-56.
- Rogero, J. (2010). "Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: una valoración compleja y necesaria". *Index de Enfermería*, 19(1), 47-50.
- Yanguas, J.J., Leturia, F.J. y Leturia, M. (2001). "Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes". *Matia Fundazioa*, 1-20.
- Zambrano, R. y Ceballos, P. (2007). "Síndrome de carga del cuidador". *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXVI(1), 26-39.
- Zarit, S.H. (1990a). "Concepts and measures in family caregiving research". En B. Bauer (ed.): *Conceptual and Methodological Signes in Family Caregiving Research. Proceeding of the Invitational Conference on Family Caregiving Research*. Toronto (Ontario), June 21-22.

Villegas, MH., Aguilar, MA., Espericueta, M., Medina, MJ. y Luján, ME. (2014). "Desempeño del rol de cuidador primario y eficiencia del programa Atención Hospitalaria a Domicilio". Revista Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social, 22(1), 25-32.

**AUTORES/AUTHORS:**

Pedro L. Oliva Somé, Pedro L. Pancorbo Hidalgo, Isabel M<sup>a</sup> López Medina, Francisco P. García Fernández, Beatriz López-Barajas Hernández, M<sup>a</sup> Amparo Pérez Campos, Juan Gabriel Ruiz Pamos, Serafín Fernández Salazar

**TÍTULO/TITLE:**

EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA DE LA VERSIÓN EN CASTELLANO DEL CONTEXT ASSESSMENT INDEX (CAI)

**Objetivos**

El entorno en que trabajan los profesionales de enfermería puede favorecer o dificultar la aplicación del modelo de Práctica basada en evidencias. El Context Assessment Index (CAI) es un instrumento desarrollado en 2009 por McCormack, y colaboradores, en Reino Unido, para evaluar el contexto en el que se proporcionan los cuidados, permitiendo además conocer qué efecto tiene este contexto sobre el uso de las evidencias en la práctica clínica. Recientemente se ha traducido y adaptado este instrumento al sueco, pero hasta la fecha no se realizado una versión adaptado al contexto español.

Dentro del proyecto MOHEBE, cuyo propósito es establecer la influencia que el modelo organizativo de hospitales pueda tener sobre la implementación por profesionales de enfermería del modelo de práctica clínica basada en evidencias (financiada por el Ministerio de Sanidad y consumo. Instituto de Salud Carlos III; PI11/02565) se ha elaborado una versión traducida al castellano y adaptada al entorno profesional español que se ha sometido a un proceso de validación.

Esta comunicación se centra en la fase de validación clínica del CAI y tiene por objetivos: Determinar la fiabilidad (consistencia interna y estabilidad) y validez de constructo de la versión en castellano del Índice de Valoración del Contexto (Context Assessment Index) (CAI) adaptado a la práctica enfermera en España.

**Método**

Diseño: estudio de validación de instrumentos, transversal y multicéntrico en 12 hospitales públicos del Servicio Andaluz de Salud y hospitales con organización de empresa pública pertenecientes a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (Empresa Sanitaria Alto Guadalquivir), con modelos organizativos distintos de las provincias de Jaén y Córdoba. Muestreo estratificado por conglomerados, por tipo de hospital y categoría profesional (enfermeras y auxiliares de enfermería asistenciales). Se administró la encuesta on-line y en papel, entre febrero y abril de 2014.

Instrumentos: versión en castellano del CAI (previamente traducida y adaptada culturalmente). Tiene 37 ítems que miden contexto (cultura, liderazgo y evaluación) en el que se implementan los cuidados.

Análisis: Medición de la fiabilidad: consistencia interna (alfa de Cronbach) y correlación test-retest, tras 2 semanas (Spearman); la validez de constructo, de ajuste a la versión inglesa, mediante análisis de componentes principales.

**Resultados**

Participaron en el estudio 416 profesionales enfermeras y gestoras de unidad; de las que 310 (74.5%) han completado correctamente el cuestionario CAI.

La consistencia interna fue de  $\alpha = 0,957$ , para total de ítems; y para las subescalas que proponen los autores en la versión original, la consistencia fue: práctica colaborativa,  $\alpha = 0,844$ ; práctica basada en evidencias  $\alpha = 0,866$ ; respeto por las personas  $\alpha = 0,826$ ; límites en la práctica  $\alpha = 0,743$ ; y evaluación  $\alpha = 0,67$ . En la correlación elemento-total corregida se obtuvo un Rho de Spearman  $> 0.3$  para

todos los ítems, excepto el ítem 1. Los ítems tienen mayor correlación con el cuestionario total que con las subescalas.

Estabilidad test-retest: fue de  $r=0,44$  (puntuación total) y para los 3 elementos del índice fue: cultura  $r= 0,355$ ; liderazgo  $r=0,480$ ; y evaluación  $r=0,476$ .

Validez de constructo: la adecuación para el análisis de componentes principales se valoró mediante el test KMO (0,950) y prueba de esfericidad de Bartlett ( $p < 0.0001$ ). Mediante extracción de componentes principales con rotación varimax se obtiene el modelo de mejor ajuste, con 5 factores que explican el 54,23 % de varianza, obteniendo los siguientes factores: factor 1 (Práctica colaborativa): 10 ítems (valores 0,72-0,471); factor 2 (Respeto por la personas): 7 ítems (0,648-0,484); factor 3 (Disposición hacia práctica basada en evidencias): 7 ítems (0,733-0,413); factor 4 (Gestión de los cuidados): 4 ítems (0,711-0,653); factor 5 (Evaluación y toma de decisiones): 7 ítems (0,664-0,417). Quedan 2 ítems que no se ajustan a ningún factor.

La existencia de ítems que no se ajustan correctamente al factor original, da lugar a la realización de diversos análisis factoriales para conseguir un mejor ajuste y no perder ningún valor. Según el criterio de autovalor  $>1$  (6 factores con 4 ítems que no se ajustan), fijando 4 factores (4 ítems no se ajustan) y con 3 factores en relación a los elementos del contexto (3 ítems no se ajustan). Se concluye que se pierden menos ítems fijando el modelo a 5 factores.

## Discusión

La versión en castellano del CAI ofrece suficiente fiabilidad, con alta consistencia interna, ligeramente superior al de la versión original (0.93), y moderada estabilidad temporal. Esta versión con 5 factores y 37 ítems se corresponde, en cierta medida, con el modelo factorial de la versión original en inglés del CAI e incluso permite explicar el 54.23%, superando al 48.08% de la versión original inicial para 44 ítems.

Implicaciones para la práctica: este instrumento permite valorar e identificar los elementos del contexto en el que tiene lugar la práctica de los cuidados de enfermería y hacer un diagnóstico del contexto a tener en cuenta para la implementación de evidencias. Se pretende facilitar así la transferencia de conocimiento y contribuir al desarrollo del cuerpo de investigación internacional.

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- McCormack, B., Kitson, A., Harvey, G., Rycroft-Malone, J., Titchen, A., & Seers, K. (2002). Getting evidence into practice: the meaning of 'context'. *Journal of Advanced Nursing*. (38):1.
- McCormack, B., McCarthy, G., Wright, J., & Coffey, A. (2009). Development and testing of the context assessment index (CAI). *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 6(1), 27-35.
- Kajermo, N.K., Bøe, H., Johansson, E., Henriksen, E., McCormack, B., Gustavsson, J.P., & Wallin, L. (2012). Swedish Translation, Adaptation and Psychometric Evaluation of the Context Assessment Index (CAI). *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 10(1):41-50.

**AUTORES/AUTHORS:**

Serafín Fernández Salazar, M<sup>a</sup> Amparo Pérez Campos, Isabel M<sup>a</sup> López Medina, Francisco P. García Fernández, Beatriz López-Barajas Hernández, Pedro L. Oliva Somé, Josefa Juárez Ruiz, Pedro L. Pancorbo Hidalgo

**TÍTULO/TITLE:**

Validez y Fiabilidad de la versión española del Cuestionario "Nursing Teamwork Survey".

**OBJETIVO**

El estudio del trabajo en equipos de Atención Sanitaria requiere la confluencia de diversos factores explicativos de la esfera organizacional, relacional y comunicacional (1). Diferentes estudios 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 (2) por lo que disponer de instrumentos de medida que nos permitan medirlo se ha convertido en una necesidad.

El cuestionario "Nursing Teamwork Survey (NTS)" validado en 2010 por Kalisch et al. (3), y basado en el Modelo de Trabajo en Equipo de Salas (4) permite medir diferentes conceptos relativos al trabajo en equipo y liderazgo en Enfermería. Incluye los factores de confianza, orientación de equipo, retro-alimentación, comprensión compartida y liderazgo. En nuestro entorno, se han diseñado cuestionarios relacionados con diferentes aspectos del trabajo en equipo, pero no disponemos de herramientas que permitan medir los diferentes niveles de trabajo en equipo, concretamente, dentro de los profesionales de Enfermería.

El objetivo de nuestro estudio fue determinar la fiabilidad (consistencia interna y estabilidad) y validez de constructo de la versión en castellano del Nursing Teamwork Survey (NTS).

**MÉTODOS**

Estudio de validación de instrumentos que utiliza un diseño transversal, desarrollado entre los meses de febrero y abril de 2014, en 12 hospitales públicos de la provincias de Jaén y Córdoba (España) con distinto modelo organizativo (Servicio Andaluz de Salud (SAS) y Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir).

En el estudio participaron 407 profesionales. Se realizó un muestreo por conglomerados estratificado por tipo de hospital y categoría profesional. Como marco de muestreo se utilizó el listado de servicios de cada centro participante.

Se utilizó una versión del NTS (Kalisch), con 37 ítems, que había sido adaptada culturalmente y comprobada su validez de contenido mediante un grupo de expertos españoles (5).

Variables: a) Sociodemográficas y profesionales; b) Trabajo en Equipo, con cuestionario NTS en castellano, donde cada ítem se puntuaba según una escala Likert de 1 a 5 puntos (de Nunca a Siempre).

Análisis de los datos: Estadísticos descriptivos (frecuencias, media y desviación estándar) para variables demográficas. Fiabilidad: consistencia interna (test Alfa de Cronbach global y por cada dimensión); estabilidad test-retest (2 semanas): Correlación (Rho de Spearman). Validez de Constructo mediante Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) (máxima verosimilitud) y Exploratorio (AFE) (componentes principales). El test de esfericidad de Bartlett ( $p < 0,000$ ) y el índice KMO (0,905).

**RESULTADOS**

Datos demográficos: participaron 407 profesionales (84,3% mujeres) de entre 40 y 59 años de edad (70,8%). El 73,2% eran enfermeras y el 26,5% auxiliares de enfermería. El 68,3% de los cuestionarios se recogieron en Hospitales del SAS.

Validez: Se eliminaron 4 ítems (6, 18, 19 y 20) tras el análisis de la matriz de correlaciones. El AFC muestra mal ajuste con el modelo de 5 factores de la versión inglesa ( $X^2 = 1040$ ;  $p < 0,0001$ ) y en la solución rotada los ítems no se agrupan en los factores propuestos. Un AFE de componentes principales, con rotación varimax con 4 componentes, muestra la mejor solución, que explica un 51,5% de la varianza. Los componentes son: Interacción en el equipo (16 ítems); Liderazgo (7 ítems); Supervisión (4 ítems); y Feedback o retroalimentación (5 ítems). Quedan 1 ítem que no se ajusta a ningún factor.

Fiabilidad: La Consistencia Interna global (33 ítems) fue  $\alpha = 0,886$  y componente 1  $\alpha = 0,857$ ; CP 2  $\alpha = 0,848$ ; CP 3  $\alpha = 0,825$  y CP 4  $\alpha = 0,735$ .

Estabilidad: Correlación en puntuación total  $r = 0,631$  y para cada componente,  $r = 0,687$  (CP 1);  $r = 0,603$  (CP 2);  $r = 0,667$  (CP 3); y  $r = 0,675$  (CP 4).

## DISCUSIÓN

La versión española del NTS mostró un buen comportamiento psicométrico, con buena consistencia interna y estabilidad. Los ítems se agrupan en 4 factores que no coinciden con los del cuestionario original. Es llamativo que los ítems referidos a Liderazgo y a Supervisión se agrupan en diferentes componentes.

Implicaciones para la práctica:

Esta versión del cuestionario de trabajo en equipo, adaptada al contexto español, puede ser una herramienta útil para medir este aspecto organizacional en los hospitales, y su influencia en la valoración del entorno laboral y la eficacia de los cuidados.

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.

Pérez Campos, M<sup>a</sup> Amparo es beneficiaria de una ayuda de Formación de Profesorado Universitario (FPU) del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) 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.
- (2) Gibson CB, Porath CL, Benson GS, Lawler EE. 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.
- (3) Kalisch BJ, Lee H, Salas E. The Development and Testing of the Nursing Teamwork Survey. *Nursing Research* 2010; 59 (1): 42-50.
- (4) Salas E, Sims DE, Burke S C. Is there a "Big Five" in teamwork? *Small Group Research*, 2005; 36: 555-599
- (5) Fernández-Salazar S, Pérez-Campos MA, López Medina IM, Sánchez-García I, López-Barajas Fernández B, García-Fernández FP, Pancorbo-Hidalgo PL. Adaptación cultural, validación de contenido y prueba piloto del Cuestionario "Nursing Teamwork Survey".



En: Libro de Ponencias. XII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. 2013 12-15 Noviembre. Lleida (España). Instituto de Salud Carlos III; 2013. p. 283-85. Disponible en:

[http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-servicios-aplicados-formacion-investigacion/fd-centros-unidades/fd-investen-isciii-2/docus/2013\\_XVII\\_encuentro\\_Investen\\_Lleida.pdf](http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-servicios-aplicados-formacion-investigacion/fd-centros-unidades/fd-investen-isciii-2/docus/2013_XVII_encuentro_Investen_Lleida.pdf)

## Sesión de Comunicaciones Orales Breves IV

### Session of Oral Brief Presentations IV

#### AUTORES/AUTHORS:

Jordi Galimany Masclans, Joan M<sup>a</sup> Estrada Masllorens, Sandra Cabrera Jaime, Raúl Sanchez Agredano, M<sup>a</sup> Rosa Girbau García

#### TÍTULO/TITLE:

Historia clínica electrónica de atención primaria de salud: valoración de las enfermeras.

#### Objetivos

- Analizar la percepción de la enfermera sobre la utilidad de la HCE en la atención primaria de salud de Cataluña durante el año 2010.
- Valorar si la HCE se percibe como facilitadora de la coordinación y el conocimiento de la trayectoria asistencial del paciente.
- Analizar la percepción de la enfermera en cuanto a la adecuación de la HCE para el registro de los cuidados que ésta presta al paciente en la APS.
- Analizar la percepción de la enfermera en cuanto a la usabilidad de la HCE.
- Estudiar la relación entre la continuidad asistencial, el registro de los datos y la usabilidad y la edad, el sexo, la experiencia, la formación y los tipos de dispositivo.

#### Método

Estudio observacional transversal cuantitativo. Se estudian tres aspectos clave relacionados con la HCE: la continuidad asistencial, el registro de los datos y la usabilidad para analizar la utilidad de dicha herramienta percibida por las enfermeras de APS. Las variables del estudio son la edad, el sexo, el tiempo trabajando con la HCE y la formación recibida por las enfermeras, la continuidad asistencial, el registro de los datos y la usabilidad. Se estudian tres tipos diferentes de dispositivo de HCE: ECAP, OMI-AP y GO-WIN.

#### Resultados

El dispositivo más utilizado en la APS en Catalunya es el E-CAP, seguido del OMI-AP y del GO-WIN que solo utiliza un proveedor de salud. La mayoría de participantes en el estudio son mujeres con una edad media de 40 años. Llevan, mayoritariamente, más de 1 año trabajando con la HCE y han recibido formación específica para utilizar la HCE el 70 por ciento de ellas, siendo las enfermeras que utilizan el ECAP las que más formación declaran haber recibido. La edad, el sexo y la formación recibida por los participantes no condicionan su valoración respecto a la HCE. De las tres variables planteadas, las enfermeras perciben que la HCE contribuye positivamente a la continuidad asistencial porque permite conocer la trayectoria asistencial del paciente mientras que se muestran indiferentes respecto al registro de los datos y a su usabilidad. Las enfermeras con más tiempo trabajando con la HCE manifiestan peor percepción de utilidad de ésta en las tres variables estudiadas, siendo el registro de los datos la dimensión en la que esto es más evidente.

#### Discusión (Incluido Implicaciones en la práctica clínica)

La HCE facilita la coordinación, el conocimiento de la trayectoria asistencial del paciente y aporta continuidad asistencial. La adecuación del registro de los cuidados en la HCE es la dimensión peor valorada por las enfermeras, cuanto más tiempo llevan trabajando con el dispositivo de HCE peor la valoran. La percepción de la enfermera en cuanto a la usabilidad de la HCE es de indiferencia. Respecto a la aplicabilidad del estudio, los resultados pueden orientarnos sobre la incorporación y uso de la HCE en la asistencia. La indiferencia en la percepción de la enfermera respecto a la usabilidad o al registro de los datos puede indicarnos la necesidad de aplicar medidas que impliquen a las enfermeras en el diseño de HCEs, consiguiendo que los datos que se deben introducir en la HCE traduzcan mejor la actividad enfermera y las necesidades de los pacientes.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Galimany J, Garrido E, Girbau MR, Lluch T, Fabrellas N. New technologies and nursing: Use and perception of primary healthcare nurses about electronic health record in Catalonia, Spain. *Telemed J E Health*. 2011 Oct; 17(8):635-9.
- Galimany J, Garrido E, Estrada J, Girbau RM. La formación de los profesionales de la salud en un contexto asistencial con uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). *Educación Médica*. 2013; 16 (3): 127-130
- Galimany J, Guanyabens J. Las tecnologías de la información y la comunicación en salud. En: *Atención familiar y salud comunitaria*.

Conceptos y materiales para docentes. 1ª ed. Barcelona: ElSevier; 2011. p. 251-260.

Lluch M. Healthcare professionals' organisational barriers to health information technologies-a literature review. *Int J Med Inform.* 2011 Dec;80(12):849-62.

Roman-Vinas R. Factors of success in the implementation of the technologies of the information and the communication in the health systems. The human factor. *Med Clin (Barc).* 2010 Feb;134 Suppl 1:39-44.

Hart MD. Informatics competency and development within the US nursing population workforce: A systematic literature review. *Comput Inform Nurs.* 2008 Nov-Dec;26(6):320,9; quiz 330-1.

Ketikidis P, Dimitrovski T, Lazuras L, Bath PA. Acceptance of health information technology in health professionals: An application of the revised technology acceptance model. *Health Informatics J.* 2012 Jun;18(2):124-34.

McCartney PR. Leadership in nursing informatics. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2004 May-Jun;33(3):371-80.

Van der Meijden MJ, Tange H, Troost J, Hasman A. Development and implementation of an EPR: How to encourage the user. *Int J Med Inform.* 2001 Dec;64(2-3):173-85.

Adam P, Permanyer-Miralda G, Sola-Morales O, Canela-Soler J. Information, knowledge and healthcare practice: Professionals participation as the key element of the gear. *Med Clin (Barc).* 2010 Feb;134 Suppl 1:10-5.

Schön D. La formación de profesionales reflexivos: Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Paidós; 1992.

Shrager FE. Revamping end-user training. *Plast Surg Nurs.* 2010 Apr-Jun;30(2):100-2.

**AUTORES/AUTHORS:**

Blanca Fernández-Lasquetty Blanc, Gloria Lorente Granados, Apolonio Castillo Calcerrada

**TÍTULO/TITLE:**

DESARROLLO DE COMPETENCIAS TIC EN ENFERMERAS GESTORAS ESPAÑOLAS

**Objetivo**

Determinar el nivel de desarrollo de las competencias TIC de las enfermeras gestoras españolas según la propuesta de Choque Larrauri, para un desempeño eficiente de su trabajo en la Sociedad Red.

**Material y método**

Estudio descriptivo, transversal.

Se estudiaron dos grupos de población, el grupo 1 formado por las enfermeras asistentes a las 24 Jornadas Nacionales de Enfermeras Gestoras y Supervisores de Enfermería (ANDE) y el grupo 2 por enfermeras gestoras de Castilla-La Mancha.

Para la recogida de datos se diseñó un cuestionario en base a la propuesta realizada por Choque Larrauri sobre las nuevas competencias TIC en el personal de los servicios de salud.

El periodo de estudio fue de Junio a Octubre de 2013.

Se midieron 5 tipos de competencias (C) con diferentes ítems: c1 "uso eficiente de las TICs", c2 "acceso a la información y el conocimiento", c3 "gestión de la información y el conocimiento", c 4 "generación de conocimiento" y c5 "difusión del conocimiento".

Para la evaluación del nivel de desarrollo de los diferentes ítems de cada una de las competencias TIC, se propuso una escala de cuatro puntos: nada, poco, bastante, mucho.

El grado de competencia se estimó como el porcentaje de ítems con una respuesta bastante/mucho.

Se utilizó el SPSS 18.0, realizando un análisis descriptivo mediante medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y con frecuencias absolutas y relativas para las cualitativas. Los contrastes entre los grupos se hicieron mediante la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis.

**Resultados**

Se recogieron 100 cuestionarios del grupo 1 y 49 del grupo 2, ambos homogéneos en cuanto a sexo, edad y puesto de trabajo.

Los encuestados de ambos grupos mostraron un mayor grado de competencia en el "Acceso a la información y el conocimiento" así como en la "Gestión de información y conocimiento", mostrando un manejo más inadecuado en la "Difusión del conocimiento" de la que no dominaron satisfactoriamente la mitad de los ítems de ésta competencia. Los resultados fueron más favorables en todas las competencias en el grupo 1 frente al grupo 2 (Gráfico 1 y 2).

La mediana de cada una de las competencias presentó una gran heterogeneidad en cada una de las competencias.

En ambos grupos, los encuestados con labores de investigación y docencia tendieron a tener un mayor grado de adecuación de las competencias TIC, que los que desempeñaban puestos de gestión o asistenciales. Los directivos tenían un manejo más adecuado de las TIC, que los supervisores o las enfermeras asistenciales (Tabla 1 y 2).

En el grupo 1, se observó una correlación negativa y estadísticamente significativa de la edad con las competencias 1 a 3, sin embargo en el grupo 2 se observa una correlación positiva pero estadísticamente no significativa.

**Discusión**

Las enfermera vinculadas a ANDE tienen un nivel de competencia de manejo de las TIC muy superior al de las enfermeras gestoras sin esa vinculación.

En general las enfermeras gestoras tienen un grado de competencia adecuado pero mejorable es aspectos como la generación y difusión del conocimiento.

Implicaciones para la práctica

A partir de este estudio se pueden diseñar los planes de formación continuada en TICs de forma más eficiente al dirigirlos principalmente a aquellas competencias menos desarrolladas y adaptados al perfil de cada enfermera.

### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Peiró JM. Las competencias en la Sociedad de la Información: nuevos modelos formativos. Centro virtual Cervantes; n.d.
2. Telefónica F. La Sociedad de la Información en España 2013. Madrid: Telefónica; 2014.
3. Choque Larrauri R. Las nuevas competencias TIC en el personal de los servicios de salud. Revista de Comunicación y Salud. 2011; 1(2): p. 47-60.

**AUTORES/AUTHORS:**

Lorena Acea López

**TÍTULO/TITLE:**

Intervención psicoeducativa audiovisual en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos.

**1.- Introducción**

La esquizofrenia es una enfermedad grave y crónica que se caracteriza por la falta de conciencia de enfermedad y el cumplimiento deficiente con el tratamiento (1).

Este desarrollo de alto nivel científico choca con pacientes que no quieren tomar los medicamentos, que en determinados casos no tengan una supervisión de su correcta administración, que los profesionales desconozcan el nivel de cumplimiento de sus pacientes, se pierde la continuidad asistencial, se producen ausencias de las citas, abandonos de las terapias, cambios de recursos, etc. (2)(3). Esto provocará en innumerables casos el fracaso terapéutico, la reagudización de la enfermedad y la frustración de las medidas rehabilitadoras (4).

Hasta un 50% de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia no cumplen el tratamiento adecuadamente (4)

La adherencia terapéutica comprende aspectos higiénico-sanitarios (seguir una dieta, realizar ejercicios físicos regularmente, evitar el estrés, regular el consumo de alcohol) el cumplir con las prescripciones de cuidados, la participación activa en las psicoterapias y la toma de la medicación prescrita (5).

Aprovechando los avances tecnológicos, y que tiene como ventaja que consiguen llegar de una manera más clara y más objetiva. Se propone un video explicativo para mejorar la adherencia terapéutica y la adquisición de hábitos de vida saludables.

**2.- Objetivos:**

Objetivo principal: Demostrar que la intervención psicoeducativa audiovisual mejora la adherencia terapéutica.

Objetivo secundario: Mejorar la satisfacción con los servicios de salud mental.

**3.- Método**

Estudio cuasiexperimental realizado en las Unidades de Salud Mental del Centro de Especialidades del Ventorrillo y del Abente y Lago, Hospital de día de psiquiatría del Hospital Marítimo de Oza, pertenecientes al Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña y la Asociación para Enfermos Mentales (APEM) de A Coruña. Participan 42 usuarios con el diagnóstico de Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos (según DSM IV-TR, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta revisión). Permiten determinar una mejoría de  $1,25 \pm 2,5$  puntos en la escala MARS (adherencia terapéutica), tras la intervención con un 80% de poder estadístico y un 95% de seguridad.

El vídeo expone los beneficios que me aporta la toma de medicación y la importancia de adquirir hábitos de vida saludables.

Se les facilita el cuestionario Medication Adherence Rating Scale, MARS, para la psicosis pre y post proyección del vídeo psicoeducativo y un cuestionario de satisfacción con la Intervención psicoeducativa.

**4.- Resultados**

La muestra final fue de 42 usuarios, de los cuales 26 (61,9%) son hombres y 16(38,1%) son mujeres ( $p=0,049$ ). La edad media  $\pm$  desviación típica fue de  $44,78 \pm 11,52$ .

El 88,46% de los hombres y el 75% de las mujeres presentaban una buena adherencia terapéutica al iniciar el estudio en la escala MARS (media  $\pm$  desviación típica de los pacientes:  $7,42 \pm 2,10$ ).

Tras la intervención psicoeducativa audiovisual (media  $\pm$  desviación típica de de los pacientes:  $7,47 \pm 2,01$ ), en el caso de hombres, el 11,5% mejoró 2 puntos en la escala MARS, el 20,9% mejoró 1 punto y el 30,8% no tuvo cambios. En el caso de mujeres, el 12,5%

mejoraron 2 puntos en la escala MARS, 18,8% mejoró 1 punto y 43,8% no tuvo cambios ( $p=0,707$ )

En la encuesta de satisfacción no se encontraron diferencias significativas en cuanto a sexo ( $p=0,749$ ), el 59,5% de los pacientes calificaron la intervención psicoeducativa audiovisual de muy útil, el 38,1% como útil y el 2,4% como poco útil. El 83,3% de los usuarios calificaron que el video podría servirle de utilidad, el 7,1% creía que no y el 9,5% no sabían.

El 71,4% de los usuarios está satisfecho con las consultas de enfermería, psiquiatría y psicología.

#### 5.- Discusión

El video psicoeducativo utilizado ha sido recibido satisfactoriamente por los sujetos estudiados, calificándolo en su mayoría como de utilidad en su vida.

La adherencia terapéutica sigue siendo el objetivo estrella a alcanzar con estos usuarios, obteniendo una mejoría relativa en el test.

Apenas contamos con estudios sobre el cumplimiento terapéutico e intervención enfermera y en muchas ocasiones se cae en el error de sobrevalorar el cumplimiento de los pacientes.

Quizás al ampliar el estudio a mayor número de usuarios se podrían obtener unos mejores resultados.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

##### 6.- Bibliografía:

- 1) Pekkala E, Merinder L. Psicoeducación para la esquizofrenia (Revisión traducida). Biblioteca Cochane Plus 2008, número 4.
- (2) Gerd- Ragna B, Gronnestad T, Lise A. Trabajo familiar y multifamiliar en la psicosis. Una guía para profesionales. Barcelona: Herder. 2009.
- (3) Granada JM, Ariño R, Benedí L, Buratas MJ, Colomer A, García ME, Gonzalez H, Horna C, Llagostera S, Martinez I, Morales AN, De Pedro B, Roda S, Rubio V, Santacruz MJ, Sanz A, Soláns A, Tomeo M. Manual de Enfermería psiquiátrica. Editorial Glosa. Barcelona. 2009.
- (4) Serrano M. Esquizofrenia y adherencia al tratamiento: factor clave en el pronóstico del paciente. Asociación Gallega de Psiquiatría. Coruña. 2007.
- (5) Sabate E. WHO. Adherence Meeting report. Génova. World Health Organisation. 2001.

**AUTORES/AUTHORS:**

Avelino Saiz Sánchez, Felisa Castañeda Marcano, Beatriz Vaquero Calleja

**TÍTULO/TITLE:**

Procesos Agudos Autolimitados; Consulta de Enfermería de Alta Resolución en Atención Primaria. Estudio Descriptivo

Definimos proceso agudo autolimitado como aquel problema real o potencial de salud que por su etiología o desarrollo no precisa de tratamiento.

Con esta manifestación damos por entendido que dichos procesos son resueltos de forma espontánea y no precisan de atención sanitaria.

Sin embargo en el contexto social por el que atravesamos, la sociedad ha aumentado las demandas de los profesionales sanitarios. El aumento de la esperanza de vida, la aparición de pacientes con una alta comorbilidad dependientes del sistema sanitario, la creciente medicalización de la vida, los problemas asociados a la crisis económica (aumento de las tasas de desempleo, reducción de horarios en los centros de atención primaria, reducciones de las plantillas, auto cobertura) han hecho que aparezca un tipo de consulta de demanda urgente indemorable que en la práctica totalidad de los casos son asumidas por el personal médico de AP, provocando una saturación de las agendas de dichos profesionales y generando una lista de espera aún mayor.

Paralelamente las consultas de Enfermería atienden a un número limitado de pacientes, en consultas de carácter programado dirigidas a un grupo de población concreto; normalmente el paciente crónico diagnosticado de Hipertensión, Diabetes, Obesidad. El resto del tiempo, la Enfermería, realiza actividades de forma programada (curas, vacunas, inyectables, consultas de pacientes anticoagulados –TAO-, Programa de Reducción de daños etc.)

Los profesionales de Enfermería, como miembros del equipo multidisciplinar y oferentes de salud, debemos adaptarnos a dichas particularidades, adaptando nuestro trabajo diario a la realidad en la que vivimos.

**Objetivos**

Evaluar la implementación del protocolo Procesos Agudos Autolimitados en el contexto de la Consulta de Enfermería de Alta Resolución en Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud.

Demostrar la capacidad de los profesionales de enfermería en la resolución de la visita espontánea, conocer las demandas más frecuentes y en que campos de actuación es más resolutive y coste-eficiente.

**Método**

Estudio observacional transversal, durante los primeros seis meses de implantación de los protocolos en la consulta. En la consulta de enfermería de alta resolución, una enfermera de atención primaria atiende a pacientes adultos ( $\geq 16$  años) que solicitan visita espontánea para solucionar un problema agudo autolimitado. Se utilizan protocolos de cuidados de enfermería integrados en el programa OMI-AP, validados por la Gerencia de Atención Primaria utilizando la terminología NANDA-NIC-NOC y la valoración del paciente basada en los patrones funcionales de Gordon. Se tipificaron 6 procesos agudos autolimitados; anticoncepción hormonal de emergencia, catarro de vías altas, molestias urinarias, heridas, dolor mecánico lumbar, síntomas respiratorios de vías altas y diarrea aguda. Se analizan resultados de seis meses de consulta.

Se adecua la agenda del profesional de enfermería al tipo de consulta de demanda espontánea, abriendo la agenda del profesional a la citación telefónica y web cinco horas al día en tramos horarios de 8 minutos.

El análisis se circunscribe a un cupo de una zona básica de salud y los protocolos son llevados a cabo por un enfermero de forma experimental, previamente formado en evaluación, diagnóstico y tratamiento.

**Resultados**

Desde Enero a Mayo de 2014 se realizaron 47 protocolos de procesos agudos autolimitados en el contexto de la consulta de enfermería de alta resolución. Mujeres: (57,3%); hombres (42.7%); edad:  $69,32 \pm 18,25$  años). Origen: Demanda Espontanea



(80,9%), Derivación médica (19,1%); Destino: domicilio (91,6%), Médico de Familia (6.3%), Urgencias Hospitalarias (2.1%).  
 Tipología más frecuente: Heridas (32.3%); catarro de vías altas (21.2%); molestias urinarias (19.1%); síntomas respiratorios de vías altas (16.9%); diarrea aguda (6.3%); dolor mecánico lumbar (4.2%), y anticoncepción hormonal de emergencia (0 %). Precisan de Prescripción Farmacológica (25%). Precisan de nueva consulta: 2.1%

#### Conclusiones

La implementación de los protocolos de procesos agudos autolimitados ayuda en la resolución de los mismos y ofrece seguridad clínica y jurídica al profesional de enfermería.

Se requiere experiencia en práctica avanzada de enfermería, anamnesis y exploración del paciente y valoración de enfermería según los patrones funcionales de Gordon. Aplicar la evidencia científica enfermera; manejo de terminología NANDA NIC NOC.

Se precisa de colaboración del equipo multidisciplinar, e implicación del mismo para evitar resistencias por parte de otros profesionales del equipo.

Se necesita una regulación del proceso de prescripción enfermera para culminar con éxito este tipo de experiencias, a pesar de que las intervenciones de enfermería propuestas solucionan la mayor parte de los problemas de salud agudos consultados.

Se debe modificar la organización de la consulta; tanto de la agenda del profesional como del desarrollo de la misma; eliminar las agendas por actos y establecer la consulta de demanda durante más franjas horarias al día.

La ejecución de este tipo de protocolos es coste-eficiente para el Servicio de Salud.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Pan American Health Organization. [Internet]. Declaración de Alma Ata. Available from: [http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm) Accessed 5/12/2013. 2013
2. Ley general de Sanidad. 14/1986 de 25 de Abril. BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986, páginas 15207 a 15224.
3. García Arraras, I. La Consulta de Enfermería de Alta Resolución en la gestión de la demanda indomable en atención primaria [TFG] Euskal Herriko unibertsitatea / Universidad del País Vasco. 2013.
4. Ruiz Téllez, A. Concepto y Metodología en Atención Primaria, Proyecto ISIS Manager. Available from :<http://www.cymap.es/>. Accessed 9/12/2013. 2013
5. Vaquero, L. Medicina rural en el siglo XXI. Available from: <http://www.smacor.com/Medicina%20rural%20en%20el%20siglo%20XXI.pdf> Accessed 12/12/2013. 2013
6. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ* 2002; 324: 819-823.
7. Pascual M. et al. Evaluación de la eficacia de enfermería en la resolución de las consultas
8. Grandes, G, Arce V, Arieteleanizbeaskoa, M. "La investigación al alcance de los profesionales de Osakidetza: Programa de Investigación en Atención Primaria de Salud." Atención Primaria (2013).
9. De la Fuente-Rodríguez, A. et al. "Servicio de urgencias de atención primaria. Estudio de calidad percibida y satisfacción de los usuarios de la -zona básica de salud Altamira." *Revista de calidad asistencial* 24.3 (2009): 109-114.
10. Kidd, Pamela Stinson, and Kathleen Dorman Wagner. *Enfermería clínica avanzada: atención a pacientes agudos*. Síntesis, 1997.
11. García, P. et al. "Enfermería de práctica avanzada: historia y definición." *Enfermería clínica* 12.6 (2002): 286-289.
12. Galao Malo, R. "Enfermería de Práctica Avanzada en España: Ahora es el momento." *Index de Enfermería* 18.4 (2009): 221-223.
13. Regidor, E. "Sistemas de Información Sanitaria en la Planificación." *Rev San Hig Pub* 65.1 (1991): 9-16.
14. Brugués, A. et al. "Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de atención primaria mediante una guía de intervenciones de enfermería." *Atención primaria* 40.8 (2008): 387-391.

**AUTORES/AUTHORS:**

Manuela Martins, Julia Martinho, José Carlos Carvalho, Ilda Fernandes

**TÍTULO/TITLE:**

Desarrollo y validación de una escala para la evaluación de la atención a la familia en hospital

Objetivo: Presentar el proceso de construcción, validación y fiabilidad de una escala de evaluación de atención a la familia en hospital en Portugal.

Métodos: Los ítems de la escala se formularan a partir de la revisión de la literatura y de los indicadores de consulta hace las enfermeras que iban en los cursos de capacitación en servicio en temáticas de familia. La falta de instrumentos para medir la atención hace la familia en hospital llevó al desarrollo y preparación de esta escala.

Inicialmente fueron creados 55 ítems por los profesores y las enfermeras que asistieron a la capacitación en servicio en temáticas de familia con base en literatura y en la experiencia. Los 55 ítems fueron estandarizados utilizando una escala Likert, 5 afirmaciones (1-muy en desacuerdo a 5- muy de acuerdo). Después fueron sometidos a proceso de validación semántica y estadística.

Los datos fueron recogidos entre 2012-2014 en una muestra probabilística de conveniencia con 267 enfermeras que trabajaban en hospital, teniendo en cuenta los requisitos para proceder al análisis estadística inherente a la validación de la escala.

En la validación estadística, se utilizó evaluación de:

- la validez dimensional y de constructo a través de una análisis factorial exploratoria utilizando el método de análisis de componentes principales con rotación Varimax;

- la fiabilidad a través de la consistencia interna mediante el cálculo de coeficiente alfa de Cronbach evaluando tanto los ítems en la su totalidad como separados en factores.

Resultados: Se consideró una probabilidad de error de 5%. El análisis factorial reveló la existencia de 3 factores por encima de uno, que en conjunto explican la varianza del modelo en 49.29%. Se consideró como mínimas las respuestas validas, 5 veces el número de variables.

En cuanto a la comunalidad, las variables tienen un valor igual o superior a 0,3. La dimensión 1 se compuse en 13 ítems con  $\alpha$  de Cronbach=0,86, la dimensión 2 en 8 ítems con  $\alpha$  de Cronbach=0,84, dimensión 3 en 3 ítems con  $\alpha$  de Cronbach=0,86. La escala total tiene un  $\alpha$  Cronbach= 0,9 muy bueno. La validez discriminante si obtuvo a través del coeficiente de Correlación de Pearson ( $r$ ) entre los 24 ítems que componen la escala global y los diferentes factores obtenidos mediante análisis de componentes principales. Los elementos fueron correlacionados con los resultados de las dimensiones alas que pertenecen y la escala total, con una importancia  $p = 0,01$ .

Discusión: La escala mide tres áreas/dimensiones de atención "La familia en el centro de atención", "La reconstrucción de la atención de enfermería " y " Las estructuras para apoyar el desarrollo de atención" cuando se dirige la atención hace la familia en hospital.

El análisis de correlación entre las 3 dimensiones apoya esta conclusión porque demuestra que las correlaciones entre todas dimensiones y la escala total son más fuertes que las correlaciones entre las dimensiones solamente.

Implicaciones para la práctica clínica: La escala de evaluación de la atención a la familia en hospital, cumple los criterios psicométricos de validez y es una herramienta prometedora. Potencializando, así el desarrollo de estrategias de apoyo a familia que tiene uno de sus familiares internados en hospital.

Palabras clave: Enfermería de la familia; Actitud del personal de salud; Estudios de validación.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Abrahamson, K., Jill Suitor, J. & Pillemer, K. Conflict Between Nursing Home Staff and Residents' Families. *Journal of Aging and Health*. 2009; 21 (6) 895-912.
2. Angelo M, Bousso RS, Rossato LM, Damião EBC, Silveira AO, Castilho AMC, et al. Family as an analysis category and research field in nursing. *Rev Esc Enferm USP*. 2009 [cited 2009 Dez 12];43(n.esp 2):1337- 41. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/en\\_a33v43s2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/en_a33v43s2.pdf)
3. Bauer M. Collaboration and control: Nurses' constructions of the role of family in nursing home care. *Journal of Advanced Nursing*. 2006; 54 (1) 45-52.
4. Haesler E, Bauer M & Nay R. Factors associated with constructive staff-family partnerships in the care of older adults in the institutional setting. *International Journal Evidence Based Healthcare*. 2006; 4: 288–336.
5. Kaakinen JR, Gedaly-Duff V, Coehlo DP, Hanson S. *Family health care nursing: theory, practice and research*. 4th ed. Philadelphia: FA Davis; 2010
6. Majerovitz, S., Mollott, R. & Rudder, C. We're on the same side: Improving communication between nursing home and family. *Health Communication*. 2009; 24 (1) 12-20.
7. Landim SA; Batista NA; Silva GTR. Vivência clínica hospitalar: significados para enfermeiros residentes em Saúde da Família. *Rev. bras. enferm*. 2010; 63 (6):913-920
8. Pestana MH, Gageiro JN. *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS.5ª ed.* Lisboa: Edições Silabo, Lda., 2008.
9. Reichenheim M, Moraes C. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Revista de Saúde Pública*. [periódico na Internet]. 2007; [citado 2008 Nov. 23]; 41(4): [cerca de 9 p].Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rsp/nahead/6294.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/nahead/6294.pdf)
10. Szareski C, Beuter M, Brondani CM. A interação entre a família e a equipe de enfermagem no cenário hospitalar. *Ciência Cuidado e saúde* [periódico na Internet]. 2009; [citado 2010 Nov. 23]; 7(2): [cerca de 4 p].Disponível em:<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/8463/4757>
11. Szareski C, Beuter M, Brondani CM. O familiar acompanhante no cuidado ao adulto hospitalizado na visão da equipe de enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm. (Online)* 2010; 31(4):715-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v31n4/a15v31n4.pdf>
12. Wright LM, Leahey M. *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família.4ª ed.* São Paulo: Roca; 2009.

**AUTORES/AUTHORS:**

Gloria María Menéndez Riera, María González García

**TÍTULO/TITLE:**

Ansiedad y depresión en mujeres intervenidas de cáncer de mama

**1. OBJETIVOS**

- Analizar los niveles de ansiedad y depresión de las mujeres intervenidas de cáncer de mama en el Hospital Universitario Central de Asturias

**2. MÉTODOS**

Estudio descriptivo transversal. De una muestra de 49 mujeres intervenidas de cáncer de mama en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Siendo por tanto, el lugar de estudio el servicio de patología mamaria de dicho hospital; realizado durante el primer semestre del 2013

Las variables de resultados serán el nivel de ansiedad y depresión, medidas mediante el cuestionario HADS (Hospitalary Anxiety and Depression Scale). Este, consta de 14 ítems, divididos en dos subescalas, ansiedad y depresión, de 7 ítems cada una. La puntuación máxima en cada sub escala será de 21 puntos.

El diagnóstico será:

- Puntuación menor de 7: no sintomatología ansiosa/depresiva
- Puntuación entre 8 y 10: resultados dudosos
- Puntuación mayor de 11: clara sintomatología ansiosa/depresiva

También se recogen variables: sociodemográficas, antecedentes clínicos o tipo de cirugía; y unas preguntas acerca de su estado emocional.

Para la obtención de resultados se utilizó el programa estadístico SPSS 19.0.

**3. RESULTADOS**

La muestra participante es de 49 mujeres, donde el diagnóstico más frecuente es cáncer de mama, seguido de secuelas de cáncer de mama, cáncer bilateral, nódulo mamario y fibroadenoma.

El tipo de cirugía más frecuente es la tumorectomía, seguida de la mastectomía tipo Madden.

En nuestro estudio, todas las mujeres conocían su diagnóstico, y la causa de la cirugía.

Respecto a los niveles de ansiedad determinados por el cuestionario, un 40,8% no sufre ansiedad; un 10,2% presenta resultados dudosos, mientras que un 49% son sujetos con clara sintomatología ansiosa; sobre la depresión, un 53% no tiene síntomas depresivos; un 16% presenta resultados dudosos, y un 31% sí tiene sintomatología depresiva.

En la entrevista que se realiza, en el momento del diagnóstico la mayoría comentó haber sentido miedo, y un número reducido de la muestra se sintió pesimista e insegura. Otras sensaciones frecuentes fueron la angustia, la ansiedad y el desconcierto, al no saber a qué se enfrentaban exactamente.

Tras la cirugía, la mayoría se encontraban más optimistas. Aún así, algunas comentaron sentir miedo a volver a pasar por una

situación igual, tanto por la enfermedad, como por la cirugía.

Un gran número de ellas se sintieron tranquilas y esperanzadas al haber dejado atrás la enfermedad, comentando el gran apoyo familiar que habían recibido y que les había ayudado a afrontar la situación.

#### 4. DISCUSIÓN

El cáncer de mama, además de los problemas físicos que conlleva, trae asociado un componente psicológico muy importante, con consecuencias para la salud, y el estado emocional de las mujeres que lo padecen.

En cuanto al tipo de cirugía, hay diferencias en la frecuencia de cada tipo de intervenciones. Tanto en nuestro trabajo, como en otros revisados, la cirugía radical es la más frecuente, seguida de la cirugía conservadora. Menos frecuentes son otros tipos de cirugía como la profiláctica, reparadora, VAX y ampliación de márgenes.

En la literatura consultada, también se hallaron diferencias significativas en cuanto a los niveles de ansiedad y depresión entre las mujeres sometidas únicamente a mastectomía, y las sometidas a reconstrucción inmediata; ya que las mastectomizadas, presentaban niveles mayores que otro grupo de mujeres que habían sido sometidas a cirugía conservadora. De igual manera, los niveles de ansiedad y depresión, resultan más altos tras cirugías profilácticas y reparadoras, que tras cirugías conservadoras. Las puntuaciones medias en sintomatología ansiosa, fueron superiores a las obtenidas en la sub escala de depresión; datos que concuerdan con otros artículos revisados.

Algunos autores, creen que el cáncer de mama, como enfermedad crónica que es, merece una particular atención, en cuanto a los mecanismos psicológicos de ajuste, que se desencadenan en el proceso de afrontamiento de la misma. Al igual que en nuestro trabajo, estos investigadores señalan que las mujeres que ellos han estudiado experimentan pérdida de esperanza, incertidumbre y en algunos casos, preocupación por el miedo a la muerte.

En las mujeres mastectomizadas se deja entrever un mayor deterioro de la imagen corporal, en comparación con las pacientes reconstruidas.

#### - IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA:

El estudio demuestra que el cáncer de mama tiene unas consecuencias importantes sobre la salud, tanto física como mental, para las mujeres que lo padecen, por lo que sería interesante realizar algún tipo de intervención con el objetivo de mejorar el bienestar psicológico y prevenir los trastornos psicopatológicos derivados de la enfermedad.

El papel de enfermería es sumamente importante, por el enfoque integral de sus cuidados, y el apoyo que se ejerce a lo largo de la enfermedad. También es importante la realización de una valoración psicológica previa de la paciente para conocer su estado emocional antes de la cirugía.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Sociedad española de Oncología Médica. El cáncer en España [monografía en Internet]. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica; 2009 [citado 13 de mayo de 2013]. Disponible en:  
[http://fecma.vinagrero.es/documentos/EL\\_CANCER\\_EN\\_ESPA%C3%91A\\_2010.pdf](http://fecma.vinagrero.es/documentos/EL_CANCER_EN_ESPA%C3%91A_2010.pdf)
2. Asociación española contra el cáncer [sede Web]. Madrid: Asociación española contra el cáncer; 2011 [actualizada el 9 de mayo de 2013; citado 9 de mayo de 2013]. Código europeo contra el cáncer. Disponible en:  
<https://www.aecc.es/SobreElCancer/Prevencion/codigoeuropeocontraelcancer/Paginas/codigoeuropeocontraelcancer.aspx>
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. La situación del cáncer en España [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005

[citado 13 de mayo de 2013]. Disponible en:

[http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cancer-cardiopatia/CANCER/opsc\\_est2.pdf.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cancer-cardiopatia/CANCER/opsc_est2.pdf.pdf)

4. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia en cáncer del Sistema Nacional de Salud [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [citado 13 de mayo de 2013]. Disponible en:

<http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ActualizacionEstrategiaCancer.pdf>

5. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia en cáncer del Sistema Nacional de Salud [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [citado 13 de mayo de 2013]. Disponible en:

<http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ActualizacionEstrategiaCancer.pdf>

6. Asociación española contra el cáncer [sede Web]. Madrid: 2012 [actualizada el 9 de mayo de 2013; citado 9 de mayo de 2013]. Incidencia de cáncer de mama. Disponible en:

<https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/incidencia.aspx>

7. Morales Olivera JM, Rodríguez Segura A, Sosa Jurado F, Ruiz Eng R. Determinación del impacto psicológico de la reconstrucción mamaria inmediata en pacientes postmastectomía por cáncer de mama. *Cir Plast.* 2010; 20 (2): 73-7.

8. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983; 87: 361-70.

9. Miguel Morató, M. Análisis de la valoración psicológica mediante la Hospital Anxiety and Depression Scale en pacientes operadas de cáncer de mama. *Enferm Clin.* 2006; 16 (3): 144-7.

10. Olivares ME, Martín MD, Román JM, Moreno A. Valoración biopsicosocial en pacientes con patología mamaria oncológica quirúrgica. *Psicooncología.* 2010; 7 (1): 81-97.

**AUTORES/AUTHORS:**

Francisca Baena Antequera, Estefanía Jurado García, Cecilia Ruíz Ferrón

**TÍTULO/TITLE:**

Satisfacción de las mujeres sobre la atención recibida durante el proceso de parto y puerperio inmediato en el Hospital

**Objetivos:**

Objetivo general: Describir el nivel de satisfacción de las mujeres que acuden al Hospital Comarcal de referencia.

Objetivos específicos: 1. Evaluar cuatro dimensiones de satisfacción durante el proceso de hospitalización por parto y puerperio inmediato: la atención durante el parto, la atención durante la hospitalización puerperal, los cuidados del recién nacido y aspectos logísticos y de intimidad. 2. Analizar la relación entre variables sociodemográficas y del proceso de embarazo y parto con la satisfacción demostrada.

Diseño: Se realiza un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo suministrando la escala reseñada junto con un cuestionario que recoge las variables sociodemográficas de estudio. Debido al tamaño de la muestra de estudio, definimos es presente trabajo como un estudio piloto.

Las herramientas existentes ya validadas suelen estar centradas en la experiencia intraparto, además son insuficientes para acceder al ambiente del cuidado individual de las maternidades. Una excepción es la Mason Postnatal Questionnaire desarrollado en Australia para medir la satisfacción en los cuidados en el nacimiento a través de los periodos antenatales, intraparto y postparto. Consta de 131 ítems y resulta poco operativo con los actuales tiempos de estancia hospitalaria tras el parto.

Se elige como herramienta de medición la Escala COMFORTS (Care in Obstetrics: A Measure For Testing Satisfaction Scales) consta de 40 ítems cada uno con la posibilidad de valorar el nivel de satisfacción mediante una escala Likert que va desde "Muy insatisfecha" a "Muy satisfecha". La puntuación puede oscilar entre un rango de 40-200 puntos y en su validación en nuestro país se han establecido cuatro dimensiones dentro de la misma: Cuidados durante el parto, Cuidados durante el puerperio en planta, Cuidados del recién nacido y Logística e Intimidad.

Resultados: Se estudian 43 casos, La media de la puntuación obtenida en la Escala COMFORTS de forma global tiene como media 172,23(21,7) puntos, correspondiendo dentro de la escala Likert que nos sirve de referencia para la valoración de la satisfacción y los rangos de score encontrados en la bibliografía a expresión de "Muy satisfecha". Si exploramos la puntuación obtenida en cada una de las cuatro dimensiones que se incluyen en la Escala encontramos que en "El cuidado durante el periodo del parto" la media de puntuación es de 70 (62-75) volviendo a corresponder a la calificación de "Muy satisfecha". En el área de "Cuidados del puerperio en planta" la media es de 48(44-54) incluyéndose en la franja de "Satisfecha". Con respecto a "Cuidados del recién nacido", su media es de 40(39-46) que corresponde a "Satisfecha" y en el último apartado "Aspectos logísticos y derecho a la intimidad", la media es de 18(16-20) que también equivaldría a "Satisfecha". No se encuentra relación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas: nivel de formación, situación laboral, partos anteriores, finalización del parto actual, asistencia a Educación Maternal y experiencia previa en lactancia materna, con los niveles de satisfacción manifestados por la muestra de estudio.

**Discusión.**

Las puntuaciones obtenidas de forma global en la Escala COMFORTS demuestran una elevada satisfacción de las mujeres sobre la atención recibida, esto concuerda con los datos existentes procedentes de las encuestas de satisfacción del Servicio Andaluz de Salud. La media de puntuación se sitúa en 172 que según la clasificación de las puntuaciones de la Escala corresponde a "Muy satisfecha". El trabajo original en el que se valida la Escala obtiene valores similares situándose la media en 171 puntos, una de las explicaciones a este hecho la podemos encontrar también en este estudio centrada en la teoría de disonancia cognitiva que explica cómo cuando la percepción de la actuación se diferencia escasamente de las expectativas, hay una tendencia, por parte de las personas, a predisponer su percepción de forma positiva a sus expectativas.

Cuando analizamos cuatro dimensiones fundamentales en la atención al parto y el puerperio hospitalario obtenemos igualmente cuotas muy elevadas de satisfacción en cada una de ellas: cuidados durante el parto, cuidados durante el puerperio, cuidados del recién nacido y aspectos logísticos e intimidad. La dimensión mejor valorada es la correspondiente a los cuidados durante el parto calificándose de “Muy satisfecha” según la herramienta de medida, para el resto de dimensiones la etiqueta es de “Satisfecha”. No se encuentra significación estadística al relacionar las variables sociodemográficas: nivel de formación, situación laboral, partos anteriores, finalización del parto actual, asistencia a Educación Maternal y experiencia previa en lactancia materna, con los niveles de satisfacción manifestados por la muestra de estudio.

Implicaciones para la práctica clínica:

Conocer la satisfacción de las mujeres es detectar posibles áreas de mejora, este estudio está enmarcado en otro más amplio en el cual se quiere saber qué impacto tiene la instauración de talleres postparto hospitalario como una forma de mejorar y unificar la información que se le dan a las mujeres, en la satisfacción de las mismas.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Linder-Pelz, S. Social psychological determinants of patient satisfaction: A test of five hypotheses. *Social Science & Medicine*. 1982; 16, 583-9
2. Strasser S, Davis RM. Measuring patient satisfaction for improved patient services. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1991:210.
3. Serrano-del Rosal R, Biedma L. El usuario del sistema sanitario: gestor de calidad. IX Congreso de Metodología de las Ciencias Sociales y de la Salud. Granada: Libro de resúmenes, 2005:262.
4. Serrano-del Rosal R, Loriente-Arín N. La anatomía de la satisfacción del paciente. *Salud Publica Mex* 2008; 50:162-172.
5. Proceso Asistencial Integrado Embarazo, Parto y Puerperio. Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2005
6. Vivanco Montes, M.L., Solís Muñoz, M., Hernández López, A.B., Martínez Díaz, M.T., De la Flor Picado, S., Martínez Serrano, P., Análisis de la satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en un hospital público de tercer nivel de la Comunidad de Madrid. Validación y adaptación transcultural de la escala de satisfacción COMFORTS. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 2009, 1 (2): 275-299.



**Mesa de Comunicaciones 13: PCBE****Concurrent Session 13: EBP****AUTORES/AUTHORS:**

Helga E. Breimaier, Christa Lohrmann

**TÍTULO/TITLE:**

An evaluation of the process of implementing an evidence-based guideline into hospital-based nursing care.

**Objectives:** Evidence-based clinical practice guidelines (CPGs) are implemented into nursing practice with the aim of improving patient outcomes [1, 2]. However, it is still unclear which factors and strategies contribute to successfully implementing CPGs [3, 4]. The evaluation of an applied implementation process may help to identify crucial elements to cast more light on this multifactorial process. This study aims to evaluate the implementation process of a fall-prevention guideline in two departments (ophthalmic & trauma surgery) of an Austrian university teaching hospital.

**Methods:** The CPG [5] was implemented within a participatory action research approach that included all graduate and assistant nurses. Between January and July 2011, two steering groups consisting of representatives of each department determined multifaceted strategies and tailored them to the respective setting. A descriptive study to evaluate the implementation process was included in the in-between (t2: autumn 2011) and final data collection (t3: February 2012) measuring the effectiveness of the implementation strategies used. Data were collected via questionnaire (t3: n = 110, 94.8%) and semi-structured interviews (18 at t2 & t3 each). The instrument for process evaluation included Likert-scaled (1 = strongly disagree, 5 = strongly agree) subscales with regard to: characteristics of the change process (10 items), extent of work unit change (3 items), consequence of guideline implementation (4 items), individual job impact (6 items), demands-abilities (person-job) fit, values-congruence (person-organisation) fit (2 items each) [6] and supportiveness of educational meetings (1 item). Quantitative data were descriptively analysed. Qualitative data were content-analysed using a template based on the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) [7], which also served as a theoretical framework for the study.

**Results:** All in all, interviewees considered the Falls CPG to be firmly established in their daily work processes, they stated their satisfaction with the proceedings, the co-operation between all parties involved, and with the achieved results. They felt that the gains had outweighed the effort expended. Barriers (e.g. the open approach), facilitators (e.g. target-oriented action in implementing the Falls CPG) and recommendations for further implementation projects (e.g. focus on deficiencies) were identified. Participants were satisfied with the change process ( $X = 3.89$ ;  $SD = 0.73$ ;  $n = 99$ ). Their extent of work unit change neither increased nor decreased ( $X = 3.14$ ;  $SD = 1.162$ ;  $n = 106$ ). The implementation had hardly brought on any negative consequences ( $X = 1.85$ ;  $SD = 0.778$ ;  $n = 105$ ) or any negative impact on their jobs ( $X = 2.45$ ;  $SD = 1.102$ ;  $n = 101$ ). Person-job fit ( $X = 2.89$ ;  $SD = 1.02$ ;  $n = 103$ ) and person-organisation fit ( $X = 2.65$ ;  $SD = 1.016$ ;  $n = 99$ ) appeared unchanged. Education measures were regarded as helpful ( $X = 3.72$ ;  $SD = 1.04$ ,  $n = 107$ ).

**Discussion:** The process evaluation revealed that the proceeding in the change process should comply with the workflow of all involved parties. Furthermore, the intervention should not negatively impact the scope of work, individuals' jobs or the congruence of values between involved individuals and their organisation. Further research is necessary to strengthen these results.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- [1] Hart P, Eaton LA, Buckner M, Morrow BN, Barrett DT, Fraser DD, Hooks D & Sharrer RL (2008). Effectiveness of a computer-based educational program on nurses' knowledge, attitude, and skill level related to evidence-based practice. *Worldviews Evid Based Nurs*, 5:75-84.
- [2] Kirshbaum M (2008). Translation to practice: a randomised, controlled study of an evidence-based booklet for breast-care nurses in the United Kingdom. *Worldviews Evid Based Nurs*, 5:60-74.
- [3] Grol R & Ouwens M (2013). Planning of change implementation. In *Improving patient care. The implementation of change in health care*. 2nd edition. Edited by Grol R, Wensing M, Eccles M & Davis D. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd; pp. 291-303.
- [4] Grol R, Bosch M & Wensing M (2013). Development and selection of strategies for improving patient care. In *Improving patient*

care. The implementation of change in health care. 2nd edition. Edited by Grol R, Wensing M, Eccles M & Davis D. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd; pp. 167-184.

[5] Bachner D, Haas W, Semlitsch B, Schaffer S, Uhl C & Weiß R (2009). Evidence-based Leitlinie "Sturzprophylaxe für ältere und alte Menschen in Krankenhäusern und Langzeitpflegeeinrichtungen". Graz: Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft mbH.

[6] Caldwell SD, Herold DM & Fedor DB (2004). Toward an understanding of the relationships among organizational change, individual differences, and changes in person-environment fit: a cross-level study. *J Appl Psychol*, 89:868-882.

[7] Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA & Lowery JC (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice. A consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci*, 4:50, doi:10.1186/1748-5908-4-50.

**AUTORES/AUTHORS:**

Rui Pereira, Ana Guerra, Maria Cardoso, Maria Barbieri, António Carneiro

**TÍTULO/TITLE:**

Portuguese version of the Evidence-based Practice Questionnaire: One exploratory approach

**Objective:** The Evidence Based Practice Questionnaire was developed in 2006 by Upton & Upton(1) and its conception search for gather information and opinions about the use of evidence-based practices by health professionals and appropriate to carry to its validation in order to be used systematically. Its use is currently recurrent in multiple contexts and are available in addition to the original English version a Spanish version(2) obtained from a validation study carried out in 2009. Observing its construction features that denoted a high probability of application as concerning the nursing practice developed in Portugal, we elaborated the present study, whose objective is to describe the exploratory process of linguistic and cultural validation for the Portuguese context Questionnaire Clinical Effectiveness and Evidence-Based practice (QECPBE).

**Method:** The QECPBE is a self-report instrument which the original version includes 24 items assessed through a semantic differential scale organized in three dimensions. The first component evaluates the practices and uses a Likert-type scale that follows from 1 (never) to 7 (frequently) and consists of six items. In the second component, the attitudes are evaluated by the proximity position adopted for each pair of questions on a total of four items. Finally, the third component aims to assess Knowledge / Skills and Competencies through a Likert type scale ranging from 1 (worst) to 7 (best) in a sum of 14 items. We proceeded to the translation and adaptation to Portuguese context, studying the respective psychometric properties. After obtaining formal authorization to this end by the authors of the original version, we proceeded to the translation of the questionnaire in English to Portuguese using two independent translators. In the translation process the semantic equivalent of some terms have been clarified. Subsequently a panel of experts examine the conceptual equivalence of various items, obtaining a final result by consensus. Retroversion was then developed by an independent translator and analysed the concordances and differences. Finally we performed an analysis of the instrument with respect the format, appearance, visual understanding of the items and receptivity to the content. Through an accidental sampling we developed a methodological and cross-sectional study in hospital academic centre of the north of Portugal. Taking into account the nature of the instrument, were involved exclusively nurses to exercise clinical practice full time or a predominant mode over other aspects of professional practice such as management, teaching or research. All permits that allowed the preparation of the study, were assured: Clinical Direction, Nursing Ethics Committee and the Board of Directors. Were distributed 995 self-report questionnaires, 358 were returned valid. Therefore we obtained a response rate of 36.0%. Subjects (n = 358) volunteered to participate in the study and the valid sending of the completed questionnaire was considered informed consent for it. Data collection occurred between December 2013 and March 2014.

For the statistical treatment of the data we used SPSS version 22.0 there was recourse to parametric multivariate statistics. The fidelity of the subscales was assessed by Cronbach's alpha coefficient, which provides a measure of internal consistency of the scale. Exploratory factor analysis was effected through the Principal Component Analysis, using the orthogonal rotation according to the Varimax method. The adequacy of the data for this analysis was verified using the criteria of Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) and Bartlett's test. In confirmation of the number of factors the following criteria(3) were followed: (i) eigenvalues > 1; (ii) exclusion of the factorial loads < 0.40; (iii) each factor should explain at least 5% of the variance; (iv) application of the principles of discontinuity.

**Results:** The majority of participants (n = 358) in the study were female (78.0%) and the predominant age group was 30-39 years (48.0%), A total of 49% have completed his graduate education in nursing (degree) less than four years (year of graduation >= 2011). As the instrument composed of 24 items in total assessment, assuming in each seven possible answers, we obtained a number of participants who completely fills the requirements sample size, fulfilling criteria(4) power and reliability. The original version(1) of the QECPBE has 24 items and three subscales: Practices (a = 0.85); Attitudes (a = 0.79); Knowledge / Skills

Competencies ( $\alpha = 0.91$ ) and has an overall internal consistency  $\alpha = 0.87$ . The principal components analysis performed by us suggests five dimensions that explain 65.78% of the total variance with a Cronbach's alpha of 0.84. However, forcing in to three dimensions, in line with the proposals of the authors of the original questionnaire and rejecting an item (P7) for presenting an anomalous behaviour of overlap in parts 1 and 2, we obtain a final alpha value Cronbach of 0.74 being explained in this case 55.86% of the total variance. In this refinement, after the principal components analysis, we obtained the following values Cronbach's alpha for each of the dimensions: Practices ( $\alpha = 0.74$ ); Attitudes ( $\alpha = 0.75$ ); Knowledge / Skills and Competencies ( $\alpha = 0.95$ ).

Discussion: Given the actual outcomes, the Portuguese version of QCEPBE presents empirical evidence for its use, being however necessary to exercise further refinement of the analysis specifically through confirmatory factor analysis. Observing studies(5-9) on instruments and assessment of evidence-based practice the QCEPBE presents some limitations regarding the dimensions contemplated particularly as it relates to the knowledge base on clinical practice, the change of sustained practice on evidence, facilitators for change and also skills. Similarly barriers towards evidence-based practice (EBP) are ignored despite the significant weight assuming the incorporation of effective evidence-based nursing(10), either through personal factors, professionals and academics and above all organizational. Therefore the use of QCEPBE should be complemented by other instruments also available validated for the Portuguese reality(8,11). The combined application of these allow assess methodological skills related to EBP, allowing its use among other areas as it relates to training at this level and in the implementation of programs promoting the integration of evidence in care. On the other hand the use of these instruments may help to trace a profile of the professionals who will be required to take decisions(12) and these should always be based on the best available scientific knowledge. The satisfactory results of this exploratory process validation reinforce the importance of it should now be the subject of further clarification and analysis to test the model suggested by the exploratory factor analysis.

### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Upton D, Upton P. Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *J Adv Nursing*. 2006 Feb;54(4):454–58.
2. Gómez JP, Morales-Asencio JM, Abad AS, Veny MB, Roman MJR, Ronda FM. Validación de la versión española del cuestionario sobre la práctica basada en la evidencia en enfermeira. *Rev Esp Salud Pública*. 2009 Jul-Ago;(83):577-86.
3. Goetz C, Coste J, Lemetayer F, Rat AC, Montel S, Recchia S et al. Item reduction based on rigorous methodological guidelines is necessary to maintain validity when shortening composite measurements. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2013 Jul;(66):710-18.
4. Bonett D. Sample Size Requirements for Testing and Estimating Coefficient Alpha. *J Educ Behav Stat*. 2002 May;(27):335-40.
5. Brown C, Wickline MA, Ecoff L, Glaser D. Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an Academic Medical Center. *Journal of Advanced Nursing*. 2009 Feb;65(2):371-81.
6. Casbas TM, Gallego CF, María EG, Miguel, AG. Barreras para la utilización de la investigación: estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. *Enfermería Clínica*. 2010 May-Jun;20(3):153-64.
7. Gerrish K, Ashworth P, Lacey A, Bailey J, Cooke J, Kendall S, McNeilly E. Factors influencing the development of evidence-based practice: a research tool. *J Adv Nursing*. 2007 Oct;57(3):328–38.
8. Pereira R; Cardoso M, Martins M. Validation of the Portuguese Version of the Attitudes to Evidence-Based Practice Questionnaire: An exploratory approach. *Revista Paraninfo Digital [Serial on the Internet]* 2013 [cited 2014 Jul 26];7(19). Available from: <http://www.index-f.com/para/n19/160d.php>.Barriers.
9. Kajermo KN, Boström A-M, Thompson DS, Hutchinson AM, Estabrooks CA, Walli L. The BARRIERS scale – the barriers to research utilization scale: a systematic review. *Implementation Science*. 2010 Apr;5(1):32-54.
10. Pereira R; Cardoso M, Martins M. Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*. 2012 Jul;3(7):55-62.
11. Vilelas J, Basto ML. Validação para a Língua Portuguesa da Escala de Funk et. Al – “Barreiras à Utilização da Investigação”. *Pensar Enfermagem*. 2011;15(1):25-38.

12. Jesus EH. Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica de enfermagem. Coimbra: Formasau; 2006.

**AUTORES/AUTHORS:**

Joan Carles Casas Baroy, Azucena Pedraz Marcos, Jaume Miquel March Amengual, Carmen Ferré Grau, M<sup>a</sup>Glòria Ferrer Domenech, Agustí Comella Cayuela, Estanislau Iglesias Porta

**TÍTULO/TITLE:**

Uso de la práctica basada en la evidencia en las enfermeras y enfermeros de la comarca de Osona (Barcelona)

**Resumen****Introducción:**

La falta de utilización de los resultados provenientes de la investigación por parte de los profesionales sanitarios, es una realidad actual en el contexto sanitario ("OMS | Traslación del conocimiento," n.d.). Los resultados de investigación constituyen la base principal de la evidencia científica y a la vez, constituye una de las bases para la toma de decisiones en los cuidados enfermeros.. La Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE), se ha definido como el proceso de hallar, evaluar y utilizar de forma sistemática los resultados de la investigación contemporánea como base para la toma de decisiones clínicas. También se define como una manera de proporcionar atención en salud que se rige por una cuidadosa integración del mejor conocimiento científico disponible con la experiencia clínica. Este enfoque permite al clínico evaluar críticamente los datos de la investigación, las guías clínicas, y otros recursos de información con el objeto de identificar correctamente el problema clínico, aplicar la intervención de más alta calidad, y re-evaluar el resultado para mejoras en el futuro(BVS Biblioteca Virtual de Salud, 2014).

Son diversos los autores que afirman que en enfermería existen resultados de investigación importantes y que se utilizan muy poco en la práctica (Currey, 2007) (Polit & Hungler, 2000). La enfermería basada en evidencias (EBE) se define como la búsqueda sistemática de una respuesta basada en la investigación, útil y pertinente para la práctica de las enfermeras, pero que considera un enfoque reflexivo e interpretativo que es el que permite hacer uso de los hallazgos de la investigación en la realidad particular de la enfermera. (Gálvez Toro A, Román Cereto M, Ruiz Román MJ, Heierle Valero C, Morales Asencio JM, Gonzalo E, 2003)

Para poder utilizar los resultados provenientes de la investigación es necesario en primer lugar acceder al conocimiento, analizarlo y sintetizarlo para ser utilizado en un contexto particular. El desarrollo en competencias informacionales es un paradigma reciente en la formación enfermera y en estos momentos ya se han incorporado en los estudios de grado(CRUE-REBIUN, 2009), pero la cuestión es pensar en los profesionales que están en la asistencia y en incorporar este tema en la formación continua. En el contexto español se realizó el estudio "Actitudes de los profesionales de enfermería respecto a la investigación y barreras para el uso de sus resultados en la práctica" en el que se identifican como barreras lo siguiente; un 45% creen que los médicos no colaboran con la implantación, un 44,6% de las enfermeras desconocen las investigaciones, un 51,6% creen que los resultados no son generalizables en su entorno y que no existe el tiempo suficiente en el horario laboral para implantar ideas nuevas. Otro tipo de barreras están relacionadas con la falta de costumbre a implementar resultados de investigación, falta de motivación para investigar, falta de apoyo institucional, horarios y conocimientos insuficientes sobre investigación. Referente a las actitudes que faciliten la investigación, la mayoría de profesionales están convencidas que es necesario desarrollar los cuidados de enfermería a través de la investigación, que es necesario disponer de conocimientos científicos, que es importante la práctica clínica, que la investigación sobre cuidados implica a diferentes profesionales y que es difícil aplicar los resultados de investigación en el contexto de la práctica diaria.

(Moreno-Casbas, Fuentelsaz-Gallego, González-María, & Gil de Miguel, 2010)

Existe abundante literatura sobre el conocimiento de las barreras, pero la literatura es muy escasa sobre el diseño de intervenciones educativas y de formación continua en enfermería por lo que respecta al desarrollo de las competencias informacionales.

Es importante conocer las premisas en nuestro contexto, un entorno comarcal, para fundamentar un programa de formación continua para el desarrollo de las competencias informacionales y la incorporación de la evidencia científica en la práctica de los cuidados enfermeros.

**Objetivo:** Conocer el uso de la práctica basada en la evidencia (PBE) de las enfermeras/os que trabajan en la comarca de Osona (Barcelona) considerando la práctica, las actitudes y los conocimientos y habilidades. **Métodos:** Diseño de estudio observacional, descriptivo y transversal. El ámbito de estudio es la comarca de Osona (Barcelona) y la población de estudio son las enfermeras/os que trabajan en servicios sanitarios y sociales, que se estima en 775. Para la recogida de datos se ha diseñado un cuestionario on-line que incluye variables: socio-demográficas, laborales, académicas, de opinión sobre conocimiento científico y por último, el cuestionario de efectividad clínica y práctica basada en la evidencia CPBE-19 validado al español. **Resultados:** El número de encuestas contestadas ha sido de 170. El 85% son mujeres y el 15% hombres. La media de edad es de 43,16 años (IC95%: 41,7-44,6), el 64% conviven con pareja e hijos, la media del número de hijos a cargo es de 1,3 hijos (IC95%: 1,14-1,45) y el número de personas dependientes a cuidar es de 0,57 (IC95%: 0,42-0,72), no existiendo diferencias estadísticas en ninguna de las variables si comparamos los resultados por sexo. Por lo que respecta al grado de estudios, el 71% son diplomados o graduados, el 24% han obtenido el título de máster o de especialidad, el 3% doctor y el 2% ATS. La experiencia laboral en enfermería es de 18,4 años (IC95%: 16,9-19,8). El 81% trabaja en el ámbito asistencial, el 11% en docencia e investigación y el 8% en la gestión. A la pregunta de si se busca respuesta en los artículos científicos cuando surge una pregunta relacionada con los cuidados de un paciente, el 43% declaran que frecuentemente o siempre, 40% de forma esporádica y el 17% restante de forma excepcional o nunca, y si se siente capacitado para poder realizar búsquedas bibliográficas correctas y satisfactorias, el 24% declaran que sí, el 56% a medias y el 20% no. El 83% declaran que para tomar decisiones enfermeras en el día a día es necesario utilizar el conocimiento científico. En relación al cuestionario CPBE-19, la puntuación media, para el total de la muestra se sitúa en 80,0 puntos (IC95%: 76,8-83,2), sobre un máximo de 133 puntos posibles, lo cual representa una puntuación de 6/10. En el apartado práctica, la puntuación media del test es de 23,09 puntos (IC95%: 21,63-24,55) un 5,5/10, para el apartado actitud la media es de 18,01 puntos (IC95%: 17,61-18,42) o un 8,6/10 y para el apartado conocimientos y habilidades, la media es de 38,92 puntos (IC95%: 37,02-40,82), un 5,6/10.

**Discusión:** En relación al uso de la práctica basada en la evidencia (PBE), se aprecia una actitud excelente hacia la PBE por parte de las enfermeras y enfermeros que trabajan en los distintos entornos laborales en la comarca de Osona, caracterizada por una buena predisposición en relación a recibir de buen agrado preguntas sobre la práctica, sentir que la PBE es fundamental para la práctica profesional y manifestar buena predisposición en cambiar la práctica cuando se ha encontrado evidencias y en pensar que las decisiones que han de tomar como enfermera en el día a día, se han de basar en buena parte en el conocimiento científico. Por lo que respecta a la práctica, conocimientos y habilidades, las bajas puntuaciones sugieren la necesidad de fomentar el uso de la PBE en la práctica, a la vez que es preciso mejorar en conocimientos y habilidades. En relación a la práctica, sería necesario incidir especialmente en cómo integrar en la práctica las preguntas de investigación, el poder buscar evidencias y evaluar críticamente los documentos. En el apartado de conocimientos y habilidades, los aspectos prioritarios para la adquisición de conocimientos y habilidades se tendría que centrar en: la pregunta a partir de la necesidad informativa, cómo recuperar evidencias, conocer las principales fuentes de información, analizar críticamente las evidencias, evaluar la validez del material encontrado y en general, las habilidades para la investigación.

Los resultados evidencian que las enfermeras de nuestra comarca valoran de forma unánime la importancia fundamental de la utilización de la evidencia científica y la necesidad de innovar continuamente en la práctica asistencial, pero hemos visto que el conjunto nos identifica un vacío muy importante en la adquisición de competencias informacionales y cómo llevarlo a la práctica. Si vamos a plantear por dónde empezar para mejorar la PBE, seguramente sea a través de la formación en competencias informacionales, un aspecto necesario e imprescindible pero que no va a ser suficiente, va a ser necesaria la implicación de los centros y disponer un entorno favorable para su buena implementación y desarrollo.

El nivel de formación es un aspecto relevante, mayor grado académico se relaciona con un uso superior de la evidencia científica. En general, las enfermeras dedicadas al ámbito asistencial y al ámbito de la gestión muestran unos niveles de uso de la evidencia inferiores a las enfermeras docentes e investigación, por lo que se desprende que es preciso mejorar el nivel de evidencia utilizado en

el ámbito asistencial a través de la formación, pero también en cómo crear unas condiciones que permitan aplicar los conocimientos a la práctica, y esto seguramente ya no depende tanto del profesional, si no que toma parte importante las instituciones, entre otros factores.

Desde el punto de vista de las nuevas tecnologías, el uso de la encuesta on-line nos ha mostrado sus limitaciones y que a pesar de los grandes esfuerzos y tiempo invertidos para su difusión, es por el momento un método que limita la participación. Los cálculos estimativos muestran que la participación ha sido de un 25% del total de enfermeras que trabajan en la comarca, así es que los resultados deben interpretarse en relación a una muestra de enfermeras que probablemente son las más motivadas en relación al tema y las más habilidosas en cuestiones informáticas y el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y por tanto, los resultados podrían estar ligeramente sesgados en sentido positivo. Este sesgo comportaría que los datos muestren un nivel de uso de la PBE superior a los reales en la población de enfermeras de la comarca. Por otro lado debemos considerar que las características socio-demográficas y laborales analizadas, muestran un perfil sobre los encuestados en el que se recoge la diversidad en la edad, sexo, experiencia laboral, ámbitos, áreas y turnos de trabajo y en este sentido observamos que se recoge en buena medida la diversidad de las características, por lo que podemos pensar en una muestra representativa. En todo caso, la implicación para la práctica clínica y la propuesta planteada, las conclusiones, continuaría siendo las mismas.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

BVS Biblioteca Virtual de Salud. (2014). DeCS - Descriptores en Ciencias de la Salud. Retrieved May 22, 2014, from <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

COIB. (2013). Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona. Retrieved May 29, 2014, from <https://www.coib.cat/Detail.aspx?tipus=noticia&idDetail=6426&idMenu=-1>

CRUE-REBIUN. (2009). Competencias informáticas e informacionales en los estudios de grado. Comisión Mixta CRUE-TIC y REBIUN. Retrieved from [http://crue-tic.uji.es/index.php?option=com\\_remository&Itemid=28&func=startdown&id=226](http://crue-tic.uji.es/index.php?option=com_remository&Itemid=28&func=startdown&id=226)

Currey, J. (2007). Nurses' Clinical Decision-Making. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(4), 226-226. doi:10.1111/j.1741-6787.2007.00102.x

De Pedro Gómez, J., Morales-Asencio, J. M., Abad, A. S., Veny, M. B., Roman, M. J. R., & Ronda, F. M. (2009). Validación de la versión española del cuestionario sobre la práctica basada en la evidencia en enfermería. *Rev.Esp.Salud Publica*, 83(4).

Encuestafacil.com. (n.d.). encuestas online - software encuesta - crea y envia cuestionarios facilmente - Encuesta Facil. 2005-2014 Encuesta Fácil, S.L. Retrieved May 29, 2014, from <http://www.encuestafacil.com/default.aspx>

Gálvez Toro A, Román Cereto M, Ruiz Román MJ, Heierle Valero C, Morales Asencio JM, Gonzalo E, R. M. (2003). Enfermería Basada en Evidencias. Aportaciones y propuestas. *Index de Enfermería*, 40-41. Retrieved from [http://www.index-f.com.biblioremot.uvic.cat/index-enfermeria/40-41revista/40-41\\_articulo\\_47-50.php](http://www.index-f.com.biblioremot.uvic.cat/index-enfermeria/40-41revista/40-41_articulo_47-50.php)

Moreno-Casbas, T., Fuentelsaz-Gallego, C., González-María, E., & Gil de Miguel, A. (2010). [Barriers to the utilization of research. A descriptive study of clinical nurses and nurses with experience as researchers]. *Enfermería Clínica*, 20(3), 153-64. doi:10.1016/j.enfcli.2010.01.005

OMS | Traslación del conocimiento. (n.d.). World Health Organization. Retrieved March 24, 2014, from [http://www.who.int/ageing/projects/knowledge\\_translation/es/](http://www.who.int/ageing/projects/knowledge_translation/es/)

Polit, D., & Hungler, B. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud*. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Retrieved from [http://scholar.google.es/scholar?hl=ca&q=investigación+científica+en+ciencias+de+la+salud"&btnG=#3](http://scholar.google.es/scholar?hl=ca&q=investigación+científica+en+ciencias+de+la+salud)



**Mesa de Comunicaciones 14: Cuidados Materno - infantiles****Concurrent Session 14: Mother and children care****AUTORES/AUTHORS:**

Paloma Martínez-Serrano, Montserrat Solis-Muñoz, Ana María Palmar-Santos, Consuelo Alvarez-Plaza, M<sup>a</sup> Paz Alarcón-Diana, Gema Del Pliego Pilo, M Leonor Vivanco-Montes, Ana M Escobar-Florez

**TÍTULO/TITLE:**

Experiencia de madres y padres en situación de muerte intraútero. Resultados preliminares

La pérdida de un hijo durante el embarazo ha pasado de ser considerada un hecho fugaz a reconocerse como uno de los eventos vitales más estresantes que un adulto puede experimentar en sociedades actuales occidentales. Se considera que los padres pueden estar en riesgo de desarrollar un trastorno por estrés postraumático y suponen un grupo de alto riesgo de duelo complicado. Objetivo Describir la experiencia de la madre y el padre en la atención recibida durante el proceso de parto en muerte intrauterina. Específicos: (1) Conocer las acciones facilitadoras y no facilitadoras percibidas por los padres en la atención en el proceso de parto en muerte intrauterina. (2) Conocer, con perspectiva de género, las necesidades de los padres en la atención recibida durante el proceso de parto en muerte intrauterina. Métodos Diseño descriptivo con abordaje cualitativo y enfoque fenomenológico. Estudio multicéntrico en el contexto del Servicio Madrileño de Salud (España). Sujetos: madres y padres que han pasado por un proceso de muerte fetal tardía hace al menos 18 meses, que den su consentimiento firmado. Muestreo intencionado. Captación desde diferentes ámbitos asistenciales. La muestra dependerá de la saturación de los discursos de las madres y padres. Se realizarán entrevistas en profundidad con las madres y los padres, que serán grabadas y transcritas literalmente, procediéndose a la codificación de los datos para diferenciar las categorías emergentes. El análisis se realizará siguiendo el método propuesto por Corbin y Strauss. Resultados Preliminarmente, se han realizado cuatro entrevistas a madres y una a un padre. Los temas abordados en las madres hacen referencia (1) Temas relacionados directamente con el proceso de duelo: sentimiento de culpa, contextualización de la pérdida, seguimiento del caso tras el alta hospitalaria, duelo silenciado; (2) Embarazo y maternidad después de la pérdida, (3) Rol de los profesionales en la atención al parto: apoyo, comunicación. La información obtenida con la entrevista realizada a un padre versa principalmente sobre la vivencia de la experiencia en un segundo plano, con grandes dificultades para asumir y verbalizar la situación. Discusión Es preciso seguir captando a madres y padres que puedan ampliar la información obtenida hasta el momento. Avanzar en el desarrollo del conocimiento en este tema nos permitirá sentar las bases para mejorar la atención a las madres y los padres que sufren una muerte intraútero. Aplicabilidad Con los resultados de esta investigación se pretende elaborar un decálogo de buenas prácticas en la atención a la muerte fetal tardía en el proceso de parto, ya que nos encontramos en la fase inicial del duelo y la actuación de los profesionales puede influir tanto negativa como positivamente en el desarrollo del proceso de duelo. Proyecto financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria PI10/1980.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Badenhorst W, Hughes P. Psychological aspects of perinatal loss. *Baillière's best pract res clin obstet gynaecol*. 2007;21(2):249-59.
- Silver RM, Varner MW, Reddy U, Goldenberg R, Pinar H, Conway D et al. Work-up of Stillbirth: a review of the evidence. *Am J Obstet Gynecol*. May 2007;196(5):433-44.
  - Gold KL, Dalton VK, Schwenk TL. Hospital Care for Parents After Perinatal Death. *ACOG* May 2007;109(5):1156-66.
  - Gold KJ, Kuznia AL, Hayward RA. How Physicians Cope with Stillbirth or Neonatal Death. *Obstetrics & gynecology*. July 2008;112(1):29-34.
  - Caelli K, Downie J, Letendre A. Parents' experiences of midwife-managed care following the loss of a baby in a previous pregnancy. *Journal of Advanced Nursing*. 2002;39(2):127-36.
  - Read S, Stewart C, Cartwright, Meigh S. Psychological support for perinatal trauma and loss. *Br J Midwifery*. August 2003;11(8):184-8.
  - DeBackere KJ, Hill PK, Kavanaugh KL. The Parental Experience of Pregnancy After Perinatal Loss. *JOGNN*. 2008;37:525-37.

- Rådestad A, Surkan PJ, Steineck G, Cnattingius S, Oneöv E, Dickman PW. Long-term outcomes for mothers who have or have not held their stillborn baby. *Midwifery*. 2009;25:422-9.
- Cacciatore J, Rådestad I, Frøen F. Effects of Contact with Stillborn Babies on Maternal Anxiety and Depression. *Birth*. December 2008;35(4):313-20.
- Mistry H, Heazell AE, Vincent O, Roberts T. A structured review and exploration of the healthcare costs associated with stillbirth and a subsequent pregnancy in England and Wales *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013, 13:236
- Blasco T, Otero L. Técnicas cualitativas para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista (I). *Nure investig*. 2008:34.
- Blasco T, Otero L. Técnicas cualitativas para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista (II). *Nure investig*. 2008:34.
- Lathlean J. Análisis cualitativo. . En: Gerrish K, Lacey A, coordinadores. *Investigación en Enfermería*. 5a ed. Madrid: MC Graw Hill; 2008. p.417-33.

**AUTORES/AUTHORS:**

Matilde Fernández y Fernández-Arroyo, Ana Pedraza Anguera, María Teresa Alcolea Cosín, Luis Domínguez Pérez

**TÍTULO/TITLE:**

CUIDADOS DE LA PIEL DEL ÁREA DEL PAÑAL DEL RECIÉN NACIDO Y DEL BEBÉ MENOR DE UN AÑO. REVISIÓN.

**INTRODUCCIÓN:** El medio ambiente interactúa con la barrera cutánea de la piel de los bebés dando lugar a posibles alteraciones como adelgazamiento, penetración de irritantes y alérgenos e inflamación (1). Estas posibilidades de modificaciones se acentúan en el área del pañal debido tanto a sus especiales características como al uso de los pañales, lo que hace necesario que profesionales y padres conozcan los cuidados adecuados (2,3).

**OBJETIVOS:** Identificar y analizar las evidencias disponibles en la literatura científica sobre los cuidados de la piel del área del pañal del recién nacido y el bebé menor de un año.

**MÉTODO:** Se realizó una revisión sistemática en 6 bases de datos: OpenThesis, LILACS, Medline/Pubmed, CINAHL, CUIDEN, Cochrane Plus desde 1 de enero 1982 al 1 de mayo 2014. Fue utilizado como límite de tiempo el año 1982 por la relevancia de los trabajos de Jordan (4). Se limitó el idioma de la publicación a inglés, francés y castellano. Se incluyeron estudios de la piel del área del pañal, independientemente del escenario de estudio. Se utilizaron las siguientes palabras claves: SkinCare, Infant, Newborn, DiaperRash(etiology) (prevention& control). 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 EvidenceBased Medicine6.

**RESULTADOS:** Cumplieron los criterios de inclusión 2 trabajos en OpenThesis, 28 en Medline/Pubmed, 17 en LILACS, 12 en CINAHL, 0 en CUIDEN y 2 revisiones en Cochrane. El área del pañal del recién nacido y del bebé requiere cuidados especiales de higiene por sus especiales características y por su relación con el sistema excretor. Las erupciones en la zona del pañal son el problema dermatológico más común en la infancia. Los factores más importantes en el desarrollo de la dermatitis del pañal primario son: el agua/humedad, la fricción, la orina, las heces, y los microorganismos. Las medidas de prevención más eficaces están en relación con la higiene de la zona. Hay que limpiar siempre que esté sucia, limpiar de delante hacia atrás y evitando la fricción. Se puede usar aceite o loción para eliminar restos que estén muy pegados. Para la limpieza, es preferible el uso de jabones líquidos de miscelas grandes al agua sola que altera más tiempo el pH de la piel por su naturaleza polar y que tiene limitada capacidad de remover sustancias lipofílicas (5,6). Las toallitas desechables diseñadas a tal fin para bebés, sin methylisothiazolinone, resultan igual de eficaces (7,8). Para la protección se muestra más eficaz la aplicación de crema barrera tipo pomada o pasta que las cremas, aceites y lociones por su menor contenido en agua, mayor adherencia y menor contenido de conservantes de potencial efecto tóxico o irritante (9). Los pañales desechables transpirables y ultraabsorbentes con polímeros disminuyen la humedad y mantienen el pH de la piel lo que reduce la posibilidad de sobreinfección por candidas (10,11).

**DISCUSIÓN:** Si la salud del bebé es la principal preocupación de los padres en el postparto (12) y la dermatitis del pañal la patología de la piel más frecuente del bebé menor de un año, se hace necesario incrementar tanto la formación de profesionales y padres al respecto como las investigaciones en este área que permitan mejorar los cuidados (2). Hay que conocer mejor la funcionalidad de esta zona de la piel e implementar medidas que prevengan la dermatitis del pañal de los bebés menores de un año (3).

**IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA:** Dado el conocimiento actual sobre la piel del área del pañal del bebé menor de un año y la incidencia de la dermatitis del pañal se hace necesario diseñar y establecer estrategias de información a los nuevos padres sobre los cuidados específicos de esta zona para que puedan realizar intervenciones más seguras, eficaces y de mayor calidad.

**PALABRAS CLAVE:** Skin Care, Infant, Newborn, Diaper Rash (etiology) (prevention & control).

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- 1- Miranda a y colbs. Guía de cuidados de la piel del recién nacido y del bebé. *Matronas Prof.* 2013; 14 (4 Supl): 1-50
- 2-Ness MJ, Davis DM, Carey WA. Neonatal skin care: a concise review. *Int J Dermatol.* 2013 Jan;52(1):14-22.
- 3-Heimall LM, Storey B, Stellar JJ, Davis KF. Beginning at the bottom: evidence-based care of diaper dermatitis. *MCN Am J Matern Child Nurs.* (2012); 37(1):10-6.
- 4- Jordan WE, Blaney TL. Factors influencing infant diaper dermatitis. In: Maibach HI, Boisits EK, editor(s). *Neonatal skin: structure and function.* New York: Dekker, 1982:205-21.
- 5- Dizon MV, Galzote C, Estanislao R, Mathew N, Sarkar R. Tolerance of baby cleansers in infants: a randomized controlled trial. *Indian Pediatr.* (2010); 47(11):959-63.
- 6- Blume-Peytavi U, Hauser M, Stamatatos GN, Pathirana D, Garcia Bartels N. Skin care practices for newborns and infants: review of the clinical evidence for best practices. *PediatrDermatol.* (2012); 9(1):1-14.
- 7-Cahill JL, Toholka RW, Nixon RL. Methylisothiazolinone in babywipes: a rising star among causes of contact dermatitis. *Med J Aust.* 2014 Mar 3;200(4):2088-2091.
- 8- Lavender T, Furber C, Campbell M, Victor S, Roberts I, Bedwell C, Cork MJ. Effect on skin hydration of using baby wipes to clean the napkin area of newborn babies: assessor-blinded randomised controlled equivalence trial. *BMC Pediatr.* 2012
- 9-Lund CH, Kuller J, Raines DA, et al. Neonatal skin care, second edition. Evidence-based clinical practice guideline. Washington (DC): Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN); 2007.
- 10- Lane AT, Rehder PA, Helm K. Evaluations of diapers containing absorbent gelling material with conventional disposable diapers in newborn infants. *Am J Dis Child.* (1990); 144(3):315-8.
- 11-Romain C, Merlay I. Diaper area and disposable diapers. *CurrProblDermatol.* 2011;40:83-9. doi: 10.1159/000321057. Epub 2011 Feb 10.
- 12- Stordy C. The postpartum concerns of mothers and fathers at ten to twenty days postpartum. Thesis. 2000. <http://www.openthesis.org/documents/postpartum-concerns-mothers-fathers-at-169298.html>

**AUTORES/AUTHORS:**

Nerea Ruiz García, Dolores Martín Ríos, Mónica Delgado San Martín, Elena Amador López

**TÍTULO/TITLE:**

DISPOSITIVOS LARGOS DE CANALIZACIÓN DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO VERSUS DISPOSITIVOS CORTOS EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

1. Hipótesis: Los dispositivos de canalización venosa periférica largos (40 – 80 mm) insertados con técnica de Seldinger prolongan la duración en el tiempo del acceso venoso periférico y reducen las complicaciones derivadas del mismo en el paciente pediátrico, disminuyendo venopunciones y costes.

2. Objetivos:

2.1. General: Evaluar la duración eficaz del catéter venoso periférico largo (40 – 80 mm de 22G) frente a dispositivos de canalización cortos (19 - 25 mm y 22 -24 G) en pacientes pediátricos en un hospital de tercer nivel.

2.2. Específicos:

1. Describir la incidencia de flebitis según tipo de catéter.
2. Estudiar la asociación infiltración/modelo de dispositivo.
3. Estudiar la relación modelo de catéter/motivo de retirada.

3. Material y métodos:

3.1. Diseño: Ensayo clínico aleatorizado.

3.2. Población de estudio:

- Criterios de inclusión: Pacientes de edad comprendida entre 1 mes y 17 años ingresados en unidad pediátrica con necesidad previsible de terapia intravenosa igual o superior a 48 horas e inferior a 2 semanas, que autoricen su inclusión según la normativa vigente.
- Criterios de exclusión:
  - Pacientes incluidos cuya terapia intravenosa finalmente dura menos de 48 horas o sufren retirada accidental del dispositivo antes de 48 horas desde su inserción
  - Pacientes pediátricos con patología vascular, trombótica o inmunodeprimidos
  - Pacientes cuyo dispositivo no se ha introducido en su totalidad o presente fallo mecánico dependiente de su diseño
  - Pacientes que revoquen el consentimiento

3.3. Muestra:

3.3.1. Tamaño muestral: No disponiendo de datos en la literatura, el tamaño muestral se estima a partir de los resultados de un estudio piloto sobre 41 dispositivos canalizados a lo largo de tres meses:

Estimación del tamaño muestral para el objetivo general: Asunciones

- Vida media de cada dispositivo: diferencia de vida media entre los dispositivos: 3 días
- Variancia: 6,27
- Nivel de confianza del 95%

- Potencia del 90%

Con estas asunciones, el mínimo tamaño muestral necesario es de 15 dispositivos de cada modelo.

Estimación del tamaño muestral para el objetivo específico 1 y 2: Asunciones

- Porcentaje de flebitis/infiltraciones encontrada según dispositivo

o Largo: 7%

o Corto: 25%

- Nivel de confianza del 95%

- Potencia del 80%

A partir de estas asunciones, el mínimo tamaño muestral necesario es de 50 dispositivos de cada modelo.

Estimación del tamaño muestral para el objetivo específico 3: Asunciones

- Porcentaje de retiradas por fin de tratamiento sin causa clínica encontrada según modelo:

o Largo: 77%

o Corto: 24%

- Nivel de confianza del 95%

- Potencia del 80%

A partir de estas asunciones, el tamaño muestral necesario sería de 10 catéteres.

Por tanto, para responder a todos los objetivos, estimamos un tamaño muestral de 50 dispositivos de cada modelo.

3.3.2 Método de muestreo consecutivo, según los pacientes ingresan, determinando de forma alternante el modelo a insertar.

3.4. Variables:

- Dependientes:

o Duración definida en días.

o Motivo de retirada: Fin de tratamiento/Causas clínicas.

o Flebitis

o Infiltración

- Independientes: Dispositivo periférico: Largo/Corto

- Covariables: Fecha de nacimiento, inserción y retirada, edad, sexo y vena.

3.5. Fuente de recogida de datos: Observación directa por parte de enfermería y registro de los datos en una hoja de recogida especialmente diseñada para su análisis.

3.6. Consideraciones éticas: Respetando los postulados de la Declaración de Helsinki y el Informe Belmont, se ha protegido el derecho a la intimidad reconocido en la Constitución Española y en la LGS; por ser un estudio realizado en menores, está sujeto a limitaciones éticas, superadas por tratarse de un ensayo con fines terapéuticos destinado a mejorar la atención al modelo de paciente representado por la población de estudio, y no existe otra alternativa.

3.7. Análisis: Las variables cualitativas se presentan con su distribución de frecuencias. Las variables cuantitativas se resumen en su media, desviación estándar (DE). En todos los casos se comprobó la distribución de la variable frente a los modelos teóricos. Se realizó un análisis por intención de tratar. Se evaluó la asociación entre variables cualitativas con el test de X<sup>2</sup> o prueba exacta de Fisher, en el caso de que más de un 25% de los esperados fueran menores de 5. Al comparar la variable duración y edad con las variables resultado, se realizó una t-Student dada la normalidad de las variables. Se realizó un análisis estratificado para la variable edad  $\geq 5$  años y se estimó el RR junto con su Intervalo de confianza al 95%. En todos los contrastes de hipótesis se rechazó la hipótesis nula con un error de tipo I o error  $\alpha$  menor a 0.05. El paquete informático empleado para el análisis fue el SPSS para Windows Versión 15.0.

#### 4. Resultados del estudio piloto:

##### 4.1. Descriptivo de la población:

Analizamos 41 dispositivos insertados en una población de pacientes pediátricos con patología mayoritariamente quirúrgica o infecciosa. La mediana de edad (RIQ) fue de 3,3 años (11,6).

Prácticamente la mitad de la población eran varones, y casi dos terceras partes menores de 5 años. No teniendo muestra homogénea en relación a la edad, se trabajó con esta variable de forma categorizada en  $< 5$  y  $\geq 5$  años, en base a la capacidad de los pacientes a partir de esta edad para colaborar en la canalización y cuidado de la vía.

Se canalizaron venas del área antecubital (Basílica y Cefálica) y de las manos (v. dorsales, Basílica y Cefálica), repartidos al 50 %.

##### 4.2. Tipos de Dispositivos:

El 46,3 % de los dispositivos canalizados fueron largos, frente a un 53,7 % de cortos.

Se han excluido del estudio 2 dispositivos largos rotos tras su inserción por causa aparentemente ajena al paciente y al personal, que podrían haber significado un problema para la seguridad del paciente que se subsanó con su recambio sin consecuencias. En el momento actual se encuentran pendientes del análisis pertinente por parte del fabricante.

Los dispositivos largos se canalizaron prácticamente al 50 % entre niños y niñas, y los cortos, algo más en niños pero sin diferencias estadísticamente significativas. En cuanto a la edad, se canalizaron la mayoría de los dispositivos largos en pacientes menores de 5 años, mientras que los cortos se canalizaron a un 50 % entre menores y mayores de 5 años, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,021$ ).

La duración media (DE) global fue de 3,46 (2,1) días, siendo mayor la de los largos, que se sitúa en 4,84 (2,1) días, frente a 2,27 (1,3) días de los cortos.

##### 4.3. Complicaciones según dispositivos:

Presentaron complicaciones 12 catéteres, de los cuales 7 (17,1% del total de dispositivos estudiados) fueron infiltraciones, no presentándose ninguna extravasación con lesiones, y 5, (12,2% de los dispositivos estudiados) presentaron flebitis en grados 1 y 2. Estas complicaciones causaron la retirada por motivos clínicos.

Si bien las diferencias entre los dispositivos largos y cortos con relación a la flebitis y las infiltraciones no son estadísticamente significativas, observamos en el caso de las infiltraciones una diferencia de un 22%, lo que nos lleva a pensar que tal vez, con el análisis del total de la muestra, sí nos acerquemos a la significación estadística.

##### 4.4. Complicaciones según dispositivos y edad:

Si bien en mayores de 5 años no se observan diferencias llamativas en cuanto a las complicaciones y el modelo de catéter, en los menores de 5 años y en relación a las infiltraciones, podemos apreciar un resultado cercano a la significación estadística.

#### 4.5. Duración según dispositivos y edad:

Se aprecia una diferencia llamativa entre la duración de los dispositivos largos frente a los cortos, siendo claramente significativa en pacientes menores de 5 años ( $P < 0,0001$ ).

#### 4.6. Motivo de retirada:

Se retiraron 16 catéteres (39%) por fin de tratamiento. El resto por causas clínicas.

Sólo una tercera parte de los dispositivos largos se retiraron por complicaciones, mientras que casi un 90 % de los cortos provocaron complicaciones que obligaron a su retirada.

Comparando estos datos en relación con la edad, vemos que en menores de 5 años, nuestros resultados son similares al análisis general, retirándose por causas clínicas un 37,5% de los dispositivos largos, frente a un 90,9 % de los cortos. Sin embargo, cuando analizamos los resultados en pacientes mayores de 5 años, vemos que ningún catéter largo se retiró por causas clínicas, mientras que sí lo fueron el 81,0% de los cortos.

#### 5. Discusión:

En nuestro análisis obtenemos resultados similares a estudios publicados a este respecto, si bien la comparativa se establece con estudios realizados en adultos y nuestro paciente diana es el pediátrico, teniendo en cuenta además, que se trata de un estudio piloto.

En 2013, Josep Capdevilla, (Universidad Autónoma de Barcelona) publicó datos sobre la cateterización venosa periférica con una incidencia en las complicaciones entre un 2,5% y 42%, con un 30 % de flebitis, obteniendo nosotros un porcentaje de complicaciones dentro de este rango (29%), pero con un índice menor de flebitis (12%).

En 2012, Lancet publica un estudio realizado entre 2008 y 2009 donde encontramos un 7% de flebitis, y un tiempo medio de permanencia en sede de los dispositivos de 4,1 días. Nuestros datos sobre las flebitis son un 5% más elevados, pero los resultados en cuanto al tiempo de permanencia, en el caso de los dispositivos largos nos sitúan por encima, con 4,8 días de permanencia sin complicaciones. Esta diferencia puede resultar mínima, pero tratándose del paciente pediátrico, las cifras adquieren otra dimensión. Podemos interpretar, que nuestros resultados se encuentran en la línea de los publicados anteriormente, con datos ligeramente mejores en algunos aspectos, a pesar de las dificultades que plantea el paciente pediátrico en comparación con el adulto, si bien nuestro objetivo no es describir nuestra experiencia en este sentido, sino encontrar el dispositivo que con menos complicaciones nos garantice un mayor tiempo de uso efectivo.

#### 6. Aplicación en la práctica clínica:

Concluimos por tanto, a la espera del análisis de la totalidad de la muestra, y de un estudio de costes favorable, que en la línea de mejora de la calidad de la atención al paciente pediátrico, podríamos plantearnos la posibilidad de protocolizar la elección del dispositivo de canalización venosa periférica que mejor se ajuste a nuestro paciente diana.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Capel MD, Gabillo A, Elías L, Yébenes JC, Sauca G, Capdevila JA Características de la bacteriemia relacionada con catéter venoso periférico en un hospital general. Rev. Esp. Quimioter 2012; 25(2):129-133

- Standards of practice of Journal of infusion nursing 2011; 34,1S

ISSN 1533-1458

- Capdevila JA. El catéter periférico: el gran olvidado de la infección nosocomial. Rev. Esp. Quimioter 2013; 26(1):1-5

- Rickard CM, Mc Cann D, Munnings J, McGrail MR. Routine resite of peripheral intravenous devices every 3 days did not reduce



complications compared with clinically indicated resite: a randomized controlled trial. BMC Medicine 2010; 8:53

- C M Rickard, J Webster, M Wallis, N Marsh, J R Gowardman, L Zhang, M Whitby. ¿Cuándo se debe reemplazar un catéter venoso periférico? Lancet 2012; 380: 1066-74

- Mellado Peña MJ, Moreno Pérez D, Ruiz Contreras J, Hernández Sampelayo Matos TM, Navarro Gómez M.L. Documento de consenso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica y el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría para la vacunación en inmunodeprimidos. Anales de pediatría 2011; 06:008.

- Holt D, Lewis C, Klimpel K, Sloan C, Aguda C. The effects of focused nursing education on 3F Grosong PICC occlusion rates: The experience of one tertiary pediatric care facility. Java 2010; 15:4

- Gomis Muñoz P, Gómez López L, Martínez Costa C, Moreno Villares JM, Pedrón Giner C, Pérez Portabella Maristany C, Pozas del Rio MT. Documento de consenso sobre nutrición parenteral pediátrica. Nutr Hosp. 2007; 22(6):710-19

ISSN 0212-1611 • CODEN NUHOEQ

S.V.R. 318

## Sesión de Comunicaciones Orales Breves V

### Session of Oral brief Presentations V

#### AUTORES/AUTHORS:

JAIME LLOPIS CAÑAMERAS, ANTONIO CALLÉN SOTO

#### TÍTULO/TITLE:

EL ROL DEL CUIDADOR DE ENFERMOS CON ALZHEIMER DESDE LAS REDES SOCIALES

#### INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas venimos observando el aumento progresivo de la esperanza de vida así como un aumento de las enfermedades neurodegenerativas (1,2). Entre ellas destaca la Enfermedad de Alzheimer (EA), en las que el apoyo social (AS) es fundamental para la mejora de la calidad de vida de enfermos y de sus cuidadores. Los principales proveedores de AS proceden de la familia y de las redes personales (RP) de los sujetos.

#### OBJETIVOS

Analizar las RP de los/las cuidadores/as de familiares con EA, así como los cambios sufridos en dichas redes como consecuencia de la enfermedad.

Analizar el tipo y la procedencia del AS a los/las cuidadores/as.

#### METODOLOGÍA

La presente investigación ha sido de carácter cualitativa, transversal y basada en el estudio de casos. Ha tenido una duración de 21 meses (octubre 2012 – junio 2014) y ha contado con la financiación obtenida a través de una beca de investigación concedida por la Unitat de Recerca del Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

Participaron 23 cuidadoras/es de personas con EA, residentes en el área de influencia del Hospital General del Parc Sanitari de Sant Joan de Déu en Sant Boi de Llobregat (Barcelona). Tales participantes fueron distribuidos en cuatro perfiles: hombres/mujeres cuidadores/as de sus padres, hombres/mujeres cuidadores/as de su pareja; reclutados/as consecutivamente a través de la Consulta de Neurología y en la Escuela de Cuidadores del hospital.

Las técnicas fueron: (1) La observación en las sesiones organizadas por la Escuela de Cuidadores (2) El cuestionario de sobrecarga del cuidador – Zarit y (3) El Análisis de Redes Sociales – ARS - a través del programa informático Ego Net.

#### RESULTADOS.

Han participado 16 (69,6%) mujeres y 7 hombres (30,4%). Los sentimientos de culpabilidad, angustia, depresión, cambios en la vivienda, quebranto en las relaciones personales, disminución de las relaciones sociales y cuestiones espirituales; son los principales aspectos citados por los/las participantes en las distintas sesiones organizadas por la “Escola de Cuidadors”.

Respecto a las Redes Personales destacamos la tendencia a relacionarse con personas del mismo género – redes homófilas – En la mayoría de ocasiones los/las participantes dicen solicitar ayuda a aquellas personas que residen más cerca de su domicilio. La familia ocupa un lugar fundamental en las relaciones personales de las cuidadoras. Al mismo tiempo observamos que cuanto menor es la presencia de familiares en la red de éstas, mayor es la presencia de vecinos/as. Por el contrario en el caso de los cuidadores, adquieren especial relevancia la presencia de amigos de infancia/juventud, así como aquellas personas conocidas a través de centros de ocio.

El principal apoyo solicitado sin distinción por razones de género corresponde al afectivo (95 %), mientras que el apoyo material se solicita en un 69 %. La información y el apoyo espiritual presentan escasa incidencia, estando más presente este último en el caso de las mujeres.

La centralidad de las redes – degree – en el caso de los hombres está ocupado por un hermano o una hermana de éste. Por el contrario en el caso de las mujeres corresponde a la propia pareja o a un hijo/a de éstos.

Finalmente aquellas personas que presentan un test de Zarit elevado presentan redes reducidas centradas en la familia.

#### DISCUSIÓN

Cuidar es una actividad inherente al ser humano relegada al ámbito doméstico y en consecuencia asignada a la mujer como hemos observamos (3,4). El hombre adopta muchas veces un rol de cuidador secundario, utilizando los servicios externos (5). Tiende a mantener las relaciones obtenidas del círculo de amigos y compañeros de trabajo, mientras que las mujeres centran sus redes en aquellas personas que conoce en centros de culto, ocio, o asociaciones.

A la sobrecarga de los cuidados a una persona, se une la pérdida de las relaciones tanto en la pareja como en su entorno social. Esta circunstancia favorece a la exclusión social que tendrá connotaciones en la calidad de vida del cuidador/a y de la persona atendida (4,6,7,8).

La persona cuidadora ante el estrés que supone la pérdida de salud de un familiar, tiende a establecer estrategias en sus redes que permitan afrontar el nuevo evento. Tales redes pueden estar formadas por "iguales", con presencia de miembros de asociaciones, con presencia de personal socio-sanitario, entre otras (9,10).

La propia pareja y la familia son los principales proveedores de apoyo frente a una situación de estrés independientemente del tipo de enfermedad que la produzca.

Nuestra investigación aporta una visión actual de la situación por la que atraviesan los/las cuidadores/as de enfermos con Alzheimer. El conocimiento de las estrategias que pueden adoptar las cuidadoras y los cuidadores nos permiten reducir su riesgo de exclusión. Por otra parte para el personal de Enfermería, estudios como este ayudan a considerar los cuidados desde una visión holística del enfermo abarcando su entorno inmediato como es la persona cuidadora.

Finalmente señalar que a propia edad de los/las cuidadores/as y la conciliación de la vida familiar con la situación generada por la enfermedad, son factores a tener en cuenta en próximas investigaciones.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Bazo, M<sup>a</sup> T. El cuidado familiar en las personas ancianas con enfermedades crónicas: El caso de los pacientes con enfermedades de Alzheimer. *Revista Española de Geriátria*, 1998, 33 (1): 49-56.
2. Prieto, C., Eimil, M., López de Silanes, C. y Llanero, M. Impacto social de la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Fundación Española de Enfermedades neurológicas – FEEN*. 2011. [Hhttp://www.feeneurologia.com](http://www.feeneurologia.com) [visitada el 11 de junio de 2012].
3. De la Cuesta, C. Cuidado familiar en condiciones crónicas. Una aproximación a la literatura. *Texto Contexto Enfermería*, 2004, 13 (1): 137 – 146.
4. Jofré, J. y Mendoza, S. Toma de decisiones en salud en mujeres cuidadoras informales. *Ciencia y Enfermería*, 2005, XI (1): 37 – 49.
5. Toribio, M.E., Medrano, V., Moltó, J.M. y Beltrán, I. Red de cuidadores informales de los pacientes con demencia en la provincia de Alicante, descripción de sus características. *Neurología*, 2012. Doi.10.1016/j.nrl.2012.03.010.
6. Isla, P. El cuidado familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. *Cultura de los cuidados*, IV, nº 7 y 8: 187 – 194.
7. García-Calventes, M<sup>a</sup>. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 2004, 18 (Supl. 2): 83 – 92.
8. Goñi, I. La acción benefactora de la familia en casos de Alzheimer. *Portularia*, 2011, Vol. XI, nº 2: 1 – 13.
9. Llopis, J. Corazones de papel: Patrones de cambio en las familias con niños con cardiopatías congénitas. [Tesis Doctoral no publicada.] *Departament d'Antropologia Social i Cultural – Facultat de Filosofia i Lletres*. U.A.B. Barcelona; 2011.
10. Llopis, J. Pateixen els pares: estudi de l'estrès provocat per la cardiopatia congénita dels fills. *Àgora d'Infermeria*, 2014, vol. 18 (1) : 36 – 39.

**AUTORES/AUTHORS:**

Marta Elías Teixidó, Pilar Jürschik Giménez, Josep M. Camps Balagué, M. Encarna Domènech Bonilla, Mònica Guillén Mesalles, Meritxell Cunillera Batlle

**TÍTULO/TITLE:**

Eficacia de una intervención de enfermería: auto cuidado de los pies en pacientes diabéticos tipo II mayores de 60 años

**Introducción:**

El pie diabético es una complicación de la diabetes que viene dada por factores sistémicos y ambientales, que puede comportar graves consecuencias como la aparición de úlceras, hiperqueratosis, fisuras, deformidades óseas que pueden causar incluso amputaciones. Para evitar estas complicaciones es importante realizar educación sanitaria a los pacientes con diabetes tipo II (DM2) sobre el auto cuidado de los pies.

**Objetivo:**

Evaluar la eficacia de una intervención educativa enfermera sobre el auto cuidado de los pies en pacientes DM2 mayores de 60 años que acuden a un centro de atención primaria de la provincia de Lleida.

**Métodos:**

Estudio observacional, antes y después con grupo control. Muestra de 50 pacientes DM2 mayores de 60 años que acuden a la consulta de enfermería del centro de atención primaria.

Se realizaron dos entrevistas. En la primera, antes de la intervención, se recogían los datos socio demográficos, estado de la salud, observación dérmica y morfológica de las uñas así como de las pruebas exploratorias del pie y la valoración de los conocimientos y habilidades del auto cuidado de los pies. Seguidamente se procedía a realizar la intervención educativa sobre el cuidado de los pies para prevenir el pie diabético.

Un mes después de la intervención, en la segunda entrevista, se valoraban de nuevo los conocimientos y habilidades del auto cuidado de los mismos. En el grupo control se realizaba lo mismo que en el grupo intervención, con la excepción de que no se les explicaba la importancia y cómo actuar para tener un buen cuidado de los pies. Tan solo se les daba unas ligeras recomendaciones. Las variables que se han utilizado son: socio demográficas, estado de salud, observación dérmica y morfológica de las uñas, pruebas exploratorias de los pies y del auto cuidado de los mismos.

El análisis estadístico se realizó mediante la prueba de chi-cuadrado y la de Mc Nemar.

El procedimiento estadístico y de análisis se llevó a cabo mediante el programa SPSS versión 20, con una significación de  $< 0,05$ .

**Resultados:**

Se ha podido comprobar que el grupo de intervención y el grupo control son dos muestras homogéneas.

Se ha evidenciado que existen diferencias significativas en cuanto a la mejora de los conocimientos y habilidades en el auto cuidado de los pies en el grupo de intervención. Esta mejora también se ve reflejada si se compara con el grupo control.

Así mismo, se ha observado que las personas que tenían dificultades visuales, presentaban una peor higiene y corte de uñas y falta de conocimientos sobre la importancia de tener cuidado de los pies. A la vez, se refleja que las personas que vivían solas, tenían una falta de higiene y falta de hidratación así como desconocimiento de la importancia de tener cuidado de los pies.

**Discusión:**

La realización del estudio supuso la detección de un elevado porcentaje de población diabética con carencia de conocimientos sobre

el auto cuidado de los pies, factor que influye en un aumento de tener más riesgo de padecer pie diabético. Según los resultados del estudio, se podría afirmar que la estrategia de intervención educativa por parte de enfermería a estos pacientes sobre el cuidado de los pies ha sido efectiva tal y como se demuestra en otros estudios consultados.

Se debería reforzar más la intervención educativa en aquellas personas que viven solas y tienen dificultades visuales e ir recordando periódicamente los auto cuidados a todos los pacientes con diabetes para que sea efectiva la intervención en el tiempo. La enfermera de atención primaria es una pieza fundamental en el cuidado de estos pacientes en cuanto a poder detectar situaciones de riesgo y favorecer la educación y las conductas del auto cuidado para prevenir el pie diabético y sus complicaciones.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- (1) Pérez M, Simone A, Trevizan P, Costa I, Mendes M. Cuidado en los pies diabéticos antes y después de intervención educativa. *Enferm Glob.* 2013;29:43–52.
- (2) Amaral A, Tavares D. Cuidados con los pies: conocimiento entre personas con diabetes mellitus. *RevEletrEnf.* 2009;11:801–10.
- (3) Jurado J. La infermera d'atenció primària en l'atenció als problemes del peu en la diabetis tipus 2 a Catalunya[tesi doctoral]. Universitat de Girona; 2009.
- (4) Duke S, Colagiuri S, Colagiuri R. Individual patient education for people with type 2 diabetes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;21:CD005268.

**AUTORES/AUTHORS:**

Carmen Ferré Grau, Mar Lleixá Fortuño, Nuria Albacar Riobóo, Montserrat García Martínez, Montserrat Boqué Caballé, Juan Roldán Merino, M<sup>a</sup> Teresa Lluch Canut, Trinidad Carrión Robles, Cinta Espuny Vidal

**TÍTULO/TITLE:**

CUIDADORASCRONICOS 2.0: Análisis de su utilización y contenido

**1. OBJETIVO:**

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 el Fondo Europeo de Desarrollo Regional, y tiene por objetivo:

"Analizar y evaluar la usabilidad, contenidos y satisfacción de las cuidadoras respecto al uso de la web [cuidadorascronicos.com](http://cuidadorascronicos.com) previo a su puesta en marcha definitiva".

**2. MÉTODOS:**

Estudio piloto descriptivo y transversal para detectar puntos fuertes y aspectos mejorables en la utilización de la web [cuidadorascronicos.com](http://cuidadorascronicos.com)

Las variables objeto de estudio se agruparon en variables de la Web: usabilidad y contenidos y variables de la consulta digital: satisfacción, grado en que la web sería recomendada a otra cuidadora y sugerencias.

Se eligió con criterios de disponibilidad una muestra de 32 cuidadoras de enfermos crónicos de Alicante, Málaga, Reus y Tortosa. Participaron cuidadoras de pacientes crónicos voluntarias con competencias digitales mínimas y acceso a Internet desde cualquier dispositivo (ordenador, móvil, tablet). La recogida de datos se realizó durante el mes de marzo del 2014, contactando con las cuidadoras a través de asociaciones de familiares de pacientes de salud mental, Alzheimer y otras demencias y desde programas de atención domiciliaria.

Para la realización del estudio se utilizó la observación participante y un cuestionario de satisfacción. El cuestionario utilizado es una adaptación del cuestionario INCOTIC-GRADO de González, Espuny & Gisbert (2010) y está en formato web para facilitar su cumplimentación.

**3. RESULTADOS:**

Del análisis descriptivo de la muestra se destaca que los ámbitos de cuidados son: 36% Alzheimer y otras demencias, 11% depresión y/o esquizofrenia, 7% cuidados al final de la vida y el resto otros, entre los que destacan las personas mayores y frágiles, y que el dispositivo que usan normalmente para conectarse es el ordenador (47%), seguido del móvil (41%).

Las variables estudiadas obtienen una puntuación superior a 7 y muestran los siguientes resultados:

**USABILIDAD:** Facilidad en hallar la información, volver a la página inicial y acceder a ayudas y recursos. En la zona privada se detectan aspectos a solucionar relativos a la dificultad para acceder a los contenidos, participación en los foros y contestación de los cuestionarios. La calidad de los vídeos e imágenes está bien valorada por el 85% de las usuarias.

**CONTENIDOS:** Utilidad de la información para su tarea como cuidadora.

**SATISFACCIÓN:** Grado de satisfacción elevado para el uso abierto de la web, no tanto con la zona privada.

**RECOMENDACIÓN:** En el 98 % de los casos recomendaría la web a otra cuidadora por la utilidad de la información, la posibilidad de darse consejos entre cuidadoras, evitar la soledad y aprender a cuidarse.

**4. DISCUSIÓN**

El pilotaje realizado ha permitido comprobar la satisfacción de las usuarias y la utilidad de los contenidos, a partir del análisis de los resultados. Con la versión definitiva se solicitará la acreditación como web de calidad, y se presentará a asociaciones, cuidadoras, gestores y profesionales de sanidad y bienestar social.

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) son herramientas con las que se puede ofrecer información para fomentar el desarrollo de competencias a las cuidadoras que favorecen la salud física y mental. (Barrera, 2011). Las TIC ofrecen ventajas en la sanidad, como el incremento de la autogestión en la propia salud, el aumento de la interacción e integración social, mayor interés en los aspectos subjetivos de la salud y la calidad de vida de la población, utilidad para la educación en salud, promoción y prevención de enfermedades, optimización de los servicios sanitarios mejorando la accesibilidad a la población, la calidad de los servicios, la reducción de costos y el perfeccionamiento de la gestión. (Lago, 2008, Martínez, 2013).

También, favorecen el empoderamiento de la cuidadora, aumentando los conocimientos sobre su estado de salud y preservando la autonomía brindando a la persona el derecho a decidir, se potencia la capacidad de las cuidadoras para convivir día a día con la persona receptora de cuidados. Es necesario generar estrategias de soporte social con las TIC, actualmente todavía existen pocos estudios sobre el coste-beneficio/efectividad del soporte tecnológico a las cuidadoras. (Barrera, 2011; Boots, 2014, Zulman, 2013; Smith, 2008).

Los gestores y profesionales de sanidad y bienestar social deben conocer la web para poder recomendarla como recurso fiable y complementario a la atención presencial.

Es importante desarrollar webs fiables y de calidad para poder recomendarlas con el objetivo de educar y capacitar a las cuidadoras de personas con problemas crónicos. Se deben aprovechar las ventajas que aportan las tecnologías y las enfermeras debemos intentar liderar estos proyectos creando sitios web de calidad donde dirigir a los usuarios. Un sitio web 2.0 puede ser un entorno idóneo para ayudar a las cuidadoras a compartir sus experiencias, evitando el sentimiento de soledad, y a consultar información para mejorar la salud de las personas que cuidan y muy especialmente de la suya propia.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Barrera Ortiz L, Carrillo González GM, Chaparro Díaz L, Afanador NP, Sánchez Herrera B. Soporte social con el uso de TIC's para cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Revista de salud pública [revista online]*. 2011 Jun [consulta el 05 de febrero de 2014]; 13(3). Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/15893/38043>

Boots LMM, Vugt MED, Knippenberg RJM, Kempen GIJ, Verhey FRJ. A systematic review of internet-based supportive interventions for caregivers of patients with dementia. *Int J Geriatric Psychiatry [online]*. 2014 [consulta el 15 febrero de 2014]; 29:331-344. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23963684>

González, J., Espuny, C. & Gisbert, M. (2010). La evaluación de la competencia nuclear digital en los nuevos grados del EEES. @tic. *Revista d'Innovació Educativa*, 4, 13-20.

Lago Barney G. Las tecnologías en el sistema de salud. *Universitas Médica [online]*. 2008 Jun [consulta el 6 de febrero de 2014]; 49(2):151-154. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2310/231016364001.pdf>

Martínez Martínez A. Repercusión del uso de las TIC en la Sanidad española. *Cuadernos de Gestión de Información [online]*. 2013 [consulta el 8 de febrero de 2014]; 3(1). Disponible en: <http://fcdmurcia.es/ojs/index.php?journal=cuadernos&page=article&op=view&path%5B%5D=158>

Smith C. Technology and web-based support. American Journal Nursing [online]. 2008 [consulta el 22 de marzo de 2014]; 108(9):64-68. Disponible en: file:///C:/Users/Jael/Downloads/Technology\_and\_Web\_Based\_Support.26.pdf

Zulman DM, Piette JD, Jenchura EC, Asch SM, Rosland AM. Facilitating out-of-home caregiving through health information technology: survey of informal caregivers' current practices, interests and perceived barriers. J Med internet Res [online]. 2013 Jul [consulta el 22 de marzo de 2014]; 15(7):123. Disponible en: <http://www.jmir.org/2013/7/e123/>



**AUTORES/AUTHORS:**

Ana M. Pedraza Anguera, Juani Conchillo Muñoz, M. José Hernández Águila, Mercè Timón Torres, Sonia de la Torre Luceño, Montserrat Garcia Barco, Mercedes Gómez del Pulgar G<sup>a</sup> Madrid

**TÍTULO/TITLE:**

"ENERGÍA SOCIAL" - UN NUEVO CONCEPTO PARA LA PREVENCIÓN

Para frenar la epidemia de obesidad infantil es necesario un compromiso político sostenido y la colaboración de muchas partes interesadas, tanto públicas como privadas. Los gobiernos, los asociados internacionales, la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado tienen un papel fundamental en la creación de entornos saludables y de condiciones de asequibilidad y accesibilidad de opciones dietéticas más saludables para los niños y los adolescentes.<sup>1</sup>

Se considera imprescindible trabajar desde la comunidad, siendo el Equipo de Atención Primaria un recurso más, junto con el resto de los servicios presentes en el territorio. Se presenta un proyecto que pretende establecer las sinergias del tejido social.

**OBJETIVO GENERAL**

Desarrollar una dinámica metodológica de estrategias preventivas, efectivas y sostenibles para valorar el efecto sobre cambios de hábitos saludables en niños de 6º primaria de 15 colegios implicados, mediante acciones coordinadas, desde la comunidad a la que pertenecen, demostrando que aumenta la efectividad de nuestras actuaciones.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Comparar el estado nutricional anual de los niños de 6º de primaria tras intervenciones comunitarias.
- Coordinar la capacidad y sinergias que tiene el tejido social para transformar, incrementar y consolidar alianzas en "pro" de un proyecto común de salud.
- Demostrar que con la creación y coordinación de sinergias entre los distintos programas de salud se aumenta la efectividad y disminuyen costes.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

En la 1ª etapa se identifican los recursos existentes, que persiguen un objetivo común.

Se utilizó un cuestionario validado que se realizó a los alumnos/as en el momento de pesarlos y medirlos.

Las mediciones (peso y talla) fueron tomadas por enfermeras pediátricas, el mismo día de la vacunación escolar, durante la primera quincena de octubre.

1. Tipo de estudio: Descriptivo observacional transversal y multicéntrico
2. Ámbito de estudio: Colegios adscritos a dos ABS urbanas.
3. Población Diana: Alumnos/as de 6º de primaria de los colegios adscritos a las ABS Reus 3 y 4, de edades comprendidas entre los 11 y 12 años
4. Muestra: 387 niños
5. Método e instrumentos de recogida de información

Variables:

- Medidas antropométricas, socio familiares, estilos de vida, exceso de peso y obesidad.

Y las que se incluyen en la encuesta realizada:

- Tipo de alimento que desayunan habitualmente
- Lugar en el que desayunan (casa/colegio)

- Situación laboral de los padres
- Nivel de estudios de los padres
- Nº de hermanos
- Nº de días/semana que realizan ejercicio físico extraescolar
- Desayunan solos o acompañados

#### ANÁLISIS DE LOS DATOS

Programa estadístico SPSS 15.0

Se analizaron las frecuencias absolutas y relativas. Se realizaron tablas de contingencia con las diferentes variables estudiadas, valorando la prueba de Chi-Cuadrado de Pearson y si existía asociación lineal entre las diferentes variables. "

#### RESULTADOS

N=387: 47,2% varones; 52,8% hembras. El 83,8%,

La prevalencia puntual de obesidad se estima en 6,7% y de sobrepeso en 24,4%. El exceso de peso supone el 31,1%. La obesidad es más elevada en niños (7,8%) que en niñas (5,8%) sin diferencias significativas

Se observa más obesidad en los niños de madres que trabajan fuera de casa, sin diferencias significativas. Hay una asociación lineal significativa ( $p < 0.01$ ) con los estudios de la madre, en sobrepeso y obesidad. Los hijos de madres con estudios primarios, tienen mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad que los niños de madres con estudios superiores. Los que no practican deporte presentan mayor índice de sobrepeso y obesidad, sin significación estadística.

El 8,5% desayunan en casa, el 18,1 % no toma nada en el recreo y el 2,3% no come nada en la mañana.

#### DISCUSIÓN

Los datos de sobrepeso obtenidos en esta 1ª fase son muy similares a los del estudio "EnKid" 31,2% y el que define la OMS: 33%

La siguiente fase del proyecto, una vez observado el estado actual de la obesidad en alumnos de 6º de primaria y puesto que estos marcharán a otros centros a cursar la ESO, será realizar de nuevo las mediciones de peso y talla y el cuestionario pero esta vez a alumnos de 5º de primaria de los mismos institutos, con el objetivo de realizar las actividades educativas y observar resultados un año después cuando cursen 6º de primaria. Al mismo tiempo podemos realizar un análisis comparativo con los alumnos de 6º a los que no se les realizó ninguna actividad educativa.

#### IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

El sobrepeso y la obesidad tienen unas dimensiones que hay que considerar e incidir en los factores que pueden contribuir a incrementar el problema y en los que lo pueden prevenir.

A partir de este análisis, se realizarán actividades educativas adaptadas a las necesidades del grupo para incidir en este problema de salud.

La implicación ha de ser global, con una concienciación colectiva, para llevar a cabo nuestro objetivo porque los niños son el futuro de la humanidad.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. OMS Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud? [internet] Ginebra [Consultado el 14-sep-2014] disponible en [http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood\\_what\\_can\\_be\\_done/es/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what_can_be_done/es/)

2. Serra L; Ribas L, Aranceta J; Pérez C Saavedra P; y Peña L. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998-2000) Med Clin [Internet] 2003 [Consultado el 14-sep-2014] ;121(19):725-32 7 disponible en [http://sameens.dia.uned.es/Trabajos7/Trabajos\\_Publicos/Trab\\_3/Rodriguez\\_Fernandez\\_3/Estudio\\_ENKID\(Med\\_Clin\\_2003\).pdf](http://sameens.dia.uned.es/Trabajos7/Trabajos_Publicos/Trab_3/Rodriguez_Fernandez_3/Estudio_ENKID(Med_Clin_2003).pdf)

**AUTORES/AUTHORS:**

BEATRIZ ORDÁS CAMPOS, DANIEL FERNÁNDEZ GARCÍA, CÉSAR ORDÓÑEZ PASCUA, MARIA JOSÉ ÁLVAREZ ÁLVAREZ, ARRATE PINTO CARRAL

**TÍTULO/TITLE:**

“CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y ACTITUDES SOBRE TABAQUISMO EN ESTUDIANTES DE GRADO DE CIENCIAS DE LA SALUD”

**OBJETIVO**

Analizar los conocimientos, creencias y actitudes sobre tabaquismo entre estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud.

**MÉTODOS**

Estudio descriptivo transversal mediante cuestionario anónimo, llevado a cabo en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de León durante los meses de mayo y junio de 2013.

La población total matriculada en el momento de realizar la recogida de datos fue de 300 estudiantes de los grados de Enfermería y Fisioterapia correspondientes al primer, segundo y tercer curso académico.

Se recogió información sociodemográfica y de consumo de tabaco e información acerca de los conocimientos, creencias y actitudes en tabaquismo.

**RESULTADOS**

Participaron en el estudio 247 estudiantes (82,33%). El 55,9% eran estudiantes de grado de Enfermería, el 74,5% mujeres y el 67,2% cursaron estudios previos de bachiller, con un promedio de edad de 21,3 años, siendo el 18,2% fumadores.

En cuanto a los conocimientos de los estudiantes se hallaron diferencias estadísticas por curso sobre los efectos directos e indirectos del consumo de tabaco sobre la salud, donde el 60,3% y el 23,7% desconocieron la relación con el desarrollo de cáncer de vejiga y de leucoplasia de la cavidad bucal, respectivamente y el 31,2% opinó desconocer la relación entre la exposición al humo ambiental de tabaco y el desarrollo de bajo peso en recién nacidos.

El 92,3% de los encuestados estuvieron de acuerdo con la afirmación “nunca deberían fumar delante de sus pacientes para dar buen ejemplo”, encontrándose diferencias estadísticas por consumo. Respecto a la afirmación “los profesionales de la salud tienen la obligación de intentar convencer a sus pacientes para que dejen de fumar”, el 78% de los estudiantes estuvieron de acuerdo, hallándose diferencias estadísticas por sexo.

En relación a la formación y actuación de los profesionales sanitarios en tabaquismo, se encontraron resultados significativos por titulación, donde los estudiantes de Fisioterapia expresaron mayor desacuerdo respecto a la necesidad de recibir formación y preparación específica para ayudar a dejar de fumar y a la afirmación “conozco estrategias y métodos”.

**DISCUSIÓN**

El déficit de conocimientos demostrado por los estudiantes acerca de los efectos perjudiciales del consumo de tabaco sobre la salud, tanto de forma directa como indirecta, indica que no existe una conciencia clara del riesgo y de las consecuencias derivadas del mismo.

Los estudiantes de Fisioterapia no percibieron la importancia de recibir formación y preparación específica para ayudar a dejar de fumar mediante el conocimiento de estrategias y métodos, al no considerarlo como función propia de su rol como futuro profesional sanitario.

Implicaciones para la práctica clínica: La formación específica de los estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud en el campo de tabaquismo es esencial para el rol que desempeñarán como modelos sociales y como futuros promotores de estilos de vida saludables. El seguimiento de la evolución de los conocimientos, las actitudes y las creencias entre estos estudiantes permitirá observar las tendencias y cambios en el comportamiento de este grupo.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Barbouni, A., et al. (2012) Tobacco use, exposure to secondhand smoke, and cessation counseling among health professions students: Greek data from the global health professions student survey (GHPSS). *International Journal of Environmental Research and Public Health* 9(1), 331-342, doi:10.3390/ijerph9010331.
- Fernández, D., Martín, V., Molina, A.J. & De Luis, J.M. (2010) Smoking habits of students of nursing: A questionnaire survey (2004-2006). *Nurse Education Today*, 30(5), 480-484, doi:10.1016/j.nedt.2009.10.012.
- Fernández, D., et al. (2007) Tobacco use amongst nursing and physiotherapy students: A cross sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(5), 780-785, doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.02.008.
- Fernández, D., et al. (2013) Effectiveness of a course in the control of tobacco use for university health students: A quasiexperimental community intervention trial. *Open Journal of Nursing*, 3(4), 351-357, doi:10.4236/ojn.2013.34047.
- Ficarra, M.G., et al. (2011) Tobacco use prevalence, knowledge and attitudes among Italian hospital healthcare professionals. *European Journal of Public Health*, 21(1), 29-34, doi: 10.1093/eurpub/ckq017.
- Moxham, L., Dwyer, T. & Reid-Searl, K. (2013) Graduate nurses and nursing student's behaviour: Knowledge and attitudes toward smoking cessation. *Nurse Education Today*, 33 (10), 1143-1147, doi:10.1016/j.nedt.2012.11.024.
- Pericás, J., et al. (2009) Cognitive dissonance towards the smoking habit among nursing and physiotherapy students at the university of Balearic Islands in Spain. *International Nursing Review*, 56(1), 95-101, doi:10.1111/j.1466-7657.2008.00669.x.
- Smith, D.R. & Leggat, P.A. (2007) Tobacco smoking habits among a complete cross-section of Australian nursing students. *Nursing & Health Sciences*, 9(2), 82-89, doi:10.1111/j.1442-2018.2007.00306.x.
- Surani, N.S., et al. (2012) Tobacco use and cessation counseling in India-data from the Global Health Professions Students Survey, 2005-09. *Indian Journal of Cancer*, 49(4), 425-430, doi:10.4103/0019-509X.107751.
- Vitzthum, K., et al. (2013) Smoking behaviour and attitudes among German nursing students. *Nurse Education in Practice*, 13(5), 407-412, doi:10.1016/j.nepr.2012.12.002.

**AUTORES/AUTHORS:**

Aurora Castro Correro, Evangelina Encuentra Sanromá, Luis Miguel Alonso Calvente, Montserrat Burgos López, M<sup>a</sup> del Pilar Blanco Pérez, Iván Eduardo Aparicio de las Heras

**TÍTULO/TITLE:**

SEGURIDAD EN LA VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL. CAMPAÑA ENFERMERA DE EDUCACIÓN SANITARIA.

En España la proporción de población afectada durante las epidemias anuales de gripe oscila entre el 5-15% y puede ser superior al 50% en población institucionalizada, como son los usuarios de residencias para mayores o centros de personas dependientes. En estos grupos la vacunación es la principal medida de prevención.

En la campaña 2012-2013 a nivel nacional se vacunaron un 57% de los mayores, siendo el centro de salud el lugar preferido por éstos para vacunarse. En nuestra zona básica de salud Azuqueca de Henares (Guadalajara) para la población mayor de 65 años la tasa de vacunación fue del 56,3%, por debajo de la conseguida en nuestra región Castilla la Mancha (57,4%).

Estos datos se encuentran por debajo de la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Comisión Europea, que ha propuesto como objetivo de salud para el 2015, que el 75% de la población mayor de 65 años de cada país, se vacune anualmente contra la gripe.

Para conseguir el objetivo de salud anteriormente mencionado, un primer paso debe ser informar y concienciar a la población del problema de la gripe estacional mediante campañas de sensibilización.

Objetivos:

- Aumentar los conocimientos de la población mayor de 65 años y especialmente la calificada de riesgo respecto a la gripe.
- Resolver dudas y mitos de la población respecto a la vacuna de la gripe.
- Aumentar la tasa de vacunación de gripe entre la población de riesgo de la Zona Básica de Salud de Azuqueca de Henares.

Método:

Estudio observacional descriptivo. Se realizó una sesión de educación grupal mediante charla informativa dirigida a mayores de 65 años, acerca de la gripe (qué es, cómo se contagia, qué síntomas tiene y cómo tratarlos) y de la vacuna de la misma, antes de que se iniciara la campaña de vacunación antigripal 2013-2014. Al final de la charla, se repartieron unos trípticos-resumen confeccionados por los autores a todos los asistentes.

Se contactó con el Ayuntamiento de la localidad, solicitándole un espacio con aforo suficiente para realizar la charla informativa, a la vez que colaboración en la difusión de la misma entre la población de riesgo del municipio, con el objetivo de llegar al máximo número posible de asistentes. El consistorio publicitó mediante carteles en todos los edificios públicos la sesión informativa y a través de su revista local que se buzonea gratuitamente entre todos los residentes.

Para el análisis estadístico se recogieron los datos sociodemográficos: edad, género y nivel educativo. Se pasó una encuesta ad hoc anónima y autocumplimentable con 3 cuestiones referentes a su opinión sobre la charla, 2 acerca de los conocimientos adquiridos y un espacio abierto para sugerencias. Para el análisis global de la información se han utilizado distribuciones de frecuencias.

Como dato documental, se solicitaron los datos de vacunación antigripal de nuestra zona básica de salud de las campañas 2012-2013 y 2013-2014 a la unidad de explotación de datos del sistema informático de Atención Primaria de Castilla la Mancha (Turriano).

Se llevó a cabo el cálculo de frecuencias, medias, o porcentajes según el tipo de variable, en base a un nivel de confianza del 95%.

Resultados:

El número de encuestas recogidas al final de la charla fue de 161, de las que un 73% eran mujeres y un 87% correspondientes a mayores de 65 años de los que en su mayoría tienen estudios primarios.

De las respuestas se deduce que al 91,3% la sesión le pareció amena, de fácil comprensión y útil. A un 82,6% le sirvió para

aumentar sus conocimientos sobre el tema y casi el 78% reconoce que ha eliminado falsos mitos o ideas preconcebidas respecto a la vacuna de la gripe.

En la pregunta abierta, la principal sugerencia estaba relacionada con la necesidad de incrementar este tipo de charlas, fuera del ambiente sanitario, que hace que los "pacientes" se sientan menos "intimidados" por la presencia del personal sanitario.

Según los datos de vacunación antigripal de la campaña 2013-2014 la tasa de vacunación entre los mayores de 65 años aumentó ligeramente, un 0,78% respecto de la campaña anterior, llegando al 57,08%.

Discusión:

Sorprende el elevado porcentaje tanto de los que dicen que han aumentado sus conocimientos (82,6%), como eliminado sus falsas creencias (78%).

Una de las razones por las que nuestros pacientes refieren rechazar la vacuna de la gripe se debe a su preocupación por la seguridad de la misma y la duda sobre su efectividad, por lo que es de vital importancia que tengan una correcta educación sanitaria de las indicaciones, protección, efectos adversos, etc. y especialmente de la inmunización antigripal que produce la vacuna y que se refleja en el efecto protector según las estadísticas anuales.

Nuestra tasa de vacunación es muy inferior a la recomendada por la OMS (75%), pero como las intervenciones realizadas han obtenido resultados positivos, creemos que estamos en el camino correcto para alcanzar el objetivo propuesto. Por ello nos proponemos realizar captación activa, entrega de trípticos en las consultas de enfermería y aumentar el número de charlas antes del inicio y durante la próxima Campaña de Vacunación Antigripal.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Bibliografía:

- Vacunación de los grupos de riesgo frente al virus de la gripe. Documento de Consenso 2012 de Sociedades Científicas Españolas, Consejo General de Enfermería y Grupo de Estudio de la Gripe. Cisterna R (Coordinador). 2012
- Schwarz Chávarri H, Ortuño López JL, Lattur Vílchez A, Pedrera Carbonell V, Orozco Beltrán D, Gil Guillén V. ¿Podemos mejorar las tasas de vacunación antigripal en los ancianos con enfermedades crónicas?. Aten Primaria 2005; 35(4):178-84.
- MSSSI. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Coberturas de vacunación antigripal en población  $\geq$  65 años. Temporada estacional, 2012-2013. Último acceso 6 de marzo de 2013; Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/coberturas.htm#novenos>.

**AUTORES/AUTHORS:**

PEDRO LUIS PANCORBO HIDALGO, MARÍA SOLEDAD FERNÁNDEZ GÁMEZ, MARÍA LOURDES CALLEJAS HERRERA, JESÚS LUQUE PEÑA, ENCARNACIÓN HERRERA MARTÍN, MARÍA ROCÍO ALBA MARTÍNEZ, MARÍA DOLORES CÁTEDRA HERREROS, CARMEN MARTÍN JASPEZ, JOSÉ CARLOS BELLIDO VALLEJO

**TÍTULO/TITLE:**

¿ES VÁLIDO EL RESULTADO NOC “DOLOR: EFECTOS PERTURBADORES” PARA LA VALORACIÓN DEL DOLOR CRÓNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA?

**OBJETIVO**

El dolor de larga evolución afecta en gran medida a las personas, llega a traspasar el plano personal condicionando la capacidad de trabajar, las relaciones sociales... asocia con un importante coste, económico para los sistemas de salud pero también de impacto en términos de calidad de vida de quien lo padece (Breivik et al. 2006, Vázquez 2003). En este contexto, tienen especial importancia aquellas perturbaciones asociadas con el funcionamiento diario de la persona, porque se trata de aspectos cotidianos, básicos, que se ven condicionados o limitados.

Las enfermeras tienen una relación profesional activa con los pacientes que padecen dolor crónico y pueden ayudarlos conociendo el grado de perturbación que sufren, para lo cual cuentan con el resultado “Dolor: Efectos perturbadores” (RDEP) incluido en la Clasificación de Resultados de Enfermería (Moorhead et al. 2013a, Moorhead et al. 2013b), mediante el cual pueden medir y evaluar la situación de los pacientes que sufren dolor crónico. El objetivo de este estudio fue analizar la validez (de criterio y de constructo) del resultado “Dolor: Efectos perturbadores”.

**MÉTODOS**

Diseño. Estudio de validación, observacional longitudinal y multicéntrico.

Ámbito. Población de pacientes con dolor de larga evolución en el ámbito de la Atención Primaria de la provincia de Jaén.

Participantes. Dos muestras: una de enfermeras (conveniencia) asistenciales en centro de salud, otra de pacientes (no probabilística).

Dimensiones. La versión del RDEP se compone de 21 dimensiones que exploran la severidad observada o informada sobre los efectos perturbadores del dolor crónico en el funcionamiento diario.

Instrumento. Formulario específico, primera parte datos socio-demográficos, segunda 21 indicadores que forman la versión adaptada al español del RDEP (Bellido et al. 2012), tercera puntuación global del RDEP.

Procedimiento para la obtención de datos. Las enfermeras seleccionaron los pacientes hasta completar la cuota asignada a su unidad, confirmaron que cumplían criterios de inclusión, los invitaron a participar, explicaron el objeto de la investigación y les entregaron un documento informado. Luego eligieron el mejor momento para realizar entrevista, recogieron datos generales del paciente, valoraron las dimensiones y situación global del RDEP con una escala tipo Likert de cinco puntos. Los pacientes cumplimentaron formulario auto-administrado sin intervención de las enfermeras y lo entregaron en sobre cerrado.

Análisis de datos. Variables categóricas mediante frecuencias y porcentajes, variables continuas mediante medidas de dispersión central e intervalos de confianza al 95%. Coeficiente de correlación de Spearman para validez de criterio. Análisis Factorial Exploratorio (componentes principales con rotación quartimax) para validez de constructo con pruebas de adecuación muestral (KMO y esfericidad de Bartlett).

**RESULTADOS**

Participaron en la captación de pacientes y recogida de datos 19 enfermeras asistenciales de centros de salud de la provincia de Jaén, con una experiencia media en la atención a pacientes con dolor de  $19,33 \pm 6,35$ .

Se estudiaron 88 pacientes (enero-diciembre 2013), la mayoría mujeres (78), con edad media de  $60,64 \pm 11,09$  años y un nivel basal



de dolor de  $5,57 \pm 1.83$  medido con la Escala Numérica de Intensidad de Dolor.

El CDEP presentó una correlación significativa con dos instrumentos: a) Cuestionario Breve del Dolor  $r = -0.44$   $p < 0.001$ , b) Cuestionario breve evaluación del dolor (factor interferencias)  $r = -0.39$   $p < 0.001$ , y también con una pregunta realizada al paciente: c) ¿Cómo son los efectos perjudiciales del dolor?  $r = 0.43$   $p < 0.001$ .

Las pruebas de adecuación muestral (KMO=0.822, Bartlett=1050.8  $p < 0.001$ ) indicaron que los datos eran adecuados para el AFE. Una versión de 19 dimensiones mostró cinco componentes (emocional, físico, laboral, sueño y disconfort) que explican el 74,66% de la varianza.

#### DISCUSIÓN

Este trabajo forma parte de un proyecto más amplio que estudia las propiedades psicométricas de los seis Criterios de Resultados relacionados con el dolor que están incluidos en la Clasificación de Resultados de Enfermería (Financiado por la Fundación Progreso y Salud-Consejería de Salud de la Junta de Andalucía). La validez del RDEP es un aspecto importante que hay que conocer para saber hasta qué punto el RDEP mide aquello para lo que se ha construido (la severidad observada o informada sobre los efectos perturbadores del dolor crónico en el funcionamiento diario).

La correlación significativa del RDEP con otros instrumentos ya validados, indican una buena validez concurrente, que queda reforzada por la correlación significativa con la pregunta respondida por el paciente sin intervención de las enfermeras.

El AFE demuestra que existe una estructura subyacente con cinco componentes que organizan el instrumento en grupos más pequeños y operativos a la hora de que las enfermeras apliquen todo o parte del instrumento.

Implicaciones para la práctica. El RDEP, en su versión adaptada al castellano, se mostró válido en la medición de dolor crónico en la muestra pacientes estudiados en atención primaria.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

##### BIBLIOGRAFÍA

- Bellido Vallejo, J.C., Espinosa i Fresnedo, C. & Pancorbo Hidalgo, P.L. 2012, "Traducción y adaptación al castellano del Resultado "Dolor: Efectos nocivos" de la Clasificación de Resultados de Enfermería" in *Lenguajes y personas. IX Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería*, ed. AENTDE, 1ª edn, AENTDE, Oviedo, pp. 153-156.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V. & Derek Gallacher, C.R. 2006, "Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment", *European Journal of Pain*, vol. 10, no. 4, pp. 287-333.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L. & Swanson, E. 2013a, *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud*, 5th edn, Elsevier, Barcelona.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. & Swanson, E. 2013b, *Nursing Outcomes Classification (NOC). Measurement of Health Outcomes*, 5th edn, Elsevier-Mosby, St. Louis, Missouri.
- Vázquez, K. 2003, "En Portada. El dolor: un asunto tan serio para el médico como para el paciente", *Revista española de Economía de la Salud*, vol. 2, no. 5, pp. 242-244.

**AUTORES/AUTHORS:**

M<sup>º</sup> ALMUDENA POUSADA GONZÁLEZ, RAQUEL JUNQUERA FERNÁNDEZ, PAULA ZURRON MADERA, IRENE MERA PRIETO

**TÍTULO/TITLE:**

SEGUIMIENTO DE LA OBESIDAD EN TRASTORNOS MENTALES GRAVES: CONTROL POR EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

**OBJETIVOS**

Evaluar y describir el seguimiento de la obesidad en pacientes con trastornos mentales graves por parte de su equipo de atención primaria

**MÉTODO**

Estudio descriptivo transversal realizado en los centros de atención primaria del área IV de Oviedo. Se ha incluido a una población con diagnóstico de trastorno mental grave según criterios CIE-10 de trastorno bipolar o esquizofrenia, de ambos sexos y con una edad entre los 18 y 65 años. Realizado mediante la recogida de datos de historias clínicas en atención primaria, y la toma de medidas antropométricas.

**Variables del estudio**

Se recogieron datos sociodemográficos (edad y sexo) y clínicos (diagnóstico principal, y presencia o no de obesidad). Medidas antropométricas: peso, talla, perímetro abdominal e índice de masa corporal (IMC), clasificando éstos en función de criterios OMS para obesidad e índice de masa corporal. Para aquellos con IMC > 27 se contemplan también las variables para evaluar el seguimiento en obesidad, según Programas Clave de Atención Interdisciplinar (control del peso, educación en estilos de vida, perfil lipídico y consejos), utilizando una escala dicotómica si/no.

**Análisis de datos**

Las variables del estudio se analizaron mediante estadística descriptiva. Las variables cuantitativas se describen mediante medias y las cualitativas mediante frecuencias. Utilizaremos para el análisis de datos el paquete estadístico SPSS 18.

**RESULTADOS****Datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes**

De los 50 pacientes incluidos 33 eran hombres y 17 mujeres, 32 con diagnóstico de esquizofrenia y 18 con trastorno bipolar. Atendiendo a los datos obtenidos en las historias clínicas de atención primaria el 44% tenían obesidad, mientras que respecto a las mediciones objetivas de las medidas antropométricas realizadas en el estudio, el 68% de los pacientes tenía un IMC > 27.

**Principales datos de medidas antropométricas**

De las medidas antropométricas tomadas, a continuación se muestran los principales resultados: la media para el peso fue de 84,72kg. Para el índice de masa corporal se ha registrado una media de 29,76. Otro dato importante nos lo da el perímetro abdominal, con una media de 101,63cm. Todas estas medidas podemos desglosarlas en función de clasificaciones internacionales y evaluación de los riesgos, para describir de manera adecuada la elevada comorbilidad de la muestra, de manera que, el 42% de la muestra presentaba obesidad y el 34% sobrepeso según la clasificación de la OMS. Además debemos tener en cuenta en función de dicha clasificación, que el 6% presentaría una Obesidad de Grado III, es decir un IMC mayor de 40, el 10% una obesidad de grado II con un IMC entre 35-39,9, un 26% con una obesidad de grado I y un IMC entre 30-34,9 y un 34 % con preobesidad con un IMC entre 25-29,9.

Es importante destacar que el 24% de la muestra correspondiente a las mujeres tenía un perímetro abdominal mayor de 88cm es decir, de riesgo y muy elevado. Por otro lado, para los hombres el 34% presentaba un perímetro abdominal mayor de 102cm considerado de riesgo.

**Datos del seguimiento para la obesidad por el equipo de atención primaria**

El 30% de la muestra no tenía registrado ningún peso ni IMC, y para el 32% la última medición de éstos era de 5 años antes. El perímetro abdominal no estaba registrado para el 88% de la muestra. Además, solamente el 44% de la muestra tenía un diagnóstico de obesidad. Aquellos parámetros que debían ser evaluados para pacientes con obesidad, destaca el escaso seguimiento, de tal manera que, los estilos de vida no estaban registrados para el 77% de la muestra, el 63,6 no tenía realizado un control lipídico anual y el 72,6% no recibía consejo dietético, parámetros que deben ser registrados según protocolo. Por último destacar que el Programa Clave de Atención Interdisciplinar: Obesidad, estaba incompleto para el 77,3% de los pacientes con esta patología.

#### DISCUSIÓN

Se ha obtenido un 68% de los pacientes con un IMC elevado y con diagnóstico de obesidad, aunque el equipo de atención primaria, solamente tenía detectados el 44% de los casos de obesidad. Para muchos de los pacientes no se había detectado el problema y pocos se beneficiaron de un seguimiento adecuado, de los registros y evaluaciones que deben ser puestos en marcha para el control de la obesidad, para un 77% estaba incompleto, para el 90,9% el perímetro abdominal nunca se había registrado, además para el 22,7% el IMC no se había realizado y un 40,9% tenía un registro de éste, desde hace más de 5 años. Teniendo en cuenta que tanto para el diagnóstico, seguimiento y para la mejoría de parámetros, la evaluación y realización del protocolo ha de ser esencial, con nuestros resultados confirman el nivel de infradiagnóstico y escaso seguimiento para pacientes con trastorno mental grave, ya evaluado en otros estudios (Viron M et al)

#### Implicaciones para la práctica

Este estudio evidencia la necesidad de desarrollar intervenciones eficaces, adecuadas y de seguimiento, o bien, de poner en marcha correctamente los planes de actuación ya formulados.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Subashini R, Deepa M, Padmavati R, Thara R, Mohan V. Prevalence of diabetes, obesity, and metabolic syndrome in subjects with and without schizophrenia (CURES-104). *J Postgrad Med.* 2011;57(4):272-7.
2. Viron M, Baggett T, Hill M, Freudenreich O. Schizophrenia for primary care providers: how to contribute to the care of a vulnerable patient population. *The American Journal of Medicine.* 2012;125(3):223-230.
3. Dinan T, Thakore J, Citrome L, Gough S, Haddad P, Holt R, et al. Metabolic and lifestyle issues and severe mental illness new connections to well-being? Expert Consensus Meeting, Dublin, 14-15 April 2005. Consensus summary. *J Psychopharmacol.* 2005;19(suppl6):118-22.
4. Sweileh WM, Zyoud SH, Dalal SA, Ibwini S, Sawalha AF, Ali I. Prevalence of metabolic syndrome among patients with schizophrenia in Palestine. *BMC Psychiatry.* 2012;12(235):1-8.
5. Viron M, Stern TA. The impact of serious mental illness on health and health care. *Psychosomatics.* 2010;51(6):458-65.
6. Holt RIG. Diagnosis, epidemiology and pathogenesis of diabetes mellitus: an update for psychiatrists. *The British Journal of Psychiatry.* 2004;184(suppl47):s55-s63.
7. Lambert TJ, Newcomer JW. Are the cardiometabolic complications of schizophrenia still neglected? Barriers to care. *Med J Aust.* 2009 Feb 16;190(4 Suppl):S39-42.
8. Morden NE, Lai Z, Goodrich DE, MacKenzie T, McCarthy JF, Austin K et al. Eight-year trends of cardiometabolic morbidity and mortality in patients with schizophrenia. *Gen Hosp Psychiatry.* 2012;34(4):368-79.
9. Sargent GM, Forrest LE, Parker RM. Nurse delivered lifestyle interventions in primary health care to treat chronic disease risk factors associated with obesity: a systematic review. *Obesity reviews.* 2012;13:1148-71.
10. Smith S, Yeomans D, Bushe CJP, Eriksson C, Harrison T, Holmes R et al. A well-being programme in severe mental illness. Reducing risk for physical ill-health: a post-programme service evaluation at 2 years. *European Psychiatry.* 2007;22:413-18.

**AUTORES/AUTHORS:**

SHEILA SANCHEZ GOMEZ, LORENA GUERRERO ARENZANA, JULIA CORA BERDECI, MARIA PILAR HIDALGO PEREZ, RAQUEL COBOS CAMPOS, MARIA BEGOÑA LOPEZ ALONSO, MARIA CARMEN MATEO PANGUA

**TÍTULO/TITLE:**

Diagnóstico de salud del barrio de Zaramaga de Vitoria-Gasteiz.

**Objetivo:** Realizar el Diagnóstico de salud del barrio de Zaramaga forma colaborativa. Se entiende por diagnóstico de salud comunitario el proceso de construcción de un conocimiento compartido de la situación del barrio, para llegar a la definición de prioridades compartidas por los protagonistas del proceso (administraciones, población y profesionales) que permite la elaboración de una propuesta de intervención comunitaria.

**Metodología:** Se ha llevado a cabo un proceso dinámico, dialógico y participativo con los diferentes agentes. El diagnóstico se inicia con una búsqueda documental a través de diferentes fuentes de datos como son; la página web del ayuntamiento, encuesta de salud, Osabide AP, desigualdades en el CAPV,... para identificar las variables sociodemográficas de la población (edad, género, inmigración, cuidadoras, índice de privación social...). Se triangulan estos datos con una encuesta de necesidades en salud que se distribuyó entre la población. Se realiza un análisis de los temas más valorados en función de la edad, género, origen, si se es cuidadora y si se vive solo. También se ha llevado a cabo un proceso de identificación de los activos en salud del barrio entendidos éstos como aquellos elementos individuales, colectivos y ambientales que facilitan la capacidad de promover la salud. Finalmente ha tenido lugar un encuentro comunitario deliberativo donde se han compartido los hallazgos de los datos recogidos de las diferentes fuentes y se han analizado conjuntamente los determinantes de la salud que afectan al barrio y las necesidades del mismo.

**Resultados:** El mapeo de activos en salud incluye; los centros educativos, deportivos, farmacias, parques, asociaciones de vecinos, servicios sociales, centro sociocultural de mayores... Los datos que nos aportan las fuentes nos hablan de un barrio muy envejecido (índice de vejez 34.3 frente al 18.6 de Vitoria) con un alto porcentaje de población inmigrante que se sitúa en el quintil de privación socioeconómica más desfavorecido y con alta comorbilidad. Se han recogido 379 encuestas (podemos hablar de una muestra representativa, nivel de confianza del 95% y una precisión de  $\pm 5$ ). Resaltar que el porcentaje de población inmigrante que responde a la encuesta y de cuidadoras es alto, del 19% en cada caso. Los temas más seleccionados por la población en general son; Alimentación Saludable, Manejo del estrés y ansiedad y Cuidados de la espalda-problemas con los huesos y manejo del dolor. En el encuentro comunitario, tras el debate deliberativo se decide que resulta prioritario intervenir sobre el colectivo de cuidadoras y con la población más envejecida del barrio sobre el abordaje del dolor crónico.

**Discusión:** La realización del diagnóstico ha resultado ser un proceso educativo y de enriquecimiento mutuo ya que aporta elementos para plantearnos un nuevo tipo de relación. En el nuevo plan de Intervención Comunitaria del Centro de Salud se incluirán el diseño y evaluación de intervenciones relacionadas con las necesidades percibidas y priorizadas en el encuentro. Se han establecido líneas de colaboración estables con los diferentes agentes especialmente con los servicios sociales y las asociaciones de vecinos.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

-Osaguin: Salud Poblacional <http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-phosag01/es>

-Índice de privación social:

[http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-ckpubl02/es/contenidos/informacion/publicaciones\\_informes\\_estudio/es\\_pub/adjuntos/esperanza%20de%20vida%20en%20las%20zbs\\_web.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-ckpubl02/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/esperanza%20de%20vida%20en%20las%20zbs_web.pdf)

-Encuesta de salud de la CAPV 2013.

[http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-gkgnr100/es/contenidos/informacion/encuesta\\_salud/es\\_escav/encuesta\\_salud.html](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-gkgnr100/es/contenidos/informacion/encuesta_salud/es_escav/encuesta_salud.html)  
-Asturias Actúa <http://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/GuiaAsturiasActcompleta.pdf>

**AUTORES/AUTHORS:**

Anna Bocchino, Virginia Bahamontes, Maria Angeles Dueñas Rodriguez

**TÍTULO/TITLE:**

El papel del enfermero en el trastorno de Dismorfia Muscular

**Objetivos**

Analizar el perfil de las personas afectas de trastorno de Dismorfia Muscular y establecer la existencia de relación entre las escalas de auto concepto físico y la de satisfacción muscular para poder impulsar acciones en el campo de la promoción y educación en salud.

**Métodos**

Se trata de un estudio cuantitativo observacional, de carácter correlacional, para estudiar la relación entre las variables mencionadas.

Para este estudio piloto, la muestra fue constituida por 25 deportistas de sexo masculino que habitualmente realizan ejercicio de musculación en los gimnasios de Cádiz. Presentaban una edad comprendida entre 20 y 30 años.

Los instrumentos utilizados fueron: Escala de autoconcepto físico (Fox y Corbin; 1989) que consta de los siguientes subdominios: habilidad física, condición física, atractivo físico, fuerza, autoconcepto físico general, autoconcepto general. Escala de satisfacción muscular (González-Martí, Fernández, Contreras y Mayville, 2012). Se compone de 19 ítems que valoran aspectos cognitivos, conductuales y afectivos de las personas que padecen Dismorfia Muscular (Vigorexia). Está formado por cinco dimensiones que corresponden a: dependencia al fisicoculturismo, conductas de verificación, uso de sustancias, lesión e in-satisfacción muscular. Para obtener los resultados se realizó en primer lugar un análisis descriptivo de las subescalas de los cuestionarios.

Posteriormente, se analizó la correlación entre las subescalas de ambos cuestionarios, calculándose el coeficiente de correlación de Spearman, prueba no paramétrica al ser el tamaño de muestra pequeño. Se consideró significación estadística para  $p < 0.05$ .

**Resultados**

Con respecto a la escala de Gonzalez-Marti et al., el 83.7% de los participantes mostraron un alta insatisfacción con su índice de musculatura, el 15.8 % presento insatisfacción moderada y 0.5% insatisfacción leve. Con respecto al autoconcepto, el 78% de los participantes mostraron valores bajos en cinco de las seis dimensiones del cuestionario: habilidad, condición, fuerza, autoconcepto físico general y auto concepto físico. No se obtuvo, en cambio, puntuaciones bajas en el subdominio de atractivo físico. Finalmente, se realizó un análisis de correlación de Spearman para detectar la relación entre las puntuaciones obtenidas de ambos cuestionarios donde se pudo comprobar que existe una correlación negativa y significativa entre las subescalas.

**Discusión**

Con respecto a los resultados obtenidos podemos delinear en línea general un perfil de los participantes que parecen presentar niveles de autoestima bastante bajos y una gran dependencia del ejercicio físico. La percepción de la competencia percibida resulta bastante alta, así como la utilización de sustancias peligrosas que le permiten alcanzar el cuerpo ideal y una mayor satisfacción muscular. Estos datos permiten concluir que la presión social impulsa esquemas de conductas o comportamientos cuyo objetivo es lograr una buena musculatura, fuerza y destreza física a costa de la salud o el bienestar. Parece ser que nuestros resultados confirman lo de otras investigaciones (Goñi y Rodríguez, 2003) que muestran que aquellas personas con un autoestima baja también poseen un autoconcepto físico negativo y se consideran menos atractivas. Probablemente sea debido a que dan más importancia a aquellos aspectos negativos relacionados con su cuerpo que a los positivos. Los estereotipos sociales del cuerpo ideal tienen mucho que ver con la autopercepción y con la satisfacción corporal.

El presente estudio supone un esfuerzo integrador al reunir la literatura existente sobre el trastorno de la vigorexia, además de proponer una intervención enfermera que aborde la descripción, etiología, evaluación, tratamiento con el fin de ayudar a los

profesionales y proporcionar información a las personas que lo sufren. A este respecto el profesional de enfermería se convierte en un agente clave para impulsar iniciativas, proyectos de intervención encaminados a fortalecer los cambios, la transformación de los estilos de vida, conductas y conciencias sanitarias, de los individuos y/o colectivos que les permita trascender a una vida saludable. Se requiere diseñar estrategias de prevención a fin de desarrollar recursos positivos que promuevan la propia aceptación y el bienestar integral tanto físico como psicológico entre la población en general.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Fox, K. R., & Corbin, C. B. (1989). The physical self-perception profile: Development and preliminary validation. *Journal of Sport & Exercise Psychology*.
- González-Martí, I., Bustos, J. G. F., Jordán, O. R. C., & Mayville, S. B. (2012). Validation of a Spanish version of the Muscle Appearance Satisfaction Scale: Escala de satisfacción muscular. *Body image*, 9(4), 517-523.
- Goñi, A., Esnaola, I., de Azua, S. R., Rodríguez, A., & Zulaika, L. M. (2003). Autoconcepto físico y desarrollo personal: perspectivas de investigación. *Revista de psicodidáctica*, (15-16), 7-62.

**AUTORES/AUTHORS:**

María Luisa Ballestar Tarín, Luisa Ruano Casado, Antonio Martínez Sabater, Carmen Casal Angulo

**TÍTULO/TITLE:**

Valoración de la Promoción y Educación para la Salud en Atención Primaria.

Introducción. La formación en Promoción y Educación para la Salud es un elemento esencial para el desempeño correcto y eficaz del ejercicio profesional en Enfermería. Es imprescindible disponer de una formación suficiente y de calidad, coherente con las funciones y el papel de los profesionales de la salud para resolver las desigualdades en salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003). En las últimas décadas, la necesidad de la formación de los profesionales en Promoción y Educación para la Salud viene recogida por diferentes organizaciones y en diferentes documentos tanto a nivel nacional como internacional. En España y específicamente en la Comunidad Valenciana, el personal de enfermería comunitaria, que forma parte del equipo de Atención Primaria de salud, tiene según la legislación vigente [Decreto 74 /2007, de 18 de mayo, del Consell] la responsabilidad de realizar los programas de salud específicos relativos a la mujer, la infancia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo, los enfermos crónicos, los enfermos terminales y todos aquellos que se incorporen a la cartera de servicios en base al plan de salud de la Comunidad Valenciana, así como participar en la promoción y educación para la salud en el individuo, familia, grupo o comunidad mediante actividades integradas en los programas de salud.

En los actuales planes de estudio, el alumnado de tercer curso del grado de Enfermería realiza prácticas en los Centros de Atención Primaria (Universitat de València, 2010). La Educación para la Salud constituye una de las tareas a realizar durante este periodo por lo que es importante que los y las profesionales que guían su trabajo sean capaces de transmitir esta tarea como parte de su desempeño profesional. El profesional de la Enfermería Comunitaria debe aportar a este alumnado la metodología necesaria para conocer cómo se puede proporcionar la salud de las personas desde la Atención Primaria de Salud, según los principios internacionales propuestos en la Carta de Ottawa (OMS, 1986).

El objetivo del trabajo es conocer la valoración que los profesionales de Enfermería en Atención Primaria atribuyen a la formación en Promoción y Educación para la Salud. Se trata de identificar aquellos aspectos de la formación en Educación para la Salud mejor y peor valorados por los y las enfermeras.

Método. Se trata de un estudio descriptivo transversal. La muestra está constituida por el personal de Enfermería Comunitaria que se encuentran trabajando en Atención Primaria, vinculados con la Universitat de València como profesores/as asistenciales. Se ha pasado un cuestionario de elaboración propia, basado en Arroyo, H.V.(2009) con 30 ítems de respuestas de tipo Likert, sobre las competencias científicas (14 ítems) competencias técnicas (8 ítems) y competencias sociales/participativas/personales (8 ítems) en Promoción y Educación para la Salud. La tasa de respuesta ha sido de un 60%.

Resultados. El análisis de los datos indica que todas las competencias están valoradas positivamente por todos/as los/as profesionales de Enfermería. La valoración promedio del cuestionario es de un 1,67 en una escala de 1 a 5 donde 1 es fundamental y 5 nada importante. Las competencias sociales (el saber ser) son las que han recibido la valoración más baja (1.74) mientras que las competencias científicas (el saber) tienen una puntuación media de (1,52).

La competencia considerada más relevante es la de "conocer los estilos de vida" y la que menos "conocer los antecedentes y evolución de la Promoción y Educación para la salud". Ambas competencias científicas. En cuanto a las competencias técnicas, la mejor puntuada "ser capaz de trabajar en equipo, trabajo organizado e interdisciplinar, administrar y liderar" y sin embargo, la competencia menos valorada en el puesto 28 de 30 es el "trabajo intersectorial". Por último, con relación a las competencias sociales destaca positivamente "colaborar con otros profesionales, trabajar en equipo", al contrario que "mostrar capacidad de ejercer



liderazgo estratégico”.

Discusión. Como ya se ha comentado es el profesional de Enfermería Comunitaria debe aportar los métodos necesaria para promocionar la salud a las personas desde la Atención Primaria (OMS, 1986). Por ello, es imprescindible capacitar al alumnado y al profesorado desde una visión activa de Promoción de la Salud, incluyéndose este modelo en los planes de estudio de grados. Llama la atención la alta puntuación del trabajo en equipo, pero no el trabajo intersectorial, persistiendo el modelo tradicional del trabajo en equipo solo del sector salud. Resaltar la baja puntuación obtenida en “conocer los procedimientos de evaluación e investigación en los programas de salud”, puesto 23 de 30, sería necesario insistir en este sentido, en la relevancia que tiene para la Promoción y Educación para la salud, la evaluación de los programas de intervención. No obstante, es necesario seguir investigando en esta línea, ampliando la muestra a aquellos profesionales de Enfermería Comunitaria que desarrollan sus funciones en Atención Primaria y detectar las necesidades de formación (UIPES, 2007) y proporcionar una formación continuada acorde con los principios, valores y compromisos de la Promoción y Educación para la Salud.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Arroyo, HV (2009). La Universidad y el Desarrollo de las Redes Académicas y Profesionales de Promoción de la Salud y Educación para la Salud en América Latina. Artículo a ser publicado por la Universidad Pública de Navarra en ocasión del IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud (Oct 7-9, 2009).

Decreto 74/2007, de 18 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana.

International Union for Health Promotion and Education Salud (2007). Determinar el futuro de la promoción de la salud: Acciones prioritarias. IUHPE/UIPES. Vancouver, Canadá.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2003). Formación en promoción y educación para la salud. Informe del Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud a la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. In Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud.

Universitat de València (2010). Informe de verificación del título de Grado de Enfermería. Disponible en: <http://www.uv.es/uvweb/universitat/ca/estudis-grau/oferta-graus/oferta-graus/grau-infermeria-1285846094474/Titulacio.html?id=1285847387010&plantilla=UV/Page/TPGDetail&p2=6-1> [consultado el 1 de septiembre 2014].

**AUTORES/AUTHORS:**

Nuria Alonso Peña, Mirian García Martínez, José Luis Cobo Sánchez, Inmaculada Torrijos Rodríguez, Marta Lucía Sancha Herrera, Patricia Pulido Pérez, Pedro Herrera Carral

**TÍTULO/TITLE:**

Impacto de una actividad formativa sobre elaboración de comunicaciones científicas.

**OBJETIVO:**

Analizar el impacto de una actividad formativa sobre elaboración de comunicaciones científicas en la difusión de la actividad investigadora entre el personal de Enfermería de un Hospital de referencia.

**METODOLOGIA:**

Estudio prospectivo descriptivo entre los alumnos de un curso de formación continuada, acreditada por la Comisión de Formación Continuada de nuestra comunidad, sobre elaboración y presentación de comunicaciones científicas.

Para la recogida de variables sociodemográficas se utilizó la base de datos de formación continuada de nuestro centro.

Para evaluar el impacto de la actividad formativa en la difusión de la actividad científica se revisó la base de datos de Gestión del Conocimiento de la Unidad de Investigación, identificando en la misma las siguientes variables respecto a los alumnos del curso durante los 6 meses posteriores al mismo: nº y tipo de comunicaciones a eventos científicos presentadas, ámbito del evento científico, orden de autoría, otorgación de premios.

Para el análisis de los datos se utilizó una base de datos tipo Excel, a partir de la cual se desarrolló el análisis descriptivo.

**RESULTADOS:**

El total de alumnos admitidos en la actividad formativa fue de 26, de los cuáles un 23% edad <25 años, 23% edad entre 26 y 45 años, y 50% > 45 años.

Todos los alumnos fueron mujeres de diferentes categorías profesionales: 61% Diplomados, 31% Técnicos de grado superior y 8% Técnicos de grado medio.

El 53'85% de los alumnos presentaron comunicaciones en eventos científicos: 89'29% Jornadas Locales (53'12% de participación en ámbito local), 7'14% Nacionales, 3'57% Internacionales.

Respecto al tipo de comunicación: 32'14% fueron orales, 39'29% póster, 28'57% otros. El tipo de participación como primer autor y coautores fue del 50%.

Recibieron premios el 14'29% de los alumnos, suponiendo el 40% de los otorgados en el ámbito local.

## DISCUSIÓN:

La investigación es una actividad fundamental para el progreso de cualquier disciplina en ciencias de la salud, y sus resultados deben contribuir a la mejora de la calidad y la eficiencia de la atención sanitaria(1). Las barreras que obstaculizan la investigación en Enfermería han sido recogidas por diversos estudios: escasa formación curricular en esta materia en los programas de Grado, sobrecarga laboral asistencial, recortes presupuestarios o falta de motivación(2).

Son numerosas las iniciativas que se desarrollan para mitigar estas barreras, y desde el área de Calidad, Formación, Investigación y Desarrollo del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla se planteó la impartición de una actividad formativa sobre elaboración y presentación de comunicaciones científicas, dirigido a los profesionales dependientes de la Dirección de Enfermería con el objetivo, entre otros, de fomentar la investigación y difusión de los resultados de investigación en cuidados, puesto que se considera tan importante la producción de nuevo conocimiento científico, como su divulgación, pues de lo contrario no es posible la incorporación de este nuevo conocimiento en la práctica profesional, en definitiva, en el cuidado del paciente.

En función de los resultados obtenidos, puede considerarse que la actividad formativa tuvo un impacto positivo tanto en la producción, como en la divulgación y éxito de la producción científica de los alumnos del curso.

De esta manera se considera que la barrera de la escasa formación en investigación en la formación curricular de los estudios de Grado recogida por otros estudios, se puede mitigar por este tipo de formación.

A la vista de estos resultados, se considera oportuno y necesario el desarrollo y mantenimiento en la oferta de este tipo de actividades desde las propias instituciones, apoyando la creación y desarrollo de cultura en investigación en cuidados.

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

### BIBLIOGRAFÍA:

1. Reviriego E, Cidoncha MA, Asua J, Gagnon MP, De Lorenzo E, Garate L, et al. Adaptación y evaluación de un programa de formación on-line en lectura crítica dirigido a profesionales de enfermería. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA. 1ª edición. Vitoria: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2013.
2. Oltra E, Riestra R, Alonso F, García JL, Martínez MM, Miguélez R. Dificultades y oportunidades para investigar percibidas por las enfermeras en Asturias. *Enferm Clin*. 2007;17(1):3-9.
3. Moreno Casbas T, Fuentelsaz-Gallego C, González María E, Gil de Miguel A. Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. *Enferm Clin*. 2010;20(3):153-164.
4. López Alonso SR, Gálvez González M, Amezcua M. Investigación de las enfermeras andaluzas y estrategias de mejora. *Rev ROL Enf* 2013; 36(4):280-291.
5. Ortuño-Soriano Ismael, Posada-Moreno Paloma, Fernández-del-Palacio Encarnación. Actitud y motivación frente a la investigación en un nuevo marco de oportunidad para los profesionales de enfermería. *Index Enferm [revista en la Internet]*. 2013 Sep [citado 2014 Sep 10]; 22(3): 132-136. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962013000200004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000200004&lng=es)

**AUTORES/AUTHORS:**

VÍCTOR MARTÍN-BUITRAGO CRUZ, HILARIO HERNÁNDEZ OVEJERO , YOLANDA SÁNCHEZ SÁNCHEZ, NOELIA LUCAS ESTEBAN, ELENA CHAMORRO REBOLLO, ÓSCAR ÁLVAREZ LÓPEZ

**TÍTULO/TITLE:**

¿Cómo actuarían los entrenadores de fútbol en un episodio de muerte súbita cardíaca en el deportista?

1. **Objetivos:** el objetivo general del estudio es analizar el grado de conocimiento y formación de los entrenadores de fútbol para identificar la sintomatología cardíaca en el deportista, y de esta forma, prevenir los episodios de Muerte Súbita Cardíaca (MSC). Como objetivo específico se pretende conocer si existe disponibilidad de acceso a un Desfibrilador Externo Semiautomático (DESA) y la capacidad de manejarlo por los entrenadores conforme a las últimas recomendaciones del European Resuscitation Council (2010).
2. **Métodos:** estudio cuantitativo descriptivo transversal a través de un cuestionario autoadministrado de elaboración propia. Las variables recogidas fueron demográficas (género y edad), nivel de formación académica, área geográfica donde se ubica el equipo entrenado, nivel técnico y años de experiencia de los entrenadores. La encuesta pretendía revelar su nivel de conocimiento sobre la principal sintomatología cardíaca del deportista e identificar las actuaciones que llevarían a cabo en una parada cardiorrespiratoria. Además se preguntó sobre la formación previa recibida y el conocimiento del DESA. Las condiciones requeridas por los sujetos incluidos en el estudio fueron monitores y entrenadores de equipos de fútbol con título acreditativo de monitor deportivo o entrenador de nivel 1 al 3, independientemente de su edad y cuya actividad quedase limitada al ámbito geográfico de la Comunidad de Madrid. Se excluyeron del estudio aquellos entrenadores sin titulación oficial. La medida de los resultados se enuncia en cifra numérica exacta al tratarse de un grupo reducido y se expresa en medias, porcentajes con respecto al total del grupo muestra.
3. **Resultados:** se obtuvieron 60 cuestionarios que demostraron que la mayoría de los entrenadores tenían nociones básicas sobre la MSC y conocían algunos de los síntomas más importantes de la patología cardíaca así como el procedimiento de activación de los sistemas de emergencias, además el 50% de ellos conocía las recomendaciones en maniobras de Reanimación Cardiopulmonar (RCP). No obstante, las competencias de los entrenadores podrían ser mejorables ya que sólo la mitad tenía conocimientos actualizados sobre RCP. Por otra parte, el 50% de las instalaciones deportivas donde estos profesionales realizan su actividad, carece de un desfibrilador semiautomático.
4. **Discusión:** es importante formar a los entrenadores en el reconocimiento de síntomas previos a un episodio de desfallecimiento en un deportista, así como aumentar el número de horas en asignaturas sanitarias durante su curso de capacitación para obtener una mejor preparación. En los entrenadores con más años de experiencia, se ha observado una mayor desactualización de sus conocimientos, por lo que sería deseable impartir cursos de reciclaje para solucionar este problema. Por otra parte, la presencia del desfibrilador es esencial para mejorar la supervivencia en estos casos, por ello, es recomendable su presencia en todas las instalaciones deportivas. Finalmente se sugiere la posibilidad de impartir cursos de primeros auxilios a los deportistas federados ya que en su práctica deportiva, ellos pueden ser los primeros en atender un desvanecimiento de un compañero. Conforme a las implicaciones para la práctica clínica, el profesional de enfermería de los centros deportivos debe implicarse en la formación de los entrenadores mediante cursos y seminarios teórico-prácticos incidiendo en la patología cardíaca del deportista y el abordaje de un episodio de MSC. Es necesario dotar a todos los centros deportivos de un DESA y difundir sus instrucciones de empleo.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Schmied C, Borjesson, M. Sudden cardiac death in athletes. *Journal of internal medicine*. 2014; 275(2): 93-103.
2. Brugada R. La muerte súbita en el corazón sano. *Rev Esp Cardiol*. 2010; 10(A): 78-84.
3. Manonelles Marqueta P, Aguilera Tapia B, Boraita Pérez A, Pons de Beristain C, Suárez-Mier MP. Estudio de la muerte súbita en deportistas españoles. *Investigación cardiovascular*. 2006; 9: 55-73.
4. Pérez A, González Zuelgaray J. Muerte súbita en deportistas. Importancia del reconocimiento de las miocardiopatías. *Rev Insuf Cardíaca*. 2009; 4(3):130-135.
5. Myerburg, RJ. Sudden cardiac death: exploring the limits of our knowledge. *Journal of cardiovascular electrophysiology*. 2001; 12(3): 369-381.
6. Suárez-Mier MP, Aguilera B. Causas de muerte súbita asociada al deporte en España. *Rev Esp Cardiol*. 2002; 55(4): 347-58.
7. Bohm P, Kästner A, Meyer T. Sudden cardiac death in football. *Journal of sports sciences*. 2013; 31(13): 1451-1459.
8. Higgins JP, Andino A. Soccer and Sudden Cardiac Death in Young Competitive Athletes: A Review. *Journal of Sports Medicine*. 2013; 2013.
9. Boraita A. Muerte súbita y deporte. ¿ Hay alguna manera de prevenirla en los deportistas?. *Rev Esp Cardiol*. 2002; 55(4), 333-336.
10. Corrado D, Pelliccia A, Bjørnstad HH, Vanhees L, Biffi A, Borjesson M et al. Cardiovascular pre-participation screening of young competitive athletes for prevention of sudden death: proposal for a common European protocol Consensus Statement of the Study Group of Sport Cardiology of the Working Group of Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology and the Working Group of Myocardial and Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology. *Eur heart J*. 2005; 26(5): 516-524.
11. López-Messa JB, Herrero-Ansola P, Pérez-Vela JL, Martín-Hernandez H. Novedades en soporte vital básico y desfibrilación externa semiautomática. *Medicina Intensiva*. 2011; 35(5): 299-306.
12. Handley AJ, Koster R, Monsieurs K, Perkins GD, Davies S, Bossaert L. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005: Section 2. Adult basic life support and use of automated external defibrillators. *Resuscitation*. 2005; 67: S7-S23.

## Sesión de Comunicaciones Orales Breves VI

### Session of Oral Brief Presentations VI

#### AUTORES/AUTHORS:

M<sup>a</sup> José Ramos Carbajo, M<sup>a</sup> Ángeles González Fernández, Rosa García Fernández, Rosa Alvarez Diez, María González Gallego, M<sup>a</sup> Guadalupe Posadilla Alonso, M<sup>a</sup> Rosario G López Pérez, Henar R Bobilo de Lamo, Olga Álvarez Robles

#### TÍTULO/TITLE:

ESTUDIO EVALUACIÓN DEL USO DE HERRAMIENTAS DE VALORACIÓN EN LA ATENCIÓN A LAS MUJERES EMBARAZADAS Y PUÉRPERAS QUE DESEAN

#### OBJETIVOS

Realizar un análisis global de actividad y hallazgos en el uso durante dos años de dos herramientas de apoyo al profesional en la atención a la mujer: Evaluación prenatal-RNAO y Evaluación postparto (Herramienta IBFAT), que incluyen aspectos de valoración relevantes en el éxito del inicio y mantenimiento de la lactancia, para evaluar su utilidad.

#### MÉTODOS

ÁMBITO: Atención Primaria

ESTUDIO: Observacional descriptivo.

SUJETOS A ESTUDIO: Mujeres embarazadas y puérperas que iniciaron lactancia materna y que acudieron a la consulta de la matrona desde abril 2012 hasta mayo 2014. Total 259 casos.

VARIABLES/ DIMENSIONES ESTUDIADAS:

- Estilo de vida, estado de salud y factores físicos que pueden afectar a la capacidad de amamantar (pezón / pecho). Actitud sobre lactancia materna e intención de amamantar. Apoyo del entorno y Plan de lactancia, durante el embarazo.
- Comportamiento del bebé en una toma: tiempo que pasó desde que se colocó el lactante al pecho hasta que logró el agarre y la succión. Valoración de la satisfacción de la madre con la toma al pecho.
- Plan de cuidados ante las complicaciones al inicio de la lactancia, recogidas en la evaluación posnatal.

INSTRUMENTOS DE RECOGIDA: Hojas de Valoración Prenatal y Valoración Postparto

TRATAMIENTO DATOS: Volcado en Tabla Excel. Análisis estadístico univariante descriptivo de frecuencias absolutas-porcentajes.

Anonimato y confidencialidad en el tratamiento de los datos obtenidos.

#### RESULTADOS PRINCIPALES

Se realizaron 127 entrevistas prenatales a embarazadas con edades comprendidas entre 20-40 años en el 93.7% de los casos (119), el 76.4%(97) de las entrevistadas tenían un nivel de estudios medio-alto. El 4.7%(6) presentó anomalías en el pezón y el 7.9%(10) estado de salud alterado que pudo condicionar la lactancia materna. El 62.2%(79) se sintió apoyada en la lactancia y el 26% tenía experiencia previa de éxito. En el plan de lactancia del 77.9% (99) de las entrevistadas figuró intención de amamantar el mayor tiempo posible.

Se realizaron 132 entrevistas posnatales en los primeros seis días tras el alta hospitalaria. Constó en el 33.4%(43) el tiempo de agarre y succión, inferior a 3 minutos en el 67% casos (27). La Valoración de satisfacción materna con las tomas figura en el 85.6%(113) y fue en el 52.2%(59) satisfecha o muy satisfecha.

Los Planes de cuidados específicos por complicaciones o situaciones especiales fueron el 26.5% (35): grietas (25), pezones planos (4), pezones invertidos (2), exceso secreción láctea (1); hipogalactia por reducción mamaria (1), otras (2).

#### DISCUSIÓN

A pesar de la falta de datos en algunos campos de las valoraciones podemos concluir que la presencia de factores físicos que comprometan la viabilidad de la lactancia es poco frecuente y se circunscribe al pezón. La mayoría de las mujeres mostraron durante el embarazo intención de amamantar durante el máximo tiempo posible.

Al inicio de la lactancia, los objetivos más frecuentes de los planes de cuidados son: conseguir un buen agarre y succión y evitar/tratar la aparición de grietas.

#### IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

La revisión del uso de las herramientas evaluadas nos permite optimizar su aplicación:

- Mejorando la cumplimentación de los distintos campos
- Incluyendo estas herramientas en nuestro sistema informático (MEDORA)

· Optimizando la elaboración de los planes de cuidados individualizados en el marco de la práctica en un Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Asociación profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO). Guía de Buenas Prácticas en enfermería Lactancia Materna. 2007
- Asociación profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO). Herramienta de implantación de las Guías de Práctica Clínica. Disponible en [http:// www.evidenciasencuidados.es](http://www.evidenciasencuidados.es)
- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP). Lactancia Materna: Guía para profesionales. Monografía de la AEP nº 5. Ediciones ERGON. 2004
- Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna. Editorial Médica Panamericana –Madrid 2008. Disponible en <http://www.medicapanamericana.com>
- Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. La Salud desde el principio. Guía de salud materno infantil. Valladolid. Mayo 2009

**AUTORES/AUTHORS:**

Maria Inmaculada de Molina-Fernandez, Lourdes Rubio-Rico, Alba Roca-Biosca, Cristobal Añez-Simón, Miriam de la Flor- Lopez, Maria Jimenez-Herrera

**TÍTULO/TITLE:**

Los Programas de Educación maternal, sesión educativa basada en el “coaching” como elemento de mejora

En una reciente revisión Cochrane, Gagnon (1), ha cuestionado los beneficios de los Programas de Educación Maternal (PEM) para el parto; aún así, lejos de desaconsejar la recomendación de estos programas, esta revisión pretende mejorar las estrategias educativas de estos programas y unificar sus objetivos fundamentales.

Los PEM precisan de nuevos enfoques educativos más acordes a la realidad asistencial ante la que nos enfrentamos y una sesión educativa basada en la filosofía del coaching es nuestra apuesta. Este enfoque educativo se basa en que la matrona del hospital, a través de una conversación facilitadora, pregunta y deja que sea la mujer quien descubra sus propios objetivos ante el parto, favoreciendo su consecución mediante el entrenamiento de habilidades comunicativas, fomentando conductas y actitudes proactivas y asertivas con el entorno.

**Objetivo**

Determinar la eficacia de una sesión educativa para gestantes basada en el coaching, diseñada, implementada y evaluada durante el transcurso de esta investigación con el objetivo de mejorar de la satisfacción y al grado de cumplimiento de expectativas de las mujeres tras el parto.

**Método**

El estudio se planteó como un diseño cuasi-experimental de 2 fases (FASES I y II), consecutivas en el tiempo y con participantes diferentes en cada una de ellas.

En la FASE I (grupo control (N= 78)), con un diseño mixto, cuantitativo y cualitativo, se recogieron las experiencias de un grupo de mujeres tras su parto. En esta fase, tras el análisis, se diseñó una sesión educativa grupal, basada en el Coaching. Los temas centrales de esta sesión fueron los aspectos que, una vez analizados, parecían condicionar la satisfacción y el grado de cumplimiento de expectativas previas: el dolor, las preocupaciones y miedos que genera el parto, el conocimiento del entorno físico y profesional del parto, el acompañamiento y la importancia de generar expectativas realistas.

En la FASE II (grupo experimental (N=44)), se implementó y evaluó la sesión educativa diseñada, con un grupo de gestantes diferentes al de la primera, aunque de características similares. La información se recogió de forma idéntica a la fase anterior, en cuanto a las metodologías y técnicas utilizadas, las variables recogidas y el momento en que se recogía la información.

**Resultados**

Una vez realizada la sesión educativa se estableció una comparativa entre los resultados obtenidos en ambas fases con el objetivo de evaluar la eficacia de la sesión. Se encontraron diferencias en cuanto a que las mujeres de la FASE II se sintieron mejor informadas respecto al tratamiento del dolor (X2-test p-valor< 0,001); sintieron menos miedo al ginecólogo (X2-test p-valor = 0,005), y al dolor postparto (X2-test p-valor = 0,009) y valoraron mejor el hospital (Mann-Whitney test p-valor= 0,007); apreciándose por último una mayor satisfacción global aunque sin significación estadística. Sin embargo el grado de incumplimiento de expectativas, otro de los aspectos evaluables, fue superior en la FASE II (45,4% vs 38,2). En este sentido comentar que las instrumentaciones, cesáreas y la presencia de complicaciones fueron superiores en esta fase, aspectos que, tras el análisis cualitativo, resultaron ser determinantes.

**Discusión**

La satisfacción maternal tras el parto, fue alta, especialmente en la FASE II, ya que la totalidad de las mujeres se mostró “satisfecha” o “muy satisfecha”. Además, tuvo significación estadística, el hecho de que las mujeres participantes en la FASE II, valoraron mejor



el hospital. En esta fase, las mujeres se sintieron mejor informadas, valoraron más positivamente la forma en que se les había tratado el dolor y se mostraron globalmente más satisfechas tras el parto. El dolor y su tratamiento se sitúan, en este sentido, como piezas clave, como ya se encontró en estudios previos (2,3).

Sin embargo se pudo comprobar en ambas fases que un alto grado de satisfacción tras el parto, no comportaba un mayor grado de cumplimiento de expectativas previas ya que un porcentaje elevado de estas mujeres no las cumplió. Los motivos de dicho incumplimiento en la FASE I, se centraron principalmente en el dolor y su tratamiento y en la calidad de la información y el trato profesional percibido; en la FASE II se apreció que además de los aspectos comentados las instrumentaciones, cesáreas y aparición de complicaciones resultaron determinantes en este sentido.

La mayoría de las mujeres quieren un parto rápido y poco doloroso (4) y a ser posible sin ninguna intervención médica (5). La realización de una cesárea de urgencia (no electiva), incumple las expectativas previas al parto y se relaciona con una peor experiencia de parto, al ser comparada con un parto vaginal (6).

Concluimos que una sesión educativa basada en el coaching que implique a las matronas del hospital, favorece la adquisición de una mayor competencia emocional frente al parto, y mejora la confianza en los profesionales y el entorno, aunque se debería aumentar el número de sesiones a dos o tres. Sería interesante, por otro lado, plantearse estrategias para disminuir el número de cesáreas y partos instrumentados en las maternidades de nuestro entorno.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- (1) Gagnon A, Sandall J. Educación prenatal grupal o individual para el parto, la maternidad/paternidad o ambos (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus 2008(4).
- (2) Christiaens W, Bracke P. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2007;7(1):26.
- (3) Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs* 2004;46(2):212-219.
- (4) Gibbins J, Thomson AM. Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery* 2001 Dec;17(4):302-313.
- (5) Fenwick J, Hauck Y, Downie J, Butt J. The childbirth expectations of a self-selected cohort of Western Australian women. *Midwifery* 2005;21(1):23-35.
- (6) Wiklund I, Edman G, Ryding EL, Andolf E. Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2008;115(3):324-331.

**AUTORES/AUTHORS:**

Àngels López-Ester, Concepció Fuentes-Pumarola

**TÍTULO/TITLE:**

Afrontamiento y apoyo formal en los padres de recién nacidos ingresados en una Unidad de Neonatología

**OBJETIVOS:**

El ingreso hospitalario de un recién nacido prematuro provoca en los padres un elevado grado de angustia y estrés con repercusiones a largo plazo. El primer objetivo de este trabajo es conocer cómo afrontan los padres y las madres el ingreso hospitalario de su hijo prematuro y qué tipos de estrategias utilizan con más frecuencia. El segundo es analizar la relación entre dicho afrontamiento y la valoración que hacen los padres de los diferentes aspectos del apoyo formal.

**MÉTODOS:**

Estudio descriptivo, analítico y transversal con una muestra de 40 padres y 40 madres que tenían sus hijos ingresados en la Unidad en Neonatología (NICU) del Hospital Universitario Josep Trueta de Girona (España) en el año 2009. La recogida de datos se llevó a cabo a través de un cuestionario de elaboración parcialmente propia que consta de dos partes: Instrumento CAI-1 de Fierro y Jiménez(1,2) para analizar las estrategias de afrontamiento. Las variables del apoyo formal se recogieron a través de 6 preguntas (escala Likert) en las que se valoró entre otras la información recibida; participación, capacidad y dificultades en los cuidados del recién nacido.

**RESULTADOS:**

La media de edad de los padres participantes en el estudio (n=40) fue de 33,15 (DT= 5,39) años y la de las madres (n=40) de 30,40 (DT= 4,63).

Las estrategias de afrontamiento más utilizadas tanto para las madres como para los padres son "buscar soluciones como ante cualquier problema", con un porcentaje para los padres del 84,2% (n=32) y las madres del 69,2% (n=27). Les sigue la estrategia "aceptar y tratar de mantener la calma": 69,2% (n=27) y un 60% (n=24) para los padres y madres respectivamente. La tercera estrategia más utilizada fue "considerar el caso y ver que no es tan grave" con un 56,8% (n=21) para los padres y un 41% (n=16) para las madres.

Al contrastar las variables de afrontamiento y las que éste supone del padre con las de la madre, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las respuestas "tratando de olvidar", los padres (10,5%) tienden más a esta estrategia que las madres (7,6%) ( $X^2c(1)=5,39$ ;  $p=0,02$ ); y "dándose cuenta de que tiene más recursos a nivel personal de los que creía", en este caso más padres (43,2%) que madres se dan cuenta de los propios recursos (28,2%) ( $X^2c(1)=3,97$ ;  $p=0,04$ ).

Referente a la relación entre dicho afrontamiento y la valoración que hacen los padres de los diferentes aspectos del apoyo formal, se observaron varios aspectos que se relacionan con el afrontamiento del padre:

1. La puntuación de la información recibida por parte de la enfermera, en el caso de los padres es más alta cuando "se dan cuenta de que tienen más recursos a nivel personal de los que creían", con una media de 8,49 (DT=1,65) respecto a 8,43 (DT=1,68) en las madres (escala likert de 1 a 10), ( $R_p=14,69$ ; 24,66) ( $U=77,50$ ;  $p=0,004$ ). Se observa esta misma relación con los padres cuando "buscan apoyo en otras personas" ( $R_p=18,65$ ; 29,20) ( $U= 39,00$ ;  $p=0,044$ ).
2. La participación en la toma de decisiones valorada con una media de 6,60 (DT=3,14) en padres y de 5,95 (DT=3,66) en madres se relaciona, en el caso de los padres, con "se dan cuenta de que tienen más recursos a nivel personal de los que creían" ( $R_p=14,40$ ; 25,03) ( $U=71,50$ ;  $p=0,003$ ).
3. La participación en los cuidados que precisa su hijo donde la puntuación es más alta en padres, con una media de 7,65 (DT= 2,38) versus 7,85 (DT= 2,28) en madres, también se relaciona, en el caso de los padres, con los ítems: "se da cuenta de que tiene más recursos a nivel personal de los que creía" ( $R_p=14,21$ ; 25,28) ( $U=67,50$ ;  $p=0,002$ ) y "acepta y trata de mantener la calma" ( $R_p=11,82$ ;

23,21) (U=64,00; p=0,004).

4. La capacidad en realizar dichos cuidados al llegar a casa, con una media de puntuación en los padres de 8,18 (DT=2,36) versus 7,98 (DT=2,58) en las madres, es más alta en los padres que se "dan cuenta de que tienen más recursos a nivel personal de los que creían" (Rp=13,71; 25,94) (U=57,00; p=<0,0005).

#### DISCUSIÓN:

Varios autores(3-7) manifiestan la importancia de la información a los padres así como de su participación en los cuidados y en la toma de decisiones del equipo sanitario. Otras investigaciones hacen evidente que primero es necesario una evaluación para ajustar la información a las necesidades, ya que éstas también dependerán de la forma como los padres afrontan la situación(7,8). Además se constatan la importancia que tiene la educación sanitaria en los padres para ayudarles a afrontar la llegada a casa(6,9) y de sus efectos en la reducción del estrés familiar(3). El hecho de no poder cuidar más al bebé provoca a veces sentimientos de frustración, contrariedad, molestia o estar enfadado(6,10).

Padres y madres no afrontan igual el proceso de tener un hijo ingresado en NICU. El padre se percata de sus propios recursos y afronta la situación cuando adquiere competencia a través de la educación sanitaria que le proporciona la enfermera de neonatología, es un aspecto fundamental a tener en cuenta en el proceso de los cuidados centrados en la familia. Esta competencia le permitirá realizar acciones autónomas eficaces que permitirán diluir la tensión que se produce entre la madre y el recién nacido en el proceso de afrontamiento del rol maternal.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Fierro A, Jiménez JA. Un formato de estudio de acontecimientos impactantes y su afrontamiento. *Escritos de Psicología* 1998;2:25-65.
2. Fierro A, Jiménez JA. Eventos estresantes y afrontamiento en el dominio familiar: construcción conceptual y aproximación empírica. En Buendía J: *Familia y psicología de la salud*. Madrid: Ediciones Pirámide; 1999. p. 49-78.
3. Rowe J, Jones L. Facilitating transitions. Nursing support for parents during the transfer of preterm infants between neonatal nurseries. *J Clin Nurs* 2008;17(6):782-89. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02118.x
4. Lindberg B, Axelsson K, Ohrling K. Adjusting to being a father to an infant born prematurely: experiences from Swedish fathers. *Scand J Caring Sci* 2008;22(1):79-85. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00563.x
5. Mok E, Foon S. Nurses as providers of support for mothers of premature infants. *J Clin Nurs* 2006;15(6):726-34. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01359.x
6. Swartz M. Parenting preterm infants: a meta-synthesis. *J Matern Infant Nurs* 2005;30(2):115-20.
7. Bakewell-Sachs S, Gennaro S. Parenting the post-NICU premature infant. *Am J Matern Infant Nurs* 2004; 29(6):398-403.
8. Spear ML, Leef F, Epps S, Locke R. Family reactions during infants' hospitalization in the neonatal intensive care unit. *Am J Perinatol* 2002; 9(4):205-13. doi: 10.1055/s-2002-28484
9. Aagaard H, Hall EO. Mother's experiences of having a preterm infant in the neonatal intensive care unit: a meta-synthesis. *J Pediatr Nurs* 2008; 23(3):26-36. doi:10.1016/j.pedn.2007.02.003
10. Fregan L, Helseth S, Slettebo A. Nurses as moral practitioners, encountering parents in neonatal intensive care units. *Nurs Ethics* 2005;13(1):52-64. doi: 10.1191/0969733006ne849oa

**AUTORES/AUTHORS:**

JUANA MARIA MOREIRA RODRIGUEZ, CRISTINA CARO MARTINEZ, EVA LORENZO GOMEZ, BELEN GOMEZ GIL, SILVIA CASTELLANO NAVARRO, FRANCISCO MANUEL PUERTO AGUILAR, SILVIA VALLCANERAS DIEGUEZ, MARIA CRUZ ELVIRA MARTÍN, AUREA MARIA RIVERO REYNEL

**TÍTULO/TITLE:**

ESTUDIO DE LA ADHESIÓN A LA LACTANCIA MATERNA EN EL RECIÉN NACIDO HOSPITALIZADO

Actualmente es indiscutible que la leche materna es el mejor alimento que puede recibir un bebé en las primeras etapas de su vida. Existe abundante evidencia de que la lactancia materna (LM) aporta grandes beneficios para la salud a corto y largo plazo de los recién nacidos y de sus madres.

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida y con alimentos complementarios adecuados hasta los dos años de edad o más.

Ante estas evidencias es primordial impulsar y potenciar la LM como una fuente de alimentación beneficiosa para la salud, ecológica y económica. Para ello, se propuso como objetivo identificar los factores que predisponen o que motivan a las mujeres a amamantar y aquellos que facilitan y refuerzan el inicio y mantenimiento de la lactancia, con la finalidad de obtener acciones y estrategias de apoyo individual y colectivo a la lactancia materna.

**OBJETIVOS:**

- Establecer el porcentaje de madres con recién nacidos hospitalizados que inician lactancia materna y la mantienen más allá de los seis meses de vida.
- Conocer el perfil de las madres de los niños ingresados en la unidad de Cuidados Medios Neonatales y las características asociadas a la decisión de dar LM y su mantenimiento.
- Establecer la posible relación entre LM más allá de los 6 meses y: Nivel de educación, etnia, edad, maternidad en solitario o en pareja, experiencia previa, entorno laboral, edad gestacional, peso al nacer, tipo de parto, derecho a hospedería, decisión previa al parto, obesidad, tabaquismo, apoyo familiar, apoyo de la pareja.

**MÉTODO:**

Estudio descriptivo con base prospectiva, realizado en el Hospital Universitario Son Espases de Palma de Mallorca entre los meses de febrero de 2012 a mayo 2013.

La unidad de Cuidados Medios Neonatales cuenta con 24 puestos asistenciales, con un promedio de 530 ingresos anuales.

La población a estudio la constituyeron las madres con niños ingresados en Cuidados Medios Neonatales. Para recoger la información se utilizó un cuestionario al ingreso del niño y otro realizado telefónicamente a los 6 meses de vida, ambos cuestionarios diseñados al efecto.

La variable principal fue el mantenimiento de la LM transcurridos los 6 meses.

Las variables estudiadas fueron procesadas mediante el programa estadístico SPSS v 18.0. Se sometieron a análisis descriptivos e inferenciales para establecer relaciones y diferencias a nivel de variables cualitativas. Las mismas variables se sometieron a asociaciones con respecto a la variable principal, intentando ofrecer el mayor valor explicativo posible de los datos recogidos y el método usado.

**RESULTADOS:**

La muestra de madres captadas para el estudio fue de 312. La prevalencia de la LM al inicio es del 77,2% (241), y 22,8% (71) de

lactancia artificial (LA).

La pérdida de datos entre el primer y segundo cuestionario es de un 7,4% (23), y es debido a la imposibilidad de contactar telefónicamente. Quedando para el análisis estadístico 218 madres.

Variables como la edad de la madre, el nivel de estudios, la constitución del núcleo familiar o el hecho de que la madre trabaje, no se ha podido asociar con el mantenimiento de la lactancia por encima de los 6 meses.

En cuanto a las variables: tipo de parto, enfermedad de la madre/niño, edad gestacional y peso al nacer, tampoco muestra una significación estadística con respecto a la variable principal.

El apoyo familiar y de la pareja es considerado como un factor muy positivo en el mantenimiento de la lactancia, pero no es significativa por encima de los 6 meses.

En otro orden de datos, los resultados muestran que factores como el hábito tabáquico ( $p=0,028$ ), la experiencia anterior en lactancia ( $p=0,037$ ) y el nº de hijos nacidos en el mismo parto ( $p=0,010$ ), incide significativamente en la probabilidad de mantener la LM por encima de los 6 meses.

El 92,9% de las madres encuestadas, tenían la decisión tomada antes del parto y sólo un 0,5% modificó su decisión por la información recibida durante la estancia en la unidad.

Al realizar el segundo cuestionario, sólo el 37,6% continuaba con LM.

Cabe destacar un pico de abandono de la lactancia durante el primer mes de vida.

Entre los motivos de abandono de la LM destaca la percepción de la madre de leche insuficiente 34,9%.

Sólo el 15,1% de las madres refirió que la LM había sido exclusiva durante todo el proceso.

#### DISCUSIÓN:

El hecho de que la mayoría de las madres que manifestaron la intención de amamantar a sus hijos, tuvieran la decisión tomada antes del parto, sugiere que disponer de una información adecuada y estructurada con anterioridad contribuye a que la madre se decante por la LM y esté más preparada para asumir los retos y dificultades que la misma conlleva.

Las interferencias tales como la introducción de alimentación complementaria, el uso de biberones y tetinas en el agarre al pecho, pueden llevar a un fracaso en el ajuste entre la demanda del bebe y la producción de leche y, finalmente, al abandono de la LM.

Implicaciones para la práctica: Las instituciones sanitarias y sus profesionales pueden contribuir de forma decisiva al apoyo de la LM, promoviendo medidas de comunicación e información que mejoren el conocimiento que de ella tienen la población en general, y las futuras madres y padres en particular.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) World Health Organisation Staff. Global strategy for infant and young child feeding. : World Health Organization; 2003.
- (2) Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, Trikalinos T, Lau J. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Technol Asses (Full Rep)* 2007;153:1-186.
- (3) Allen J, Hector D. Benefits of breastfeeding. *New South Wales Public Health Bulletin* 2005;16(4):42-46.
- (4) van Rossem L, Oenema A, Steegers EA, Moll HA, Jaddoe VW, Hofman A, et al. Are starting and continuing breastfeeding related to educational background? The Generation R Study. *Pediatrics* 2009;123(6):e1017-e1027.
- (5) Osorio Castaño JH, Botero Ortiz BE. Factors associated to the duration of exclusive breastfeeding. *Investigación y Educación en Enfermería* 2012;30(3):390-397.
- (6) Oliver Roig A. El abandono prematuro de la lactancia materna: incidencia, factores de riesgo y estrategias de protección,

promoción y apoyo a la lactancia. 2012.

(7) Hector D, King L, Webb K, Heywood P. Factors affecting breastfeeding practices. Applying a conceptual framework. New South Wales public health bulletin 2005;16(4):52-55.

(8) Encuesta Nacional de Salud 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006. <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm> .

(9) Sanchez Bayle M, Cano Fernandez C, Garcia Garcia MC, Yep Chullen G, Perez Suarez E. Immigration, breastfeeding and smoking habit. An Pediatr (Barc) 2008 May;68(5):462-465.

(10) Iglesias Casas S. Sociocultural and healthcare factors influencing the choice and duration of breast feeding in a regional hospital. Enferm Clin 2008 May-Jun;18(3):142-146.

(11) Flacking R, Dykes F, Ewald U. The influence of fathers' socioeconomic status and paternity leave on breastfeeding duration: a population-based cohort study. Scand J Public Health 2010 Jun;38(4):337-343.

(12) Aguayo Maldonado, Josefa. et al. Lactancia materna en andalucía. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2005.

(13) Otal-Lospaus S, Morera-Liáñez L, Bernal-Montañes MJ, Tabueña-Acin J. El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea. 2012.

(14) Gonzalez IA, Auchter MSH, Auchter MC. Lactancia materna exclusiva factores de éxito y/o fracaso. Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina 2008;177:1-5.

**AUTORES/AUTHORS:**

Ernestina Maria Batoca Silva, Raquel Silva Castro, Suzana Maria Serrano André

**TÍTULO/TITLE:**

PERCEPCIÓN DE LAS MADRES SOBRE LAS PRÁCTICAS DE LA ENFERMERA EN PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

**Introducción:** La leche materna es un alimento vivo, completo y natural, adaptada a todos los recién nacidos, salvo raras excepciones, siendo una de las maneras más eficientes para suprimir los requerimientos nutricionales, inmunológicos y psicológico de los niños. La lactancia materna es un acto cuyo éxito depende de factores históricos, socio-culturales y psicológicos de la madre, así como del compromiso y del conocimiento técnico y científico de los profesionales de la salud. Como la enfermera es el profesional que se relaciona más estrechamente a la mujer durante el embarazo y después del parto, es de extremadamente importancia para identificar la percepción de estas mamás acerca de las prácticas de enfermería en la promoción de la lactancia materna.

**Métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo-correlacional y transversal, no probabilística, intencional por conveniencia, con 88 madres que acompañan a sus hijos de edades comprendidas entre 1 y 3 años, en los servicios de Neonatología, Pediatría, Emergencia Pediátrica y UCIN, del Centro Hospitalario de la subregión del Baixo Vouga, EPE, Portugal, durante el mes de mayo de 2012.

Utilizamos un cuestionario elaborado a partir del previamente validado por Silvestre (2009) e incluye tres grupos de cuestiones: caracterización demográfica, sobre las actitudes respecto a la lactancia materna (experiencia de la lactancia materna, motivación para dar el pecho y la decisión de la lactancia materna) y preguntas sobre la falta de educación de la lactancia materna realizado por la enfermera (fomentar la lactancia materna, promoción de la lactancia materna, protección/apoyo en la lactancia materna y confianza de la madre con la enfermera).

**Resultados:** Los resultados han revelado que es la educación, ocupación, tiempo y lugar dedicado a la actividad laboral, los que tienen influencia estadísticamente significativa en la percepción de las madres. El 43,2% de las madres consideran las prácticas de las enfermeras como razonables, seguidas del 29,5% que las clasifican como malas.

**Conclusión:** La transmisión de conocimientos por parte de profesionales y la capacitación de la madre para la lactancia materna es una tarea difícil. Las enfermeras deben reflexionar conjuntamente sobre sus prácticas y formación sobre la lactancia materna y confrontar las opiniones de los usuarios y enfermeras.

**Palabras clave:** La lactancia materna; Percepción de las madres; Prácticas de enfermería; Promoción a la lactancia materna.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. WHO. Infant and Young Child Feeding: Model Chapter for Textbooks for Medical Students. 2009.
2. Ferreira R, Neves R, Virella D, Cordeiro Ferreira G. Amamentação e Dieta Materna. Influência de Mitos e Preconceitos. Acta Pediatr Port. 2010;41(3):105-10.
3. Brito H, Alexandrino AM, Godinho C, Santos G. Experiência do aleitamento materno. . Acta Pediátrica Portuguesa. 2011;42(5):209-14.
4. Roig AO, Martínez MR, García JC, Hoyos SP, Navidad GL, Alvarez JC, et al. Factors associated to breastfeeding cessation before 6 months. Rev Lat Am Enfermagem. 2010;18(373-380).
5. Brown A, Raynor P, Lee M. Young mothers who choose to breast feed: the importance of being part of a supportive breast-feeding community. Midwifery. 2011;27:53-9.
6. La Del Ciampo IS, Ferraz JC, Daneluzzi RG. Aleitamento materno exclusivo: do discurso à prática. Pediatría. 2008;30(1):22-6.
7. Azevedo D, Reis A, Freitas L, Costa P, Pinheiro P, Damasceno A. Conhecimento de primíparas sobre os benefícios do

aleitamento materno. Rev RENE. 2010;11(2):5-62.

8. Castro K, Souto C, Rigão T, Garcia T, Bustorff L, Braga V. Intercorrências mamárias relacionadas à lactação: estudo envolvendo puérperas de uma maternidade pública de João Pessoa, PB. O Mundo da Saúde. 2009;33(4):433-9.

9. Quirino L, Oliveira J, Figueiredo M, Quirino G. Significado da Experiência de Não Amamentar Relacionado Às Intercorrências Mamárias. Cogitare Enfermagem. 2011;16(4).

10. Cunha ACB, Santos C, Gonçalves RM. Concepções sobre maternidade, parto e amamentação em grupo de gestantes. Arquivos Brasileiros de Psicologia. 2012;64(1):139-55.

11. Andrade M, Oliveira M, B Filho J, Almeida L, Veras M. Desmame precoce: vivência entre mães atendidas em unidade básica de saúde em Fortaleza-Ceará. Rev Rene. 2009;10(1):104-13.

12. Galvão D. Formação em aleitamento materno e suas repercussões na prática clínica

13. Revista Brasileira de Enfermagem. Associação Brasileira de Enfermagem 2011;64:308-14.



**AUTORES/AUTHORS:**

M<sup>ª</sup> Teresa Alcolea Cosín, Matilde Fernández Fernandez-Arroyo, Cristina Oter Quintana, Angel Martín García, Elena Martín Robledo, José Miguel Mansilla Domínguez

**TÍTULO/TITLE:**

EL PAPEL DE LA ENFERMERA COMO

**JUSTIFICACIÓN:** Desde que Bowlby fundamentara la importancia del apego para la salud mental de los niños en 1950 no se ha parado de investigar en esta área (1). En este momento se considera que el apego en la infancia es un elemento determinante del desarrollo emocional y social del niño (2) y que los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental en el fomento de un apego seguro en la infancia (3). Sin embargo se necesita más conocimiento sobre el papel facilitador del apego de las enfermeras y matronas.

**OBJETIVOS:** Identificar y analizar las evidencias disponibles en la literatura científica sobre el papel de la enfermera/o como "apegadora" o facilitadora del desarrollo del apego entre las madres/parejas e hijo.

**MÉTODO:** Se realizó una revisión sistemática en 7 bases de datos: OpenThesis, LILACS, Medline/Pubmed, CINAHL, CUIDEN, Cochrane Plus, FISTERRA, desde 1 de enero 1982 al 1 de mayo 2014. Fue utilizado como límite de tiempo el año 1951 por la relevancia de los trabajos de Bowlby(4). Se limitó el idioma de la publicación a inglés, francés y castellano. Se incluyeron estudios sobre apego en relación a enfermeras y matronas, independientemente del escenario de estudio. Se utilizaron las siguientes palabras claves: ObjectAttachment, nurse, midwife, baby. 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 Medicine<sup>6</sup>.

**RESULTADOS:** Cumplieron los criterios de inclusión 0 trabajos en OpenThesis, 28 en Medline/Pubmed, 2 en LILACS, 3 en CINAHL, 3 en CUIDEN y 0 revisiones en Cochrane. Las enfermeras de cuidados intensivos neonatales y las matronas son las que más están investigando sobre el tema. La revisión de Alhusen encuentra que el fomento del apego con las madres debe iniciarse en la gestación, sobre todo en las gestaciones en las que aparece alguna complicación que pueda afectar a la vinculación madre-padre-hijo y/o en las gestaciones a las que se llega tras técnicas de reproducción asistida (5). En el metaanálisis de Bakermans-Kranenburg (6) se evidencia la mayor efectividad de las intervenciones sobre el apego basadas en la sensibilidad parental frente a las intervenciones destinadas a cambiar las representaciones mentales en los padres. Según este trabajo la atención puede lograrse en un intervalo de 5 a 16 sesiones de un par de horas cada una, para las que las grabaciones en video son de utilidad. Junto con las intervenciones individualizadas, hay programas grupales como Right From The Start (7) que pretenden mejorar la sensibilidad parental mediante un modelo de aprendizaje activo (8). Diferentes países europeos han adoptado esta técnica en el marco de sus programas de intervención temprana destinados a la promoción del apego seguro entre madres/parejas e hijos (9). El conocimiento de que la ansiedad y la depresión materna son los desórdenes psicológicos que afectan en mayor medida a la relación madre hijo, hace que los profesionales de enfermería deban plantearse intervenciones específicas en estos casos (10).

**DISCUSIÓN:** Las prácticas de los profesionales de enfermería en la relación madre/pareja-hijo en ocasiones pueden responder a intervenciones de cuidados que no contemplan el fomento de las relaciones de apego. Hace falta aumentar las estrategias de atención y cuidado de las mujeres y de sus parejas en la gestación y en la primera infancia, especialmente si cursan con situaciones de riesgo o de patología (11). El conocimiento de la función enfermera de "apegadora" permitirá el desarrollo de un modelo teórico que fundamente e integre la promoción del apego seguro en las intervenciones de cuidado (12). Faltan investigaciones cualitativas específicas y metaanálisis con muestras representativas de la población que incluyan las diversas etnias.

**IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA:** El que las enfermeras y las matronas en sus intervenciones contemplen y promuevan las relaciones de apego materno/paterno filiales iniciales es relevante ya que facilita la vinculación afectiva (13-15). Esta

relación es la que permitirá el desarrollo emocional seguro del lactante y por lo tanto configurará sus experiencias sociales posteriores. Este trabajo contribuirá al desarrollo de la función de enfermeras y matronas como “apegadora” tanto en situaciones de gestación y niño sano como de gestación y niño con problemas.

PALABRAS CLAVE: Object Attachment, Nurse, Midwife, Baby.

### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

- (1) Bowlby J. Attachment. New York, NY: Basic Books; 1969. Attachment and loss; vol 1.
- (2) Cortina M. The use of attachment theory in the clinical dialogue with patients. *Psychodyn Psychiatry*. 2013;41(3):397-417.
- (3) Kalinauskienė L, Cekuoliene D, IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Juffer F, Kusakovskaja I. Supporting insensitive mothers: The Vilnius randomized control trial of video feedback intervention to promote maternal sensitivity and infant attachment. *Child Care Health and Development*, 2009; 35: 613-623.
- (4) Rodríguez G. El apego. Más allá de un concepto inspirador. *A. Rev Asoc Esp. Neuropsiq*. 2010; 30(108) 581-595
- (5) Alhusen JL. A literature update on maternal-fetal attachment. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2008 May-Jun;37(3):315-28.
- (6) Bakermans-Kranenburg MJ, IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*. 2003; 129 (2): 195-215.
- (7) Niccols A. Right from the Start: randomized trial comparing an attachment group intervention to supportive home visiting. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2009; 49(7):754-764.
- (8) Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn M.H. *Promoting Positive Parenting: An Attachment-Based Intervention*. NY: Lawrence Erlbaum Associates; 2008.
- (9) Pettit A. Health visitor's experiences of using a tool in assessing infant attachment. *Community Practitioner*. 2008; 81(11):23-26.
- (10) Mercer R T, Walker L O. A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006 Sep-Oct;35(5):568-82.
- (11) Bailey B. Parent-child relationships: developing a brief attachment-screening tool. *Community Practitioner*. 2009; 82(3):22-26.
- (12) Harel J, Kaplan H, Avimeir-Patt R, Ben-Aaron M. The child's active role in mother-child, father-child psychotherapy: a psychodynamic approach to the treatment of relational disturbances. *Psychol Psychother*. 2006 Mar;79(Pt 1):23-36.
- (13) Conz CA, Merighi MA, de Jesus MC. Promoting affective attachment at the neonatal intensive care unit: a challenge for nurses. *Rev Esc Enferm USP*. 2009 Dec;43(4):849-55.
- (14) Franklin C. The neonatal nurse's role in parental attachment in the NICU. *Crit Care Nurs Q*. 2006 Jan-Mar;29(1):81-5.
- (15) Simkin P. First hours after birth: family integration and mutual regulation. *Midwifery Today Int Midwife*. 2012 Summer;(102):12-4.

**AUTORES/AUTHORS:**

DANIEL MUÑOZ JIMÉNEZ, CONSUELO BERMEJO PABLOS, MARÍA ROSARIO ROSA AGUAYO, JULIA CHAMORRO VENEROS, RAQUEL CASTRO MARTÍNEZ, LAURA PEÑA BENITO, MARÍA DEL CARMEN PICOS BODELÓN, AZUCENA MARTÍN VALLE, NÁYADE DEL PRADO GONZÁLEZ

**TÍTULO/TITLE:**

INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS EN LACTANCIA MATERNA DE PUÉRPERAS EN UNA UNIDAD DE OBSTETRICIA

**OBJETIVOS:** Describir y comparar el conocimiento previo y posterior a una intervención educativa en Lactancia Materna (LM) a puérperas en una Unidad de Obstetricia. Secundariamente, describir qué áreas de conocimiento sobre LM son más deficitarias.

**METODOLOGÍA.** Estudio descriptivo prospectivo. La población fueron puérperas atendidas en la Unidad de Obstetricia entre noviembre de 2013 y mayo de 2014. La intervención educativa fue individual, tras el puerperio inmediato y siempre dentro de las primeras 24 horas. La evaluación y recogida de datos se realizó mediante un registro de lactancia ad hoc tras el ingreso en el servicio de obstetricia y al alta. La intervención educativa fue realizada de manera individual por una matrona experta en LM e incluía: información de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la alimentación a demanda, duración y exclusividad de la LM, posturas de amamantamiento, reconocer signos de transferencia de leche, de hambre en el bebé y de enganche adecuado, así como información sobre el uso de tetinas y chupetes. 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 el test Chi cuadrado. Para todos los contrastes se utilizó un nivel de significación al 5%. El análisis se realizó mediante STATA 12.0.

**RESULTADOS:** Se realizó la intervención en 365 puérperas. La edad media fue de 32 años (DE=6). El 52,6% fueron españolas, 32,8% de origen sudamericano, 7,3% resto de Europa y la distribución por nivel educativo fue 37,6% obligatorios, 18,5% medios y 43,9% superiores. La distribución por tipos de parto fue 59% eutócico, 16,6% instrumentado y 24,3% cesárea.

El 80,5% (294) manifestaron conocimientos de LM preintervención y el 60,5% (178) de éstos haberlos adquirido en clases de preparación al parto. El 85,2% (311) de las puérperas afirmaron tener intención al ingreso de amamantar. De forma previa a la intervención el 53,4% (195) manifestaron conocer la recomendación de LM exclusiva hasta los seis meses, un 64,9%(237) manifestaron saber que la LM se realiza a demanda, un 49,5% (181) reconocer los signos de hambre del recién nacido y el 45,4% (166) identificar los signos de transferencia de leche. Entre las madres que no tenía estos conocimientos previos, manifestaron adquirirlos tras la intervención el 84,7% (144) en la recomendación OMS, 80,4%(103) alimentación a demanda, 52,1%(96) signos de hambre y 50,2% (100) signos de transferencia. El conocimiento sobre el uso del chupete se incrementó en un 47.4% tras la intervención.

Las puérperas muestran mayores conocimientos en LM cuanto mayor es su nivel de estudios (74,6% obligatorios, 79% medios, 91,1% superiores). Así mismo, los conocimientos sobre LM son menos elevados en las madres primíparas frente a las no primíparas, mostrando diferencias estadísticamente significativas sobre el conocimiento de la alimentación a demanda (primíparas 45,5% vs múltíparas 53,5%;  $p=0,037$ ) y con tendencia a la significación en conocimiento de los signos de hambre del recién nacido (56% primíparas vs 63,2% múltíparas;  $p=0,058$ )

La distribución de los tipos de lactancia al alta en la muestra fue de 66,7% LM exclusiva, 4,4% LM considerada exclusiva, 17,8% lactancia mixta, 10,9% lactancia artificial.

**DISCUSIÓN:** La eficacia de intervenciones educativas para la promoción de la LM ha sido demostrada en la literatura científica (1,2), pudiendo concluirse que son un instrumento útil y eficaz para el inicio y mantenimiento de la LM, pues incrementan la tasa de inicio de la misma (3) y su duración y exclusividad hasta los 6 meses (4). Estudios revelan que la posibilidad de amamantamiento se duplica en madres que han recibido asesoramiento por una matrona en la gestación (5), siendo este período en el que la madre determina más frecuentemente su intención de amamantar. No obstante, el presente trabajo revela que un notable número de madres desconocen aspectos importantes relacionados con la lactancia materna en el momento del nacimiento y esto puede influir de manera determinante en su decisión de amamantar durante las primeras 48 horas, considerándose momento crítico, ya que otros estudios revelan que un porcentaje de las madres deciden el tipo de alimentación después del parto (6,7).

**Implicación para la práctica.** Llevar a cabo intervenciones educativas en lactancia materna durante las primeras 24 horas de puerperio mejora el nivel de conocimiento de las madres y esto puede facilitar su decisión de iniciar y mantener la lactancia materna. Los sistemas de salud, desde sus diferentes niveles asistenciales, han de trabajar de forma consensuada en el desarrollo de programas de educación y promoción de la lactancia materna tanto en el periodo prenatal, puerperio y periodo postnatal.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Siddell E. et al. Evaluation of an educational intervention on breastfeeding for NICU nurses. *Journal of Human Lactation*, 2003; 19(3): 293-302.
2. Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*, 2008, vol. 3..
3. Martínez JM, Delgado M. El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal, *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2013; 59(3): 254-257.
4. Britton C. et al. Support for breastfeeding mothers (Review). *Cochrane Database Syst Rev*, 2007, vol. 1.
5. Lumbiganon P. et al. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012, vol. 11.
6. García C, Esparza MJ. Las intervenciones dirigidas a promocionar y mantener la lactancia materna son efectivas si se realizan antes y después del nacimiento y con apoyo de personal no sanitario. *Evid Pediatr*. 2009; 5:16
7. Fairbank L. et al. "A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding." *Health technology assessment (Winchester, England)* 4.25 (1999): 1-171.

**AUTORES/AUTHORS:**

Olaya García García, Lucía Boto Fernández

**TÍTULO/TITLE:**

Valoración del neurodesarrollo, a los 3 años de edad, en recién nacidos prematuros

Objetivo: Describir el neurodesarrollo de los RNPT a los 3 años de edad.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de una muestra de 128 RNPT nacidos a lo largo del 2010, que fueron ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del HUCA tras su nacimiento. Mediante revisión de historias se recogieron variables sociodemográficas, factores relacionados con el embarazo, el parto, el ingreso del neonato en UCIN tras su nacimiento, y el seguimiento del niño hasta los 3 años de edad. El análisis descriptivo fue de porcentajes (variables cualitativas), medias y desviación típica (variables cuantitativas), mientras que en el inferencial se usó T student. Considerándose significativo  $p < 0,05$

Resultados: Tras el ingreso en la UCIN, un 78,9% de los neonatos fueron diagnosticados de Ictericia, siendo la sepsis nosocomial y la desmineralización metafisiaria las siguientes patologías más diagnosticadas con un 16,4% de los casos. Un 25% de los neonatos sufrieron alguna alteración durante los 3 primeros años de vida, siendo el retraso psicomotor el principal trastorno de estos niños con un 13,3%, seguido de los problemas oftalmológicos con un 10%.

No se ha encontrado una relación entre el bajo peso de los neonatos y la evolución desfavorable del neurodesarrollo, hallándose valores de  $p > 0,05$ , ni entre el retraso psicomotor y las alteraciones del lenguaje con la edad gestacional.

Sin embargo, se ha encontrado relación entre la asistencia a atención temprana y variables como el retraso psicomotor, alteraciones en el lenguaje y problemas de comunicación.

Discusión: En el periodo de ingreso en la UCIN de los neonatos a estudio durante el 2010, ya se había comenzado a trabajar con los cuidados centrados en el desarrollo, detectando que el retraso psicomotor es la principal alteración de estos neonatos prematuros, como afirman otros autores de estudios similares; seguido de las alteraciones oftalmológicas, donde el estrabismo ocupa la principal causa de estos problemas oculares. En relación a los problemas de crecimiento, no se relaciona el bajo peso de los neonatos con alteraciones en dicho patrón, a diferencia de otros estudios, en los que el retraso en el crecimiento postnatal ocupa la principal secuela en los recién nacidos de bajo peso.

Tampoco encontramos relación entre la edad gestacional y las alteraciones en el lenguaje, al igual que otros estudios centrados en el desarrollo lingüístico, que descartan la hipótesis de que los neonatos pre-término tengan un desarrollo del lenguaje inferior a los nacidos a término.

Conclusión: El neurodesarrollo en los RNPT ha sido descrito mediante la valoración de aspectos relacionados con el lenguaje, la socialización, el crecimiento, el retraso psicomotor, y las alteraciones auditivas y oftalmológicas principalmente, siendo los problemas psicomotores los más frecuentes en los niños estudiados.

Recomendaciones para la práctica clínica: El personal de enfermería puede participar en los cuidados centrados en el desarrollo del recién nacido pre-término favoreciendo la morbilidad de los mismos, y contribuyendo a una mejora de aspectos relacionados con la coordinación, la motricidad o el lenguaje.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Santesteban Otazu E, Rodríguez Serna A, Goñi Orayen C, Pérez Legorburu A, Echevarría Lecuona MJ, Martínex Ayucar MM, Valls i Soler A, et al. Mortalidad y morbilidad de neonatos de muy bajo peso asistidos en el País Vasco y Navarra (2001-2006): estudio de base poblacional. *An pediatr (Barc)*. 2012; 77(5):317-22.
2. Schonhaut BL, Pérez RM, Astudillo DJ. Prematuros tardíos: un grupo de riesgo de morbilidad a corto y largo plazo. *Rev chil pediatr* .2012; 83 (3): 217-23.
3. Jiménez Martín AM, Servera Ginart C, Roca Jaume A, Frontera Juan G, Perez Rodriguez J. Seguimiento de recién nacidos de peso menor o igual a 1000 g durante los tres primeros años de vida. *An Pediatr (Barc)*. 2008; 68(4): 320-8.
4. Cabañas F, López-Azorín M, Pellicer A. Impacto de las técnicas de reproducción asistida en la salud del recién nacido. *An Pediatr (Barc)*. 2009; 70(4): 319-22.
5. Rubio Muñoz S, Del Barrio Fernández P, López Martín AB, Martín Fernández N, Martínez Cortés L, Huertas Fernández MA, et al. Neonatos pretérmino tardíos y a término precoces: una población de riesgo. *Prog obstet ginecol*. 2012; 55(2):94-9.
6. Molero Peinado MJ, Fernández-Zúñiga A. Estudio epidemiológico sobre la morbilidad de una muestra de niños con antecedentes de prematuridad. *Revista de logopedia, foniatría y audiología*. 2011; 31 (3): 160-8
7. García P, San Feliciano L, Benito F, García R, Guzmán J, Salas S, et al. Evolución a los 2 años de edad de una cohorte de recién nacidos con peso inferior o igual a 1500 g de los hospitales pertenecientes a la red neonatal SEN1500. *An pediatr (Barc)*. 2013; 79(5): 279-87.
8. Islas-Domínguez L.P, González-Torres P, Cruz-Díaz J, Verduzco-Gutiérrez M. Prematuro tardío: morbilidad y mortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Rev med Hosp Gen Mex*. 2013; 76 (1):29-33.
9. Pallás Alonso CR, Arriaga Redondo M. Nuevos aspectos en torno a la prematuridad. *Evid Pediatr*. 2008; 4(2): 26.
10. Vega Calvo MJ, Jesús López T. Organización de enfermería en un servicio de neonatología. Unidad de observación y reanimación. Cuidados intermedios. UCI neonatal. En: Coto Cotallo GD, López Pérez TJ, directores. *Manual de enfermería en cuidados intensivos neonatales*. 2º ed. España. 2010. P. 11-28.
11. Pérez-Pereira M, Fernández P, Díaz C, Resches M, Gómez-Taibo ML, Peralbo M. Desarrollo lingüístico y comunicativo temprano de niños prematuros. *Revista de logopedia, foniatría y audiología*. 2011; 31(3):148-159.

**AUTORES/AUTHORS:**

Susana Jorda Marti, Inmaculada Bueno Guerrero, Juan Manuel Gavala Arjona, MAria Elena Moreno Bahone

**TÍTULO/TITLE:**

Función terapéutica en el niño oncológico y evaluación de calidad de sus cuidados enfermeros mediante un diario personal

**Introducción**

En las Islas Baleares debutan anualmente unos 25 casos de cáncer infantil.

El Hospital Universitario Son Espases es el de referencia, donde se reciben y se tratan.

Con la escritura de un diario personal durante cuatro meses por parte de los niños de entre 2 y 17 años y de algunos padres, podremos conocer cómo se sienten cuidados, si reciben información suficiente, cómo viven la nueva situación. A los niños de corta edad lo hicieron sus padres.

Tras la búsqueda bibliográfica, vimos que la recogida de datos más usada era la encuesta, limitando la obtención de datos a sólo lo que se les pedía.

El cuidado de los niños y sus familias es una perenne mejora, por eso continuamos recogiendo información para cumplir objetivos y aumentar la calidad de los cuidados.

**Objetivo**

Objetivo principal: La acción terapéutica sobre el niño durante el nuevo estado de vida y salud: hacerle sentir el protagonista de su nueva situación.

Objetivo secundario: Mejorar los cuidados de enfermería que recibe el niño y su familia, armonizando la visión enfermero-paciente.

**Métodos**

Se realizó un estudio cualitativo descriptivo. Recogimos la información mediante diarios de elaboración propia, financiados por personal de la unidad. Se entregaron a 12 niños diagnosticados de cáncer y en tratamiento activo, entre 2 y 17 años, durante cuatro meses. Completamente anónimos. A 4 de ellos lo rellenaron sus padres, por su corta edad.

Niños y padres participantes firmaron un consentimiento informado.

El diario constaba de dos tapas de goma EVA a decorar por el niño.

En su interior, las páginas a rellenar con fecha, "cosas buenas" que ocurrían en el día, cosas "menos buenas", "otro tipo de cosas" que quisieran explicar.

Esto permite expresar abiertamente cualquier pensamiento y vivencia.

A modo de incentivo, los payasos hospitalarios animan con juegos y canciones a escribir.

Tras cuatro meses nos entregan la información. La recompensa por participar fueron las tapas decoradas.

**Resultados**

Los padres que escribieron expresaron sus miedos e incertidumbres de cómo van a transcurrir los días de tratamiento de su hijo.

Las complicaciones de la enfermedad y del tratamiento les mantienen en constante alerta y tienen miedo a la muerte.

Algunos de los testimonios:

"Hoy me toca revisión, por fin me darán alguna receta para calmar mis dolores".

"Me aterroriza que al niño le pase algo y no verlo nunca más"

"A veces estoy de mal humor sin venir a cuento"

"Hoy he cumplido 10 años y estoy en el hospital. Los enfermeros/as me han cantado... me han hecho muy contenta"  
"... prefiero escribir por WhatsUp o en el ordenador portátil, lo veo más entretenido"  
"Tengo pánico al quirófano, ¿por qué? Por un cuchillo de esos para abrir y a la anestesia"  
"me están poniendo la quimio: vómitos, mareos"  
"La comida quita el hambre: ¡yo me sello la boca!"  
"Hoy he decidido que no me pongan anestesia para hacerme la punción medular, y no me ha dolido"  
"Me siento muy bien en el hospital con las enfermeros/as"  
"Es la tercera vez que me sacan médula de despierta porque yo lo quiero así, me he sentido muy bien"  
"Prefiero la comida de casa"

#### Discusión

A través de lo que escriben los niños y sus padres, damos voz a sus opiniones y experiencias, a la percepción que tienen de los cuidados. Tratamos de hacerles sentir los protagonistas de la nueva situación.

Podemos conocer los campos de mejora en nuestra profesión, cómo estamos cuidando, cómo es nuestra praxis.

Muchas veces se sienten enfadados por vivir momentos duros. Les ponemos en contacto con la psicóloga para que les guíe en la parte emocional de forma segura y profesional.

A algunos les gustaría haber rellenado un "diario virtual", mediante ordenador. Ante esto nos proponemos adaptar el estudio a las TIC, y así facilitar la recogida de información y cumplir las expectativas de los pacientes.

Hemos habilitado una "casa-taller": se decoró una sala con una zona de juegos con sofá, y otra con mesa, sillas, microondas y nevera para disfrutar de momentos de ocio. Se ha decorado la terraza de la unidad con figuras representativas de un bosque encantado.

Es conocido por todos que las dietas hospitalarias no son de agrado para el usuario. Menos aún para el paciente oncológico que ve alterado por totalmente sus sentidos del gusto y olfato, y el apetito disminuye. A los niños no les gusta la comida del hospital, por lo que se pusieron mini-neveras en cada habitación de los niños oncológicos, donde guardan su propia comida, adecuada a su estado de salud del momento.

Puliremos la información que se da a los niños, ya que son perfectamente capaces de tomar decisiones sobre su tratamiento. Por ejemplo, deciden si se les aplica sedación o no ante la extracción de médula ósea por punción. Algunos no quieren sedarse porque tardan más en realizarse la prueba.

Se sienten arropados por el personal de la unidad, reciben cariño y están tranquilos bajo nuestro cuidado. Es un refuerzo positivo de nuestra labor.

#### Implicaciones en la práctica clínica

Con el diario, niños y padres pueden expresarse abiertamente, revelar aspectos quizás desconocidos: cómo ven los cuidados de enfermería, ámbitos de mejora, cómo es el espacio hospitalario, el ocio.

Por ello mantenemos el estudio. Cada nuevo niño que ingresa tiene su diario.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

La humanización de los cuidados, la clave de la satisfacción asistencial:

hacia el plan de acogida y acompañamiento. escuela universitaria de enfermería santa madrona. Fundación "la Caixa". Pedro Sanz García; M. Carmen Jurado García ; M. Mercedes Fernández Serrano



2. Desvelando o cuidado humanizado: percepções de enfermeiros em oncologia pediátrica. (Revelando el cuidado humanizado: percepciones de enfermeros en unidad de oncología de niños). Santos, Maiara Rodrigues dos; Silva, Lucía; Misko, Maira Deguer. *Enfermagem* volumen 22. N°3. Pg 646-653. doi: 10.1590/s0104-07072013000300010 . Septiembre 2009
3. Experiencias y necesidades percibidas por los niños y adolescentes con cáncer y por sus familias. pilar González Carrión. *Nure investigación*, no 16, junio 2005
4. Madres cuidadoras de niños(as) con cáncer: vivencias, percepciones y necesidades. María mercedes Lafaurie; *Revista colombiana de enfermería* volumen 5 año 5.

**AUTORES/AUTHORS:**

JOSÉ MANUEL HERRERA-PAREDES, ROSA MARIA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, LETICIA CASIQUE CASIQUE

**TÍTULO/TITLE:**

Asociación entre Índice de Masa Corporal como factor estresor Intrapersonal y el acoso escolar en niños de 7 a 13 años

Objetivo: Medir la asociación entre el Índice de Masa Corporal como factor estresor intrapersonal y la presencia de acoso escolar en niños de 7 a 12 años de una Escuela Primaria de Salamanca, Gto.

Métodos: Se trata de un estudio aplicado, transversal, correlacional realizado en una escuela primaria de Salamanca, Guanajuato, México., en el periodo de febrero a agosto 2013. Se conformó una muestra mediante la fórmula para estimación de proporciones finitas con un nivel de confianza al 95%, un límite de error del 0.10 y 0.5 de proporción de la población con la característica, el tamaño de muestra fue de  $n = 165$  escolares entre los 7 a 13 años, que contaron con el consentimiento informado firmado por el padre o tutor y que el menor aceptara participar voluntariamente en el estudio. Para la recolección de datos, se utilizó el auto test Cisneros, instrumento que evalúa el índice Global de Acoso con un alpha de Cronbach de 0.9621. Previamente a la recolección de datos se obtuvo la aprobación del Comité de Investigación, comité de padres de familia.

Para recolectar los datos se pidió presentarse en ayuno preferentemente para tomar peso y talla utilizando una báscula con estadímetro marca SECA. En otro momento se proporcionaron los instrumentos para que el escolar lo contestara.

Resultados: La edad de los escolares fue de  $X 9.69 \pm 1.63$  años de edad, 56% pertenencia al género masculino, 83.6% profesa la religión católica, 55.1% presento desviación del IMC; de los cuales 30.3% tuvieron bajo peso, 14.5% sobrepeso y 10.3% obesidad. El 24.8% de los niños presentaron un índice de masa corporal por arriba de lo normal, lo que se puede concluir que 1 de cada 4 niños presentan sobrepeso y obesidad; este resultado está ligeramente por debajo de lo reportado por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, donde menciona que para población en edad escolar (de 5 a 11 años) la prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad fue de 34.4%. El 23.3% presento un nivel alto de índice global de acoso y 17% tuvieron un nivel alto de intensidad del acoso escolar. Las conductas indicatoras de acoso escolar, entre las cuales se identifica que de acuerdo a la clasificación de acoso escolar las conductas que presentan niveles casi altos son exclusión-bloqueo social con 28.5%, restricción-comunicación con el 25% y hostigamiento verbal con 17%, mientras que las conductas que presentan niveles altos de acoso escolar son principalmente las de exclusión-bloqueo social con el 28.5%, seguidas por desprecio-ridiculización y robos con 7.9% y en tercer lugar las agresiones y hostigamiento verbal 4.8%. Únicamente 2 de las conductas presentan niveles muy altos y corresponden a intimidación-amenazas (8.5%) y exclusión-bloqueo social (7.3%).

Para la comprobación de la prueba de hipótesis de uso el Coeficiente de correlación de Pearson del cual se obtuvo una correlación débil  $p = .042$ , con una significancia bilateral de .595 por lo que se concluye que no hay evidencia estadísticamente significativa que demuestre la asociación entre el índice de masa corporal y acoso escolar. La dispersión de los datos en donde se identifica que la correlación entre el índice de masa corporal y el acoso escolar es débil con un valor de  $p = .042$

Discusión: De acuerdo al Modelo de Sistemas de Neuman el peso, la talla y el IMC forman parte de la variable fisiológica que hace referencia a la estructura y función del organismo, cuando el sistema se mantiene dentro de valores normales de acuerdo a la edad se conserva la estabilidad, sin embargo las desviaciones de los valores normales conduce al sistema hacia la desorganización de la energía y en consecuencia la enfermedad. La escuela es un espacio donde los niños y niñas pueden socializar y desarrollarse de manera personal y académica, las características físicas del niño como el bajo peso, la talla baja, el sobrepeso o la obesidad pueden tener implicaciones en el niño tanto en su estado de salud como a nivel psicológico. Los resultados muestran evidencias del fenómeno que actualmente se vive en la educación básica como lo es el acoso escolar, así como datos del estado nutricional de los escolares. El índice de masa corporal de los escolares puede actuar como un factor estresor Intrapersonal, el Modelo de Sistemas busca que enfermería consiga el bienestar óptimo del cliente a través de la retención, logro y mantenimiento de la estabilidad, a

través de los 3 niveles de prevención como intervención en los cuales puede actuar enfermería, es importante determinar estrategias que contribuyan a detener el avance del sobrepeso y la obesidad de los niños en edad escolar ya que a largo plazo corren el riesgo de desarrollar enfermedades como la hipertensión, cardiopatía isquémica, infarto agudo al miocardio, dislipidemias, diabetes, etc., sin mencionar el costo que representará para el Sistema de Salud atender y dar el tratamiento a las enfermedades asociadas al sobrepeso y la obesidad. Paredes y cols. en un "Estudio exploratorio sobre el fenómeno del Bullying en la ciudad de Cali (Colombia) demostraron la presencia de "bullying" en el 24.7% de la población, siendo los principales comportamientos la intimidación o agresión verbal, física y psicológica.

### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Albores-Gallo L., Saucedo-García J., Ruíz-Velasco S., Roque-Santiago E. El acoso escolar (bullying) y su asociación con trastornos psiquiátricos en una muestra de escolares en México. *Revista Salud Pública de México* 2011. Vol. 53 No. 3 Consultado en formato On line (citado el día 12 de noviembre de 2012). Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000300006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000300006&script=sci_arttext)

Avilés-Dorantes D., Zonana-Nacach A., Anzaldo-Campos M. Prevalencia de acoso escolar (bullying) en estudiantes de una secundaria pública. *Salud Pública de México* Vol. 54 No. 4 Consultado en Formato On line (citado el día 12 de noviembre de 2012).

Canales F., Alvarado E., Pineda E. *Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de Salud*. México. Limusa, 2011

Cerezo F. Violencia y victimización entre escolares. El bullying: estrategias de identificación y elementos para la intervención a través del Test Bull-s. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. Consultado en formato On line (citado el día 12 de noviembre de 2012) Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=293122821010>

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Consultado en formato On line (citado el día 30 de noviembre de 2012) Disponible en: [www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/helsinki.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf)

García X., Pérez A., Nebot A. Factores asociados con el acoso escolar (Bullying) en los adolescentes de Barcelona. *Rev. Gaceta Sanitaria* 2010 Vol. 24 No. 2 Consultado en formato On Line (citado el día 12 de noviembre de 2012).

Marriner A, Raile M. *Modelos y Teorías en Enfermería*. Sexta Edición. Barcelona, España: Ed. Elsevier; 2007

Organización Mundial de la Salud. Definición de Salud. Consultado en formato On line (citado el día 22 de Noviembre de 2012) Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>

Paredes M., Álvarez M., Lega L., Vernon A. Estudio exploratorio sobre el fenómeno del "Bullying" en la ciudad de Cali, Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* 2008 Vol. 6 No.1 Consultado en formato On line (citado el día 12 de noviembre de 2012). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v6n1/v6n1a10.pdf>

Reglamento de la Ley General de salud en materia de investigación. Consultado en formato On Line (citado el día 30 de noviembre de 2012) Disponible en: [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html)

**AUTORES/AUTHORS:**

RAQUEL SANCHEZ GUTIERREZ, MARTA CASTROVIEJO ESPINOSA

**TÍTULO/TITLE:**

LA ENURESIS NOCTURNA EN LA CIUDAD DE BURGOS. ¿PODEMOS CUIDAR MEJOR A NUESTROS NIÑOS?

La Enuresis Nocturna (EN) es un trastorno frecuente en la infancia. La mayoría de las veces es transitorio. Su etiología no es del todo conocida pero se considera multifactorial y en ocasiones se engloba dentro de otros trastornos relacionados con el retraso del desarrollo psicomotor. Puede producir repercusión importante en el ámbito psicosocial del niño que lo padece. Es posible detectar y manejar la EN en la consulta de enfermería de Atención Primaria.

**Objetivos:**

- 1.- Conocer las características de los niños entre 7 y 10 años de la ciudad de Burgos con EN.
- 2.- Determinar los factores de riesgo asociados a la EN.
- 3.- Aumentar los conocimientos sobre la EN de los profesionales de enfermería para manejar en consulta al niño afectado y su familia de forma adecuada.

**Métodos:**

Se ha diseñado un estudio poblacional observacional, descriptivo, transversal. Los datos se han obtenido mediante una encuesta estandarizada entregada en los centros escolares y cumplimentada por los padres y/o tutores de los niños. Se partió de una población de referencia de 5500 niños entre 7 y 10 años. Se calculó un tamaño muestral de 1485 niños. Posteriormente se hizo selección aleatoria de aulas entre 2º y 5º de EPO en 32 colegios de la ciudad de Burgos que accedieron a participar en el estudio. Finalmente se recogieron 1081 encuestas válidas, que suponen un 73,6% del total de encuestas entregadas.

**Resultados:**

La prevalencia de EN en la ciudad de Burgos fue de 7,3%. La mayoría de los niños con EN son varones (70%), de nacionalidad española (89,6%). La EN es más frecuente en hijos de padres no casados (16,3%) en comparación con niños sin EN (6,7%). Un 44,3% de niños con EN tienen escapes diarios o casi diarios y un 42% de ellos tienen escapes menos de una vez a la semana. De todos los niños con EN sólo un 59% de ellos acuden al médico o a la enfermera de su centro de salud para consultar sobre la EN. De los que acuden a la consulta, a un 71,1% de ellos se les realiza algún tipo de prueba diagnóstica y a un 72% se le pauta algún tipo de tratamiento (medidas higiénico-dietéticas 69%, fármacos 47,5%, alarma nocturna 39%, psicoterapia 18,4%). La actitud de los niños hacia los escapes es variable (vergüenza 37,8%, frustración 28,4%, indiferencia 27% y enfado 6,8%). Sólo un 20,3% refieren algún tipo de afectación personal o social por la EN.

Los principales factores de riesgo asociados a la EN en los niños de la ciudad de Burgos son: antecedentes familiares de EN (Odds Ratio (OR) 6,79; IC95%: 4.05-11.39), presencia de alguna patología crónica (OR 3,17; IC95%: 1.53-6.58), sexo varón (OR 2,52; IC95% 1.53-4.14), trastorno del comportamiento (OR 4,22; IC 95%: 1.92-9.28), coexistencia de síndrome miccional (OR 9.86; IC95% 3.23-30.1), alteraciones del sueño (OR 2.84; IC95%: 1.75-4.61), retraso escolar (OR 4.25; IC95%: 2.26-7.98). No se objetivó relación con prematuridad, antecedentes de infección del tracto urinario (ITU), obesidad ni estreñimiento.

**Discusión:**

La EN en nuestro medio es un problema infraestimado médica y socialmente. La prevalencia es menor que en otras poblaciones con las mismas características que la ciudad de Burgos. Los factores de riesgo asociados son similares (1,2,3).

Los profesionales de enfermería hemos de realizar una búsqueda activa de EN en su consulta. Es importante que conozcamos las circunstancias presentes en los niños. Esto permitirá mejorar el manejo y la respuesta al tratamiento. Los profesionales de enfermería tenemos responsabilidad en el abordaje de este campo y nuestra correcta actuación promueve al buen desarrollo y bienestar del niño en su infancia. Es importante incluir los cuidados de enfermería relacionados con la EN en las consultas de

enfermería pediátrica de atención primaria. De esta manera aumentaremos la autoestima y calidad de vida de los niños enuréticos(4).

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- 1.-Marugán de Miguelsanz JM et al. Análisis epidemiológico de la secuencia de control vesical y prevalencia de enuresis nocturna en niños de la provincia de León. An Esp Pediatr. 1996; 44(6), 561-7.
- 2.- Ramírez-Backhaus M et al. Prevalencia de la enuresis nocturna en la Comunidad Valenciana. Sección Infantil del Estudio Nacional de Incontinencia. Estudio EPICC. Actas Urol Esp 2009;33(9):1011-1018.
- 3.- Sanjuan S et al. Enuresis primaria monosintomática. Estudio de 100 casos. Rev Ped. Atenc Prim 2000; 6(II): 205-221.
- 4.-Delgado Aguilar H et al. Enuresis Nocturna Primaria. EnfUro 2006; 98, 24-7.

**AUTORES/AUTHORS:**

María Pilar Catalán Edo, María Natividad Laganga Esteban, María Luisa Ros Tejel

**TÍTULO/TITLE:**

**PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN Y EDUCACIÓN A LAS FAMILIAS DE NIÑOS QUE REQUIEREN NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA**

**Objetivos.** Evaluar si la Nutrición Enteral (NE) contribuye a la ganancia ponderal y evaluar si los padres de niños a los que se prescribe NE domiciliaria por parte del personal facultativo adquieren los conocimientos necesarios para su manejo y autonomía en el domicilio.

**Métodos.** Estudio descriptivo-retrospectivo mediante control de peso, evaluación de historias clínicas y encuestas a padres y familiares de niños que necesitaron nutrición enteral domiciliaria. La muestra estuvo formada por todos los niños (n=32) que precisaron nutrición enteral total o parcial domiciliaria administrada a través de sonda nasogástrica (SNG) o de gastrostomía en los años 2012 y 2013 en el Hospital Universitario Materno-Infantil Miguel Servet. La inclusión por patologías fue la siguiente; pacientes oncológicos (n=11), cardiopatas (n=5), con retraso ponderal (n=5) y afectos de patología neurológica (n=9) o metabólica (n=2). En todos los casos había constancia de que el personal de enfermería del Hospital Infantil que atendía a los pacientes había llevado a cabo el Diagnóstico Enfermero de "Patrón de Alimentación Ineficaz del Lactante".

**Resultados:** En función del tiempo en el que el paciente iba a requerir alimentación enteral se optó por un dispositivo u otro de alimentación enteral, un 47% de pacientes portaban sonda nasogástrica (SNG) frente al 53% al que se le había realizado una Gastrostomía. Con la prescripción de la NE domiciliaria se observó el aumento de peso en todos los casos excepto en el caso de un niño con patología neoplásica. Se programaron dos sesiones educativas dirigidas principalmente a padres y cuidadores principales que fueron impartidas por un grupo de enfermeras expertas en pediatría y nutrición. Una vez finalizadas, se comprobó a través de encuesta que los padres habían adquirido los conocimientos necesarios para el manejo de la NE domiciliaria. Igualmente se constató que la familia consideraba fundamental e imprescindible la atención telefónica que se prestaba por parte del personal de enfermería para la resolución de dudas, ello les evitó numerosas visitas al servicio de urgencias. En cuanto a los principales motivos o diagnósticos por los que estos niños tuvieron que ser atendidos en el servicio de urgencias pediátricas se observó que la principal causa en un 33% de casos fue debida a la auto-extracción de la SNG, seguida en menor medida, en un 5,8% de casos por rebosamiento.

**Discusión e Implicaciones para la práctica clínica:** La NE domiciliaria se presenta como un medio eficaz para conseguir la ganancia ponderal en los niños en nuestra muestra. Es fundamental el cálculo individualizado de los requerimientos energéticos por el Servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. La monitorización continua del peso en las visitas programadas y el apoyo, atención y educación al núcleo familiar son intervenciones propias que realiza el personal de enfermería del Hospital Materno-Infantil que ayudan a mejorar la salud y la autonomía familiar. La ventaja de la nutrición enteral domiciliaria está relacionada con su objetivo social, ya que permite la integración del niño en su medio familiar y disminuye el tiempo de estancia hospitalaria. También podemos constatar que la familia constituye un factor determinante para el éxito de la NE domiciliaria.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Gómez López L, Pedrón Giner C y Martínez Costa C. Guía para la administración y los cuidados de la nutrición enteral a través de sonda o botón de gastrostomía. Editorial Glosa: Barcelona; ISBN: 9788474295894. DL B: 17.818. 2013.
- Montero Bajo S, Ros Tegel ML, Abadía Mainer J, Marchador Pinillos B, Gracia Casado G. Protocolo de nutrición enteral en pediatría. Hospital Universitario Materno-Infantil Miguel Servet de Zaragoza. 2011.

- Ministerio Sanidad y consumo. Guía de NE domiciliaria en el sistema nacional de salud. 2008
- Lama More Rosa A. Nutrición enteral. Protocolos de la AEP. URL disponible en [30 de mayo 2011]:  
[http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/nutricion\\_enteral.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/nutricion_enteral.pdf)
- Tinoco AC, Pino P, Zavala A, Hodgson MI. Evaluación clínica del uso de nutrición enteral domiciliaria en pacientes pediátricos. Rev, chil. Nutri. Vol.40 no.1 Santiago mar.2013.
- Bott L, Husson MO, Guimber D, Michaud L, Arnaud-Battandler F, Turck D, Gottrand F. Contamination of gastrostomy feeding systems in children in a home-based enteral nutrition program. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2001; 33: 266-70.

**AUTORES/AUTHORS:**

Miguela Martínez Orduna, Salvador Sáez Cárdenas, Joan Torres Puig-gros, Carme Torres Penella, Dolors Juvinyà Canal, Núria Farré Pagès, Isabel Álvarez Cánovas, Eva M<sup>a</sup> Artigues Barberà, Isabel Quintas Pérez

**TÍTULO/TITLE:**

CONSUMO DE TÓXICOS EN LA POBLACIÓN JOVEN

**OBJETIVOS**

Conocemos que el consumo de alcohol y otras sustancias tóxicas, son un problema en alza en los jóvenes. En el aspecto sanitario deja sentir sus consecuencias de una forma notable, embarazos no deseados, olvido o mal uso del preservativo, conductas no deseadas, accidentes de tráfico y/o trastornos mentales relacionados con su abuso. Por este motivo se pretendió en este estudio:

- Conocer la prevalencia de hábitos tóxicos en la población a los que se les realizó una intervención educativa en materia de salud sexual y reproductiva.
- Reflexionar sobre las consecuencias en embarazos no deseados, olvido o mal uso del preservativo, conductas no deseadas, relacionados con su abuso y valorar el riesgo que representa para su salud.
- Valorar el riesgo que representa para su salud.

**MÉTODOS**

El tipo de estudio es observacional descriptivo y transversal, los participantes en el estudio fueron adolescentes de centros educativos de Lleida y provincia que solicitaron la intervención en materia de salud sexual y reproductiva, que tenían el permiso de la Asociación de Madres y Padres de los Alumnos (AMPA) para la intervención educativa y que sus alumnos aceptaran el programa de intervención y el calendario educativo propuesto. No hubo criterios de exclusión.

Adultos a partir de 13 años o más, de ambos sexos, escolarizados en centros públicos de tipología diversa de Lleida.

El tamaño de la muestra estuvo condicionado por el número de alumnos de los diferentes centros escolares que entraron en el estudio. n= 284.

Para el análisis de los datos, se realizó un análisis de la calidad de la base de datos a través de una revisión de frecuencias y un análisis de inconsistencias enmendando aquellos errores detectados.

Fase descriptiva.

La medida de frecuencia del estudio fue la prevalencia. Las variables cualitativas se presentaron a través de porcentajes. Las variables cuantitativas se presentaron a través de la media aritmética y la desviación estándar. Todas las estimaciones fueron acompañadas del correspondiente intervalo de confianza del 95%

Fase analítica.

Se realizó la comparación test-retest (antes/después) abordándola tanto como por datos independientes como para datos apareados. En el primer abordaje se utilizó la prueba de ji cuadrado y en el segundo la prueba de McNemar. En ambos abordajes, las comparaciones se realizaron en función de sexo, nivel educativo, curso de procedencia y a nivel global.

El análisis se realizó con el programa PASW versión 18

La recogida de la información se realizó mediante un cuestionario autoadministrado y anónimo y se realizó previo a la primera charla, test y posterior a la última, retest. Consta de diferentes preguntas entre varias opciones de respuesta cerrada y abierta.

**RESULTADOS**

Se observó que 1 de cada 10 alumnos creían que las drogas eran imprescindibles para pasarlo bien, 4 de cada 10 que con control no son peligrosas y 5 de cada 10 que no deberían tomarse. Por lo que respecta al consumo de alcohol 8 de cada 10 confesó



consumirlo, tabaco 7 de cada 10, 2 de cada 10 había consumido pastillas estimulantes, 3 de cada 10 manifestó que había consumido otras drogas, sin embargo solamente 2 de cada 10 afirmaron haber consumido alguna droga. El porcentaje de opinión sobre el consumo de drogas entre hombres fue 1 de cada 10 que eran imprescindibles para pasarlo bien, sin embargo no hubo ninguna mujer que lo confirmara. En la opinión de que con control no son peligrosas 4 de cada 10 hombres y mujeres lo confirmaron, frente a 5 de cada 10 hombres y 6 de cada 10 mujeres que creían que no deberían tomarse.

Respecto al consumo confesaron consumir alcohol 8 de cada 10 hombres y mujeres, tabaco 7 de cada 10 hombres y mujeres, pastillas estimulantes 2 de cada 10 hombres y 1 de cada 10 mujeres afirmaron consumirlas.

## DISCUSIÓN

Como puede observarse, tanto alcohol como tabaco son las drogas más consumidas en los jóvenes estudiados, posiblemente debido, en parte, al hecho de que son sustancias muy integradas social y culturalmente y, aunque su uso abusivo pueda tener algunos rasgos específicos, lo cierto es que su consumo se da en sectores muy amplios y diversos. Pese a la incorporación progresiva de la mujer a este tipo de consumos, las que confiesan haber consumido alcohol superan a los hombres. El tabaco, aparece en proporciones parecidas en ambos sexos.

El alcohol ha dejado de ser un medio a través del que socializarse y afianzar la pertenencia al grupo de iguales. Parece que los jóvenes no perciben el consumo de alcohol como algo problemático sino que está ligado a la diversión y a experimentación de nuevas sensaciones.

Llama la atención el bajo porcentaje que dice haber consumido alguna droga, posiblemente por no considerar ni al tabaco ni al alcohol como drogas; siendo curioso que las mujeres, que eran las que consumían más alcohol, dijeran que prácticamente no habían consumido drogas. También destacar que a pesar de que opinan que no son imprescindibles para pasarlo bien, creen que con control no son peligrosas.

En vista de los resultados de este estudio, sugerimos dado el riesgo que representa para la salud de los jóvenes, la necesidad de implantar programas educativos sobre drogas en la escuela desde edades tempranas.

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BOTVIN GJ, BAKER E, DUSENBURY L, BOTVIN EM, DIAZ T. (1995) Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *JAMA-Journal of the American Medical Association-US Edition*. 273(14):1106-1112.

BURKHART G. (2001). Intervenciones preventivas en la primera infancia en Europa. *Adicciones*, 13(1):89-100.

CALAFAT, A., JUAN, M., BECOÑA, E., MANTECÓN, A. (2008). Qué drogas se prefieren para las relaciones sexuales en contextos recreativos. *Revista de sociodrogalcohol*, 20 (1):37-47.

CALAFAT FAR A; JUAN JEREZ M. (2003). De la etiología a la prevención del uso y abuso de drogas recreativas. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 15 (2):261-287.

CÁMARA SG, SARRIERA JC, CARLOTTO MS. (2007) Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes. *Interamerican Journal of Psychology*. 41(2):161-166.

Delgado, B., Bautista, R., Inglés, C., Espada, J., Torregrosa, M., & García-Fernández, J. M. (2005). Diferencias de género en el consumo de alcohol y tabaco de estudiantes de educación secundaria obligatoria. *Salud y drogas*, 5(2), 55-66.

ELZO IMAZ J. (1999). Jóvenes españoles 99. Fundación Santa María, 13-52

NERÍN, I., CRUCELAEGUI, A., NOVELLA, P., RAMÓN Y CAJAL, P., SOBRADIEL, N., & GERICÓ, R. (2004). Encuesta sobre

- tabaquismo en estudiantes universitarios en relación con la práctica de ejercicio físico. Archivos de Bronconeumología,40(1), 5-9.
- PARKES A, WIGHT D, HENDERSON M, HART G.(2007) Explaining associations between adolescent substance use and condom use. Journal of Adolescent Health. 40(2):180.
- PASCUAL PASTOR F. (2002). Percepción del alcohol entre los jóvenes.Adicciones: Revista desocidrogalcohol,14(1):123-132.
- PÉREZ MILENA, A., JAVIER LEAL HELMLING, F., JIMÉNEZ PULIDO, I., MESA GALLARDO, I., LUZ MARTÍNEZ FERNÁNDEZ, M., & PÉREZ MILENA, R. (2007). Evolución del consumo de sustancias tóxicas en los adolescentes de una zona urbana (1997-2004). Atención primaria, 39(6), 299-304.
- ROBLEDO, T. (2002). Políticas institucionales de prevención de los problemas de salud generados por el consumo de bebidas alcohólicas en España y Europa.Adicciones, 14(Supl 1), 303-15.
- SÁIZ P, GONZÁLEZ MP., JIMÉNEZ L. (1999) Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y rasgos de personalidad en jóvenes de enseñanza secundaria. Adicciones, 11(3):209-220.

**AUTORES/AUTHORS:**

Juan Manuel Gavala Arjona, Susana Jordá Martí, Maria Elena Moreno Bahone, Ascensión Garcia Lozano, Carmen Guerrero Moreno, Juana Moragues Mas, Sonia Renedo Ruiz, Rosa Mª Fullana Tuduri

**TÍTULO/TITLE:**

TA EN NIÑOS, EN EL ÁREA DE SALUT LEVANT DE MALLORCA, MEDIR E INTERPRETAR

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) es considerada una de las enfermedades de la civilización y su origen es multifactorial (1). Es una patología subdiagnóstica y por lo general asintomática. Estudios realizados han encontrado una prevalencia de hasta el 3 % de HTA en la infancia. Estudios en escolares reportan prevalencias de hasta 4,5% (2)(3)(4). Las raíces de la HTA del adulto comienzan en la niñez. (1)

El daño cardiovascular y a otros parénquimas secundarios a la HTA ha hecho plantear cada vez más la importancia de la toma rutinaria de la presión arterial (PA) como parte del examen físico de la población infantil, porque además de identificar hipertensos que requieren tratamiento, descubre aquellos niños susceptibles de desarrollar HTA en la edad adulta y por tanto, permite utilizar medidas preventivas que eventualmente eviten o retrasen su aparición (5).

La prevención debe comenzar en la niñez con estilos de vida saludable y control anual de peso, talla y PA desde los tres años de edad (6). Hay cada vez más evidencias que sugieren que la HTA en niños es una condición tratable que merece igual preocupación en el diagnóstico y terapia que la HTA del adulto (7) (8) (9).

Un adecuado conocimiento de los métodos de medición e interpretación de las cifras de tensión arterial (TA) en los niños es fundamental para obtener unos resultados válidos para su correcto manejo, y evitar complicaciones en futuro.

El objetivo de este estudio es evaluar los conocimientos en la toma e interpretación de la tensión arterial de los sanitarios con labor en pediatría de nuestro medio. Con ello se pretende valorar la necesidad de elaborar estrategias de mejora en la formación del personal y aplicarlas en caso necesario.

Métodos: Se realiza un estudio epidemiológico descriptivo transversal multicéntrico, en el cual se entrega un cuestionario de tipo test de elaboración propia con 19 preguntas, a personal sanitario de nuestro hospital y de Atención Primaria (AP), del área de Salud del sector Levante de Mallorca. En él se analizan las siguientes variables: perfil laboral del encuestado, tipo de formación recibida, conocimientos sobre la técnica de medición de TA y conocimientos de interpretación de TA en edad pediátrica. El análisis de datos se realiza con el programa estadístico SPSS.

Resultados: Se han realizado 124 encuestas de las cuales, un 56% corresponde a personal de enfermería y un 43% a pediatras. De ellos, un 71% trabaja en ámbito hospitalario y un 29% en AP. En cuanto a la experiencia laboral un 43,5% lleva más de 10 años de profesión, un 24,2% entre 5-10 años y un 32,3 menos de 5 años. Sobre quién se encarga de tomar la TA en su centro, el 93% responde que es enfermería. En cuanto al lugar donde trabaja habitualmente, el 31,5% trabaja en unidades de hospitalización pediátrica, un 23,4% en atención primaria, un 16,9% en cuidados intensivos pediátricos, un 12,1% en urgencias de pediatría, un 0,8% en consultas externas y un 15,3% está de enfermero polivalente en el área de pediatría. En cuanto al número y tamaño de manguitos, un 90% considera que hay suficientes en su medio laboral. Un 63,7% refiere que realiza tomas de TA habitualmente en su medio, un 25,8 las realiza varias veces al año, frente a un 7,3% que no la realiza nunca. Un 73,4% la interpreta habitualmente frente a un 4% que no la interpreta nunca. Un 70% refiere haber recibido buena formación sobre este tema; un 65% únicamente durante sus estudios o con la práctica clínica y un 15% además mediante sesiones o cursos específicos.

Respecto a la técnica de medición de la TA, un 54% contesta correctamente a las condiciones en las que se debe tomar, un 95,2% a

las condiciones que debe tener el aparato de TA, un 25,8% sabe elegir el tamaño del manguito, un 34,7% la anchura del manguito, un 34,7% el punto de medición, un 53,2% el número de tomas necesarias según la situación y un 79,8 sabe distinguir la existencia de artefactos. Resumiendo, de los 7 ítems sobre la técnica de medición de TA, un 2% responde correctamente a todas las preguntas, un 6% a 6, un 18% a 5, un 34% a 4, un 23% a 3 y un 17% a 2 o menos preguntas.

Sobre los conceptos de interpretación de los resultados, un 77.9% responde correctamente al número de tomas necesarias, un 72,6% sabe distinguir los valores de referencia y un 77% sabe la actitud a tomar frente a los resultados. Resumiendo, de los 3 ítems, un 49.6% responde correctamente a todas, un 31.6% a 2 y un 19.4% a una o ninguna.

Conclusiones: La formación realizada sobre TA es realizada durante su formación académica en la mayoría de los casos, demostrándose la falta de conocimientos a la hora de saber elegir el tamaño y la anchura del manguito, así como el punto de medición. La mayoría del personal sabe interpretar los resultados, ya que esto se adquiere en la práctica clínica.

Implicaciones para la práctica: Es necesaria una mejor, más reglada y más continua formación de médicos y personal de enfermería en la medición y manejo de la tensión arterial en pediatría, ya que errores derivados de la toma nos llevarán a la mala interpretación de los valores obtenidos, repercutiendo sobre la salud de los niños.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Llapur Milián René, González Sánchez Raquel. Comportamiento de los factores de riesgo cardiovascular en niños y adolescentes con hipertensión arterial esencial. Rev Cubana Pediatr [revista en la Internet]. 2006 Mar [citado 2014 Sep 13] ; 78(1): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312006000100007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312006000100007&lng=es).
2. Aglony I Marlene, Arnaiz G Pilar, Acevedo B Mónica, Barja Y Salesa, Márquez U Sonia, Guzmán A Beatriz et al . Perfil de presión arterial e historia familiar de hipertensión en niños escolares sanos de Santiago de Chile. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2009 Ene [citado 2014 Sep 13] ; 137( 1 ): 39-45. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872009000100006&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000100006&lng=es).  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000100006>.
3. Marcun NV, Gregorio A. A diagnostic approach for the child with hypertension. Pediatr Nephrol 2005; 20: 499-506.
4. Sorof JM, Lai D, Turner J, Poffenbarger T, Portman RJ. Overweight, ethnicity and the prevalence of hypertension in school-aged children. Pediatrics 2004; 113: 475-82.
5. Lagomarsino E: Rol del pediatra en la prevención de la hipertensión esencial del adulto. Rev Méd Chile 1999; 127: 349-57.
6. Lagomarsino E, González E, Solar E, Cavagnaro F, Saieh C: Hipertensión arterial en pediatría. Pautas de nefrología infantil. Rev Chil Pediatr 1997; 1: 27-42.
7. Hadtstein Ch, Schaefer F: What adult nephrologist should know about childhood blood pressure. Nephrol Dial Transplant 2007; 22: 2119-23.
8. LAGOMARSINO F EDDA, SAIEH A CARLOS, AGLONY I MARLENE. Recomendación de Ramas: Actualizaciones en el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión Arterial en Pediatría. Rama de Nefrología, Sociedad Chilena de Pediatría. Rev. chil. pediatr. [revista en la Internet]. 2008 Feb [citado 2014 Sep 13] ; 79( 1 ): 63-81. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062008000100010&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000100010&lng=es).  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062008000100010>.

## Mesa de Comunicaciones 15: Ciudadanos a pacientes crónicos

### Concurrent Session 15: Chronic Care

#### AUTORES/AUTHORS:

Isabel Ibáñez Ruiz de Arcaute, Maria Dolores Calle Calle, Ana Isabel Arregui Ochoa de Aspuru, Maria Asunción Portillo Armentia

#### TÍTULO/TITLE:

EPOC: Intervención comunitaria en el Centro de Salud Casco Viejo de Vitoria-Gasteiz

#### INTRODUCCIÓN

Siguiendo las directrices de Comarca Araba en cuanto a la realización de Intervención Comunitaria; en el centro de salud del Casco Viejo de Vitoria-Gasteiz se ha desarrollado, por parte de enfermería, un programa de Educación Sanitaria a pacientes con EPOC implicando a pacientes, profesionales sanitarios y familia. El grupo piloto se realizó en el 2012 y desde el 2013 se vienen desarrollando dos grupos anuales. Presentamos datos del grupo piloto y del año 2013.

#### JUSTIFICACIÓN

EPOC es la cuarta causa más común de enfermedad y la única que está en aumento. Esta enfermedad conlleva una gran carga de morbi-mortalidad y puede suponer para el paciente una limitación importante en su actividad diaria, frecuentes visitas médicas de control seguimiento y atención de urgencias, así como hospitalizaciones con su consecuente coste económico y social.

El autocuidado es un término aplicado a los programas educativos encaminados a enseñar las habilidades necesarias para realizar regímenes médicos específicos para la enfermedad, guiar el cambio de conductas de salud y prestar apoyo emocional a los pacientes para el control de su enfermedad y vivir una vida funcional. En el EPOC, la rehabilitación pulmonar aumenta la capacidad para el ejercicio, disminuye los síntomas y mejora la calidad de vida.

El personal de enfermería, juega un papel fundamental del equipo profesional para control y seguimiento de esta enfermedad.

La educación sanitaria del paciente y familia con una enfermedad respiratoria, va a consistir en la aplicación de un programa que les permita adquirir conocimientos, habilidades y actitudes que le hagan partícipe activo en el cuidado de su enfermedad.

Se puede constatar que la prevalencia del EPOC en las consultas de nuestro centro de salud es elevada y previsiblemente irá en aumento. Por ello se ha visto justificado la implantación de un programa de educación respiratoria haciendo partícipe a pacientes y familia, así como a las enfermeras que lo impartan en colaboración con el resto del equipo que apoya el proyecto.

#### OBJETIVO GENERAL

Contribuir a la mejora de la función respiratoria y la calidad de vida de los pacientes con EPOC desde el ámbito de la Atención Primaria en el Centro de Salud Casco Viejo.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Aumentar los conocimientos y habilidades para prevenir y controlar las agudizaciones de su enfermedad.
- 2) Conseguir un correcto manejo de inhaladores y una fisioterapia respiratoria efectiva.
- 3) Fomentar un estilo de vida saludable y adaptado a los requerimientos del paciente con EPOC.

#### METODOLOGÍA

Ambito de actuación:

El programa de Intervención Comunitaria se desarrolla en el centro de salud Casco Viejo. La población diana incluye los siguientes criterios de inclusión: Pacientes que padecen EPOC en estadio II (moderada) o estadio III (grave), sin dificultad idiomática ni hipoacusia severa y con posibilidad de acudir al grupo en el horario establecido. Pueden ir con un acompañante (cuidador principal) para reforzar la implicación familiar.

#### Diseño

El programa consta de una entrevista previa para valoración individual. Seguidamente se realizan tres sesiones teórico-prácticas grupales semanales.

Posteriormente se hace un seguimiento individual a los 15 días, a los 2 y 6 meses.

- 1.- Valoración inicial (individual con una enfermera)

En la valoración inicial se registran datos sobre: Clasificación EPOC, Tipos de inhalador que usa, forma de utilizarlo y su adherencia al tratamiento, hábitos sobre tabaco, Signos vitales (T.A., F.C., F.R., Peso, IMC, Oximetría); Vacunación gripe y neumococo; así como conocimientos sobre la enfermedad (síntomatología, reagudizaciones, ambientes perjudiciales, pautas de actuación) y hábitos de vida saludable (ejercicio, alimentación...)

Además se les pasará CCQ, el cuestionario clínico de la EPOC validado para tal efecto.

## 2.- Sesiones grupales

### 2.1.- Guía de contenidos en las sesiones grupales

Consiste en un programa educativo para el paciente con EPOC que le permitirá adquirir conocimientos, destrezas y habilidades.

#### 2.1.1.- Información General sobre EPOC y su tratamiento

Este apartado incluye, de una forma breve y concisa, información sobre:

- Cómo funcionan los pulmones
- Qué es el EPOC
- Cómo son los bronquios del paciente con EPOC
- Cuáles son los síntomas del EPOC

#### 2.1.2.- Uso correcto de inhaladores

- Información sobre uso y utilidad de medicamentos inhalados y de manera individualizada.
- Información sobre cómo controlar las descompensaciones de la enfermedad

#### 2.1.3.- Ejercicios Respiratorios

En EPOC es importante actuar con una guía de contenidos que implique al paciente adquirir destreza en los siguientes ámbitos:

- Fisioterapia respiratoria (Manual de rehabilitación respiratoria para pacientes con EPOC. Escuela Andaluza de Salud Pública)
- Plan de acción ante una exacerbación (Documentos del área de Enfermería y Fisioterapia de la SEPAR)

#### 2.1.4.- Hábitos de vida saludable

- Educación sobre un estilo de vida sano en el que se incluiría aspectos nutricionales, deshabituación tabáquica, incremento de forma lenta y progresiva la capacidad de ejercicio del paciente en su domicilio, hábitos de sueños, sexualidad y control de emociones.
- Educación en oxigenoterapia en pacientes susceptibles.

## 2.2.- Estructura de las sesiones grupales

Las sesiones grupales se realizan en la biblioteca del centro, en horario de tarde (de 16h a 18h) dirigidas por las cuatro enfermeras responsables del programa. La educación del paciente en cada sesión, debe estructurarse en dos fases sucesivas, una de información y otra de instrucción.

2.2.1.- La información transmitida (guía de contenidos) se apoyará en documentación diseñada a tal efecto, con las actualizaciones que fueran precisas.

2.2.2.- Instrucción, fase en la que deben enseñarse al paciente los siguientes aspectos:

- Uso correcto de los inhaladores que se le hayan prescrito. Comprobar si el dispositivo utilizado es el más adecuado dadas las características del paciente, planteando posibles cambios de inhalador.
- Adiestramiento en autocuidados y autotratamiento.
- Ejercicios y rehabilitación (respiración abdominal, drenaje bronquial, ejercicios que aumenten la capacidad pulmonar). Hoja de pautas diarias: ejercicios, respiraciones abdominales, horarios de tratamiento,...

## 3. Valoración en visitas de seguimiento con la enfermera

En las visitas de seguimiento tras la realización de los talleres, la educación del paciente debe hacer referencia a los aspectos siguientes:

- Valorar los logros obtenidos

- Reforzar la información que se le ha dado.
- Reforzar y revisar las técnicas de inhalación, así como las recomendaciones de fisioterapia respiratoria y estilos de vida saludables
- Cuestionario CCQ junto con los resultados de la espirometría a los 6 meses

#### RECURSOS

##### Recursos materiales:

- Dispositivos de inhalación “placebo” suministrados gratuitamente por los laboratorios
- Folletos y guías explicativas realizadas expresamente por las responsables del programa, para una mayor adecuación e individualización de la enseñanza
- Proyector de diapositivas ppt del propio centro ubicado en la sala donde se imparte.

##### Recursos humanos:

Las responsables del programa lo forman cuatro enfermeras del Centro de Salud Casco Viejo, que realizan las labores de organización, coordinación y desarrollo del programa, tanto en las consultas individuales como en las sesiones grupales.

#### RESULTADOS

El grupo piloto se realizó en 2012. Participaron 11 personas. A los 6 meses los resultados más relevantes fueron los siguientes:

- el 86% de los participantes realiza correctamente la técnica del uso de su/s inhalador/es
- El 43% de los participantes han mejorado en el test CCQ a los 6 meses de la realización de los talleres.
- El 57% mejora los resultados de espirometría comparados con la espirometría previa.

El año 2013 se realizaron 2 grupos, uno en primavera y otro en otoño (convocadas en cada grupo 11 personas).

Para la evaluación y análisis de los resultados se incluyeron unos indicadores en el plan de Intervención Comunitaria que se valoraron a los 15 días de finalizar las sesiones. Los resultados obtenidos son los siguientes:

#### SATISFACCIÓN

- .- La asistencia ha sido del 86% (participando al menos en dos sesiones).
- .- El 100% opina que ha satisfecho sus necesidades de aprendizaje (datos recogidos mediante encuesta de satisfacción al final del taller).

#### CONOCIMIENTOS

- .- Reconoce la EPOC como enfermedad crónica
  - .- Antes de iniciar el taller: 74%
  - .- A los 15 días de realizar el taller: 78%
  - .- A los 2 meses de realizar el taller: 69%
  - .- A los 6 meses de realizar el taller: 81%
- .- Identifica signos de alarma que requieren asistencia sanitaria:
  - .- Antes de iniciar el taller: 79%
  - .- A los 15 días de realizar el taller: 95%
  - .- A los 2 meses de realizar el taller: 100%
  - .- A los 6 meses de realizar el taller: 100%
- .- Reconoce y aplica una dieta adecuada en EPOC:
  - .- Antes de iniciar el taller: 37%
  - .- A los 15 días de realizar el taller: 84%
  - .- A los 2 meses de realizar el taller: 87%
  - .- A los 6 meses de realizar el taller: 94%

#### HABILIDADES

- .- Realiza correctamente la técnica del uso de inhaladores
- .- Antes de iniciar el taller: 32%
- .- A los 15 días de realizar el taller: 95%
- .- A los 2 meses de realizar el taller: 94%
- .- A los 6 meses de realizar el taller: 100%
- .- Conocen y practican los ejercicios de fisioterapia respiratoria adecuados en EPOC
- .- Antes de iniciar el taller: 63%
- .- A los 15 días de realizar el taller: 79%
- .- A los 2 meses de realizar el taller: 87%
- .- A los 6 meses de realizar el taller: 94%

#### DISCUSIÓN

- .- Un programa educacional a pacientes con EPOC permite adquirir conocimientos, habilidades y actitudes que le hacen partícipe activo en el control de su enfermedad proporcionando mayor calidad de vida.
- .- El seguimiento protocolizado a pacientes con EPOC permite un aprendizaje individualizado y reforzado en el tiempo.
  
- .- **IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA:** El ámbito de la Atención Primaria es muy apropiado para realizar grupos de Intervención Comunitaria en personas con la misma patología, dando resultados muy satisfactorios tanto para el individuo como para el profesional.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- .- Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud; Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones; Madrid, 2009.
- .- Documentos del área de Enfermería y Fisioterapia de la SEPAR.
- .- Effing T, Monnikhof EM, van der Valk PDLPM, van der Palen J, van Herwaarden CLA, Partidge MR, Walters EH, Zielhuis GA. Educación en autocuidado para pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- .- Documento electrónico: <http://www.fisterra.com/guias2/epoc.asp>
- .- Dispositivos y técnicas de inhalación en enfermedades respiratorias (AIR). Mendez –Cabeza Velásquez J, Molina París J, Morán Rodríguez A, Pérez Martínez A. 2008: CYSGREY S.L., Sociedad de Respiratoria en Atención Primaria y Pfizer. Depósito legal: M-55875-2008
- .- <http://www.forumclinic.org/enfermedades/epoc/información/bases-deltratamiento>. (13-9-2011)
- .- Manual de rehabilitación respiratoria para personas con EPOC. Escuela andaluza de Salud Pública. Gómez González A, Marín Sánchez F. Impresión digital Gami GR 3471-2009 depósito legal
- .- [www.cun.es/area-salud/cuidados-en-casa/fisioterapia-respiratoria](http://www.cun.es/area-salud/cuidados-en-casa/fisioterapia-respiratoria). Campo Ezquibela A. Dto Neumología. Clínica Universidad de Navarra. 16 junio 2011



**AUTORES/AUTHORS:**

Miguel Angel Robles Sanchez, Verónica Cruz Díaz, Miguel Merchan Ruíz, Judit Guerrero Clemente, Dolor Juvinyà Canal, Carme Bertran Noguera, Lluís Ramió Torrenta

**TÍTULO/TITLE:**

Necesidades y expectativas en el diagnóstico reciente de Esclerosis Múltiple respecto a la enfermedad y a enfermería

**OBJETIVO:** Explorar las necesidades y expectativas de los/as pacientes con Esclerosis Múltiple desde el momento del diagnóstico reciente en relación con la enfermedad y el equipo de Enfermería.

**MÉTODOS:** Se realizó un estudio cualitativo exploratorio con perspectiva fenomenológica desarrollado entre enero y mayo de 2014 en la Unidad de Esclerosis Múltiple del Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta. Los sujetos de la investigación habían participado previamente en un estudio clínico aleatorizado que consistía en la implantación de una consulta de enfermería especializada en EM en el momento del diagnóstico reciente para aumentar su calidad de vida y satisfacción. Se seleccionaron mediante muestreo de conveniencia 2 sujetos pertenecientes al grupo control con atención convencional en la unidad de esclerosis y 2 sujetos pertenecientes al grupo intervención con atención individualizada mediante un plan de cuidados desarrollado en una consulta de enfermería especializada desde el diagnóstico reciente de la enfermedad. El instrumento de recogida de datos consistió en una entrevista semiestructurada con preguntas relativas a las necesidades y expectativas generadas desde el diagnóstico, al equipo de enfermería y a la vivencia global del proceso. Se realizó una transcripción literal y sistemática del contenido con verificación de los sujetos del resumen final para desarrollar un análisis por pares del contenido temático. Los datos cualitativos extraídos de las entrevistas individuales se analizaron mediante análisis temático del contenido, codificándolo y agrupándolo posteriormente en categorías y subcategorías más detalladas.

**RESULTADOS:** En el grupo control se observa que las necesidades respecto a la enfermedad están pendientes de solución destacando la necesidad de tiempo para asumir la enfermedad (desarrollo de autonomía y capacidad de autogestión de la enfermedad), la necesidad de conocimientos relativos a la EM y la necesidad de control sobre los factores estresores asociados al diagnóstico reciente. En cambio en el grupo intervención ya no se detecta la falta de conocimientos e información, han asimilado la enfermedad (son capaces de tomar decisiones y autogestionarse con la enfermedad) y han desarrollado estrategias efectivas para el manejo del estrés.

En cuanto a las expectativas generadas respecto a la enfermedad el grupo control está en fase de resignación sin capacidad crítica en cambio el grupo intervención se plantea como ha vivido todo el proceso y plantea acciones de mejora.

Respecto a las necesidades con el equipo de enfermería el grupo control presenta manifestaciones de dependencia en la necesidad de comunicación e información y necesidad de establecer una relación terapéutica basada en la ayuda y acompañamiento. En cambio el grupo intervención presenta manifestaciones de independencia respecto a ambas.

En cuanto a las expectativas respecto al equipo de enfermería éste ha respondido correctamente en la atención global y profesional en ambos grupos pese a que el grupo control esperaba contar con más visitas para dar respuesta a sus necesidades.

**DISCUSIÓN:** Es importante conocer las necesidades autopercebidas y manifestadas por las personas con EM con sus propias palabras para poderles dar solución (1). Se ha demostrado (MacLurg K, et al. 2005) que están directamente relacionadas con el bienestar autopercebido (2). Una investigación basada en grupos focales (Cortus NF, et al. 2004) detectó cuatro áreas o necesidades básicas manifestadas por las personas con EM: la necesidad de elegir, poder tomar decisiones y mantener un cierto control; la necesidad de desarrollar "la propia lucha" y la autonomía; la necesidad de desarrollar estrategias para controlar la angustia por los

síntomas y la dificultad que causan; y la necesidad de ser escuchados y acompañados en el proceso de la enfermedad (3). Estas áreas se corresponden con las detectadas en el presente estudio: necesidad de automanejo y autonomía; la necesidad de control, seguridad y manejo del estrés; y la necesidad de acompañamiento (tanto familiar como por parte del equipo asistencial). Si bien no se explicita, la necesidad de información es un aspecto que aparece de forma transversal en la descripción del resto de necesidades. En otra revisión sistemática (While A, et al. 2009), así como en otros estudios (Forbes A, et al. 2003; Koopman WJ, et al. 2006; Forbes A, 2007), se identificaron áreas de necesidades similares a las detectadas en el presente estudio (3-7). Los resultados obtenidos en este estudio permiten conocer las necesidades de los sujetos respecto a la enfermedad y el equipo de enfermería dando solución a los objetivos del presente estudio.

El conocimiento de las necesidades y expectativas respecto a la enfermedad y al equipo de enfermería es necesario para plantear un cambio de cultura en la atención de enfermería que implemente de manera precoz acciones encaminadas a darles solución. La implementación de una consulta de enfermería especializada en el diagnóstico reciente de la enfermedad ha demostrado dar solución a estas necesidades y expectativas facilitando una estrategia con aplicabilidad clínica para el manejo global de este colectivo de pacientes.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Newland PK, Thomas FP, Riley M, Flick LH, Fearing A. The use of focus groups to characterize symptoms in persons with multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs.* 2012 Dec;44(6):351–7.
2. MacLurg K, Reilly P, Hawkins S, Gray O, Evason E, Whittington D. A primary care-based needs assessment of people with multiple sclerosis. *Br J Gen Pract.* 2005 May;55(514):378–83.
3. Courts NF, Buchanan EM, Werstlein PO. Focus groups: the lived experience of participants with multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs.* 2004 Feb;36(1):42–7.
4. Forbes A, While A, Taylor M. What people with multiple sclerosis perceive to be important to meeting their needs. *J Adv Nurs.* 2007 Apr;58(1):11–22.
5. While A, Forbes A, Ullman R, Mathes L. The role of specialist and general nurses working with people with multiple sclerosis. *J Clin Nurs.* 2009 Sep;18(18):2635–48.
6. Forbes A, While A, Dyson L, Grocott T, Griffiths P. Impact of clinical nurse specialists in multiple sclerosis-synthesis of the evidence. *J Adv Nurs.* 2003 Jun;42(5):442–62.
7. Koopman WJ, Benbow C-L, Vandervoort M. Top 10 needs of people with multiple sclerosis and their significant others. *J Neurosci Nurs.* 2006 Oct;38(5):369–73.

**AUTORES/AUTHORS:**

M.Angeles Guevara Garcia, Fanny Osorio Ramirez, Javier Iniesta Sanchez, Francisco Hernandez Noguera, M.Jose Gallego Gonzalez, M.Dolores Pedrera Clemente

**TÍTULO/TITLE:**

Estudio sobre el impacto Psico-físico-cognitivo en la progresión de la esclerosis múltiple

**Introducción**

La esclerosis múltiple ( EM ) es la enfermedad neurológica crónica grave más común en los adultos jóvenes, empieza a edades comprendidas entre los 20 y 40 años, afectando de forma progresiva a la calidad de vida, limitando su vida personal, social y laboral. La EM puede causar una variedad impredecible y diversa de alteraciones neurológicas que son únicas de cada persona. El daño neurológico puede afectar a cualquier parte del SNC, ocasionando una variedad de síntomas molestos desde la fatiga a problemas de movilidad o espasticidad y alteración cognitiva. Muchos pacientes experimentan síntomas múltiples y el 90% de las personas con EM lo padecen desde el inicio. Esta diversidad de síntomas y la naturaleza impredecible de la EM hacen que se convierta en una de las enfermedades neurológicas más difíciles de afrontar, siendo en la práctica clínica difícil de identificar una categoría de enfermedad particular o una clasificación, ya que la EM muestra una variabilidad individual considerable.

**Objetivo**

Conocer la percepción de calidad de vida de los pacientes con esclerosis múltiple de más de un año de evolución.

**Metodología**

Estudio descriptivo sobre la calidad de vida de los pacientes con EM de la Región de Murcia, desarrollado desde abril de 2013 a Enero de 2014. Como criterio de inclusión se fijó que llevarán un año diagnosticados, y se excluyeron aquellos pacientes con deterioro cognitivo que les impidiera realizar el test. Los datos se analizaron con SPSS v19 y se presentan en frecuencias y porcentajes. La captación de los participantes se realizó en la consulta de seguimiento del Área de Salud VII, y a través de las redes sociales y asociaciones de pacientes. Como instrumento de evaluación se utilizó el cuestionario FAMS validado que explora distintas dimensiones de la calidad de vida en pacientes con EM.

**Resultados**

Se reclutaron un total de 75 pacientes de los que el 46% (35) se realizó a través de redes sociales. El 72% (54) fueron mujeres, con pareja en el 60% (45) de los casos, con una evolución superior a 10 años en el 43% (32), con una incidencia de uno o más brotes en el último año en el 36% (27) de los participantes. Un 43% (32) presentaba comorbilidad y un 64% (49) tenían reconocido un grado de discapacidad superior al 20%.

El 84% (63) realizaba su autocuidado, afectando su estado físico a la atención de las necesidades familiares al 65% (49) de los casos.

El 70% (53) ha limitado su actividad social a causa de su estado de salud, y el 87% (65) se organiza en función de su estado de salud. El 12% (9) refirió no sentir debilidad generalizada, y un 70% (53) manifestó sentirse prisionero de su estado de salud. Un 17% (13) no estaba satisfecho con su calidad de vida.

**Discusión**

La calidad de vida en los pacientes con EM se ve afectada tanto a nivel físico como psicológico y modifica su nivel de independencia, sus relaciones sociales y con el entorno habitual, abarcando por tanto todas las áreas que la OMS incluye en su definición de calidad de vida.

La utilización de las nuevas tecnologías para la captación de pacientes se ha mostrado útil, ya que ha aportado casi la mitad de los casos, lo que la convierte en una herramienta positiva para la participación de personas que pueden presentar problemas de movilidad derivados de patologías que producen un deterioro físico.

Álgunos pacientes de nuestro estudio refieren sentirse prisioneros de su estado de salud y organizarse y limitar su actividad social en función de su salud, aunque la mayor parte manifiesta estar satisfecho con su calidad de vida.

Pese a que la EM es una enfermedad invalidante y el 64% tenía reconocido un grado de discapacidad, un 84% es capaz de realizar su autocuidado.

Implicaciones para la práctica

Basándonos en que la Esclerosis Múltiple es progresiva en el tiempo y que cuenta con una amplia repercusión en la calidad de vida de los pacientes, creemos que es necesaria la existencia de un personal de enfermería especializado en esta enfermedad.

Las enfermeras especializadas en EM son muchas veces el punto de contacto clave para los afectados y son un valioso recurso de información y apoyo a largo plazo, teniendo la capacidad de educar, valorar y evaluar las limitaciones que surgen en pacientes jóvenes de EM, la cual afecta a su calidad de vida. Por lo tanto, enfermería cuenta con un papel muy importante en la prevención e identificación de alteraciones psicológicas y cognitivas, aportando sus conocimientos, desarrollando sus habilidades y favoreciendo la atención sanitaria a los pacientes con EM y sus familias, para mejorar su bienestar, fomentar su autocuidado y aumentar su autoestima.

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

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, MacMillan LJ: Experience of Children and Adolescents living with Multiple Sclerosis; J NeurosciNurs 2005; 37 (6): 334 – 342

Cohen RA, Kessler HR, Fischer M. The Extended Disability Status Scale (EDSS) as a predictor of impairments of functional activities of daily living in multiple sclerosis. J NeurolSci 1993; 115: 132-5.

Dian HE, Hongyu, Wenjie Han, Shihong, Zhang. Rituximab para la esclerosis múltiple Remitente Recurrente, Disponible en [www.biblioteca-cochrane.com/BCPMainFrame.asp](http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPMainFrame.asp)

Farreras Rozman: Medicina Interna, Vol. 2, Elsevier, 15ª edición, 2004, 1456 -1465

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.

Kobelt G , J Berg , Lindgren P , G Izquierdo , O Sánchez-Soliño , Pérez-Miranda J , Casado MA ; Asociación Española de Esclerosis Múltiple .Los costos y la calidad de vida de esclerosis múltiple en España. Eur J HealthEcon 2006 Sep; 7 Suppl 2: S65-74.

Levin LI, Munger KL, Rubertone MV et al: Multiple Sclerosis and Epstein – Bar Virus; JAMA, 2003; 289 (12): 1533 – 1536

Rivera-Navarro J, Benito-León J, Morales-González JM. Hacia la búsqueda

de dimensiones más específicas en la medición de la calidad de vida en la esclerosis múltiple. Rev Neurol 2001; 32: 705-13.

**AUTORES/AUTHORS:**

Mari Carmen Portillo, M<sup>a</sup> Victoria Navarta Sánchez, Mario Riverol Fernández, M<sup>a</sup> Eugenia Ursúa Sesma, Sara Díaz de Cerio Ayesa, Juana M<sup>a</sup> Senosiain García, Sagrario Anaut Bravo, Neus Caparrós Civera, Leire Ambrosio Gutierrez

**TÍTULO/TITLE:**

Estudio de factores relacionados con la adaptación psicosocial a la enfermedad de Parkinson de pacientes y familiares

**Objetivo.** Determinar las relaciones entre los factores físicos y psicosociales que influyen en la adaptación psicosocial a la enfermedad de Parkinson (EP) y la calidad de vida para pacientes y sus familiares/cuidadores.

**Métodos.** Se llevó a cabo un estudio transversal, prospectivo, multicéntrico, que forma parte del Programa de investigación ReNACE1-2. La recogida de datos tuvo lugar en tres centros del contexto de la comunidad: el Centro de Salud de San Juan de SNS-Osasunbidea, la Asociación Navarra de Parkinson y la consulta de Neurología de la Clínica Universidad de Navarra.

Un total de 91 pacientes con EP y 86 familiares fueron reclutados a través de muestreo de casos consecutivos. Se realizó una entrevista individual con cada participante, en la que se completó un cuestionario con las siguientes escalas: Escala de Calidad de vida en Personas con EP, Escala de Calidad de vida en Cuidadores, Escala de Adaptación Psicosocial a la Enfermedad, Escala de Afrontamiento Breve, Escala Hallazgo de Beneficio y Escala Hoehn y Yahr. Aparte de las variables medidas por las escalas, se estudiaron variables relacionadas con la enfermedad y el cuidado y la disponibilidad de recursos. Se realizaron análisis de regresión múltiple y modelos de estructuras de la covarianza utilizando los programas estadístico STATA 64.0 y SPSS 15.0.

**Resultados.** La edad media de los pacientes y de los familiares fue 71.98 y 63 años respectivamente, Los pacientes tenían una afectación motora media y los familiares llevaban un promedio de 6.8 años como cuidador.

De los análisis de regresión múltiple tanto en pacientes como en familiares, cabe destacar que la respuesta de afrontamiento fue la principal variable predictora (con potencialidad de mejora) de la adaptación psicosocial a la enfermedad ( $p < 0.001$ ). Y que la adaptación psicosocial a la enfermedad se identificó como la principal variable predictora (con potencialidad de mejora) en la calidad de vida ( $p < 0.001$ ).

Los resultados del SEM indicaron que la calidad de vida de las personas con EP y la severidad de su enfermedad influían significativamente en la calidad de vida de los familiares ( $p < 0.001$ ) y que las respuestas de afrontamiento de los familiares influían significativamente en la calidad de vida de los pacientes ( $p < 0.001$ ).

**Discusión.** Los resultados apuntan que una intervención para mejorar las habilidades de afrontamiento de las personas con EP y sus familiares, podría mejorar su adaptación psicosocial a la enfermedad, y a la vez, su calidad de vida. Asimismo, la influencia mutua que se produce entre la persona con EP y su familiar hace necesario la adaptación de un enfoque global de pareja como unidad de atención. La inclusión de los familiares en los programas de atención de los pacientes, puede mejorar el bienestar no sólo de los familiares, y de los pacientes.

**Implicaciones para la práctica.** Potenciar estos factores unido al tradicional control de síntomas podría resultar en intervenciones más efectivas para abordar el carácter crónico de la EP, e incluso en la promoción de la salud de los familiares/cuidadores. Además, se propone el desarrollo de grupos multidisciplinares para ofrecer esta atención integral a pacientes y familiares.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Portillo MC, Senosiain JM, Arantzamendi M, Zaragoza A, Navarta MV, Díaz de Cerio S, et al. Proyecto ReNACE. Convivencia de pacientes y familiares con la enfermedad de Parkinson: resultados preliminares de la Fase I. Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol.

2012;36:31-38.

Zaragoza A, Senosiain JM, Riverol M, Anaut S, Díaz de Cerio S, Ursua ME, Portillo MC. Elementos clave en el proceso de convivencia con la enfermedad de Parkinson de pacientes y familiares cuidadores. An Sist Sanit Navar. 2014;37(1):69-80.

## Mesa de Comunicaciones 16: PCBE

### Concurrent Session 16: EBP

#### AUTORES/AUTHORS:

Luis Real López, M<sup>a</sup> Eugenia Díez Esteban, Noemí de Juan García, Marta Serrano Hernantes, Irene Blasco Romero, Elena de la Iglesia García, Azucena Santillán García

#### TÍTULO/TITLE:

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y LESIONES POR HUMEDAD EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

#### OBJETIVOS:

- Determinar la prevalencia de úlceras por presión (UPP) y de lesiones por humedad (LPH) en el Hospital Universitario de Burgos (HUBU), y definir sus características en cuanto a localización y estadio.
- Determinar el grado de implantación de medidas preventivas para UPP y LPH.
- Determinar el porcentaje de sujetos a los que se les ha realizado valoración del riesgo de UPP mediante escala de Norton.

#### METODOLOGÍA:

El ámbito del estudio comprende las unidades de hospitalización del HUBU excluyendo Pediatría, Psiquiatría, Puerperio y Penitenciaria. El proceso de diseño, de recogida de datos y de análisis de datos fue realizado por enfermeros miembros de la Subcomisión de Heridas del HUBU.

Durante el proceso de diseño se realizó una definición de las variables de estudio, se diseñó una hoja específica para la recogida de datos y se consensuaron las normas para su cumplimentación.

Los datos fueron recogidos mediante revisión de la historia clínica de los pacientes (filiación, escala de Norton y medidas preventivas) y mediante observación directa (tipo de lesión, localización y estadio), durante el mes de octubre de 2013.

Variables del estudio: tipo de lesión (UPP o LPH), número de lesiones, localización y estadio de las lesiones, existencia de valoración del riesgo mediante escala de Norton y su puntuación, existencia de medidas preventivas y su tipo.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Burgos.

#### RESULTADOS:

- Sujetos estudiados 418, 214 hombres (51,19%) y 204 mujeres (48,8%), edad media 68,8 años, rango de edad (16-101), 265 mayores de 65 años (63,4%)
- Prevalencia de UPP 11,96% (n=50).
- Número total de UPP 84.
- Prevalencia de UPP por estadios:

El más prevalente es el estadio I, 7,6% (n=32), seguido del II (5,2%), estadio IV (0,71%), no estadiable (0,47%) y estadio III (0,23%)

- Porcentaje de UPP por estadios: estadio I 48,81% (n=41), estadio II (40,47%), estadio IV (7,14%), no estadiable (2,38%) y estadio III (1,19%)
- Prevalencia de LPH 6,2% (n=26)
- Porcentaje de pacientes con valoración del riesgo de UPP (escala de Norton) 45,45% (n=190)
- Nivel de riesgo detectado mediante escala de Norton: mínimo 64,73% (n=123), medio (7,89%), alto (15,26%) y muy alto (12,1%)
- Porcentaje de pacientes con cuidados para la prevención de UPP registrados en la historia clínica 26,55% (111 pacientes)

#### DISCUSIÓN:

La prevalencia (11,96%) es superior a la obtenida en el último estudio de prevalencia de UPP a nivel nacional (7,2%), aunque los propios autores reconocen una probable tendencia a la baja por sesgos en su estudio. En el panorama internacional nos sitúa en unas cifras similares a otros países de nuestro entorno: Italia (8,3%), Francia (8,9%) Alemania (10,2%) o Portugal (12,5%).

Comparativamente con estudios a nivel nacional, se observa una prevalencia baja de los estadios III y IV, el mantenimiento de cifras similares para el estadio II y un aumento de la prevalencia del estadio I. Se ha interpretado como una mejora de las condiciones preventivas que impiden el avance a estadios más graves, o bien como un aumento de la sensibilidad para la identificación de la



categoría I.

**IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA:**

Permite comparar la prevalencia de UPP y LPH en el HUBU con otros hospitales de nuestro entorno y define un punto de partida para la evaluación de futuras medidas preventivas.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Soldevilla Agreda José Javier, Torra i Bou Joan-Enric, Verdú Soriano José, López Casanova Pablo. 3.er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos 2011 Jun; 22(2): 77-90.
- 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: GNEAUPP; 2003. Disponible en <http://www.gneaupp.org>

**AUTORES/AUTHORS:**

Jordi Adamuz Tomás, Emilio Jiménez Martínez, María Jesús Alcocer Porras, Carme Hernández Carcereny, María Pilar Buera Alquezar, Asun Roel Fernández, Pilar Ricart Ribó, Anna Gonzalez Roselló, Jordi Carratalà Fernández

**TÍTULO/TITLE:**

¿Los pacientes hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad están preparados para cuidarse en domicilio?

Introducción: La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) representa uno de los problemas más importantes de salud pública (1). Estudios recientes muestran que los reingresos y las consultas a centros de atención primaria (CAP) y servicios de urgencias después del alta hospitalaria son frecuentes en pacientes con NAC. El 34,1% de los pacientes hospitalizados por NAC consumen recursos sanitarios durante el mes posterior al alta hospitalaria (2,3). Además la mortalidad a largo plazo es superior al resto de patologías (4–8). Un estudio cualitativo mostró que los pacientes dados de alta por NAC no conocen el significado de la neumonía, ni el tratamiento ni recomendaciones a seguir en su domicilio, incrementado las visitas al CAP y a servicios de urgencias (9). Por lo que se recomienda realizar nuevas investigaciones para ayudar a reducir la mortalidad a largo plazo y el consumo de recursos sanitarios después del alta hospitalaria (10,11).

Objetivo. Evaluar el nivel de conocimientos de los pacientes hospitalizados con neumonía adquirida en la comunidad (NAC) sobre el manejo de su enfermedad.

Métodos. Estudio observacional descriptivo multicéntrico, que se realizó en el Hospital Universitari de Bellvitge, Hospital Clínic de Barcelona y Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida durante el año 2011-2014.

Fueron incluidos los pacientes adultos hospitalizados no inmunodeprimidos, sin deterioro cognitivo, dados de alta a domicilio de los servicios de: enfermedades infecciosas, neumología, medicina interna y atención domiciliaria con diagnóstico de NAC. Los pacientes fueron incluidos por muestreo intencionado, recibieron la información convencional y firmaron el consentimiento informado.

Los datos se recogieron mediante una encuesta realizada previo al alta hospitalaria y a los 30 días en una visita en consultas externas o telefónicamente. Se recogieron datos mediante distintos cuestionarios para evaluar los conocimientos y habilidades respecto la hidratación, tratamiento farmacológico y vacunas indicadas, control de la enfermedad, actividad física progresiva y deshabituación de hábitos tóxicos (tabaco y alcohol). Los principales cuestionarios utilizados fueron el test de Haynes-Sackett, índice de Barthel, el índice de gravedad de la neumonía (IGN) y el índice de Charlson, entre otros. Los datos se analizaron con el programa informático SPSS versión 18.0. Las principales variables que se obtuvieron fueron: edad, sexo, nivel de escolaridad, apoyo en domicilio, hidratación mínima, adherencia al tratamiento farmacológico y vacunas recomendadas, conocimientos sobre el manejo de la NAC, actividad física progresiva, deshabituación tabáquica y alcohólica, días de ingreso hospitalario y consumo de recursos sanitarios durante los 30 días después del alta hospitalaria (consultas a urgencias, al centro de atención primaria y reingresos).

Resultados. Durante el período de estudio fueron incluidos 90 pacientes con diagnóstico de NAC. Las características de la población fueron: el 64% (58) de los pacientes eran mayores de 65 años y tuvieron una estancia media de hospitalización de 9,5 días (rango 1-64). El 28% (25) de los pacientes no tenían ningún nivel de escolaridad, además el 33% (29) no tenía apoyo en domicilio durante el proceso de convalecencia. Previo al ingreso el 22% (22) fumaba y el 7% (6) consumía  $\geq 4$  UBES diarias. El 51% (46) ingresaron con un IGN de alto riesgo y un índice de Charlson medio de 4 (rango 0-10).

El 64% (58) no tenían conocimientos ni realizaron la hidratación mínima recomendada, el 74% (67) no conocía la función del tratamiento antibiótico y las vacunas recomendadas (4 pacientes realizaron de forma incorrecta el tratamiento), el 82% (74) tenía unos conocimientos deficientes sobre el manejo de la enfermedad, mientras que el 57% (51) realizó una actividad física progresiva

adaptada a sus necesidades. Posterior al alta hospitalaria el 22,7% (5) de los pacientes refieren haber abandonado el consumo de tabaco y el 16,6% (1) el consumo de alcohol. Por otra parte los pacientes que consumieron recursos sanitarios durante los 30 días después del alta hospitalaria (41%) fueron aquellos que no tenían conocimientos ni realizaron una hidratación mínima recomendada (P-valor=0,03) y/o tenía unos conocimientos deficientes sobre el manejo de la NAC (P-valor=0,01).

Discusión. La información estándar al alta para pacientes ingresados por patologías comunes como la NAC, no está siendo suficiente para cubrir las necesidades educativas de este grupo de pacientes en aspectos como la seguridad y la adherencia al tratamiento en el domicilio.

Futuras investigaciones sobre cuidados enfermeros deben evaluar si la implementación de programas educativos durante el ingreso hospitalario tiene algún efecto sobre el consumo de recursos sanitarios posterior al alta en los pacientes con NAC.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, Bartlett JG, Campbell GD, Dean NC, et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. *Clin Infect Dis*. 2007;44 Suppl 2:S27–72.
2. Adamuz J, Viasus D, Campreciós-Rodríguez P, Cañavate-Jurado O, Jiménez-Martínez E, Isla P, et al. A prospective cohort study of healthcare visits and rehospitalizations after discharge of patients with community-acquired pneumonia. *Respirology*. 2011;16(7):1119–26.
3. Jasti H, Mortensen EM, Obrosky DS, Kapoor WN, Fine MJ. Causes and risk factors for rehospitalization of patients hospitalized with community-acquired pneumonia. *Clin Infect Dis*. 2008;46(4):550–6.
4. Mortensen EM, Metersky ML. Long-term mortality after pneumonia. *Semin Respir Crit Care Med*. 2012;33(3):319–24.
5. Johnstone J, Eurich DT, Majumdar SR, Jin Y, Marrie TJ. Long-term morbidity and mortality after hospitalization with community-acquired pneumonia: a population-based cohort study. *Medicine (Baltimore)*. 2008;87(6):329–34.
6. Yende S, Angus DC, Ali IS, Somes G, Newman AB, Bauer D, et al. Influence of comorbid conditions on long-term mortality after pneumonia in older people. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55(4):518–25.
7. Bruns AHW, Oosterheert JJ, Cucciolillo MC, El Moussaoui R, Groenwold RHH, Prins JM, et al. Cause-specific long-term mortality rates in patients recovered from community-acquired pneumonia as compared with the general Dutch population. *Clin Microbiol Infect*. 2011;17(5):763–8.
8. Adamuz J, Viasus D, Jiménez-Martínez E, Isla P, García-Vidal C, Dorc J, et al. Incidence, Timing and Risk Factors Associated With 1-year Mortality After Hospitalization for Community-Acquired Pneumonia. *J Infect*. 2014; 68(6):534-41.
9. Baldie DJ, Entwistle VA, Davey PG. The information and support needs of patients discharged after a short hospital stay for treatment of low-risk Community Acquired Pneumonia: implications for treatment without admission. *BMC Pulm Med*. 2008;8:11.
10. Ewig S, Torres A. Community-acquired pneumonia as an emergency: time for an aggressive intervention to lower mortality. *Eur Respir J*. 2011;38(2):253–60.
11. Restrepo MI, Faverio P, Anzueto A. Long-term prognosis in community-acquired pneumonia. *Curr Opin Infect Dis*. 2013;26(2):151–8.

**Mesa de Comunicaciones 17: Profesión / Gestión****Concurrent Session 17: Nursing Profession / Management****AUTORES/AUTHORS:**

AYTEN ZAYBAK, HANDAN ÖZDEMİR, LEYLA BARAN

**TÍTULO/TITLE:**

EXAMINING NURSING STUDENTS' ATTITUDES RELATED TO MEDICAL ERRORS

Objective: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations defines the concept of medical error as “the suffer experienced by the patient as a result of inefficient and inattentive acting in occupational practices, inappropriate and unethical behavior conducted by a professional providing health service”. The subject of medical errors appears as an increasingly growing problem in health field. Timely detection of medical errors and revealing their causes is extremely important in formulating recommendations toward resolution of the problem. Health professionals' knowledge levels, emotions and behaviors related to subject, demonstrate their attitudes against medical errors. However, it is thought that health workers do not conceive medical error as an error and therefore do not report. To increase reporting primary health workers' attitudes toward medical errors must be evaluated and then relevant strategies must be developed. Besides the topic of medical errors is an important subject for all health workers, it carries much greater importance for nurses. Nurses who comprise the majority of health workers encounter medical error risks more frequently compared to other occupation groups due to the reasons such as multitude and variety of independent and dependant functions and continuity of being together with patient. To identify health workers' attitudes toward medical errors may enable capture and correction of errors by identifying resources of errors before they reach patients. In this study to examine the attitudes of senior nursing students (who will soon graduate and initiate professional career) toward medical errors were aimed. Recognizing the attitudes of senior nursing students' toward medical errors is thought to be important in taking precautions to prevent medical errors that may occur in their education and career, in preventing/reducing legal conditions encountered in their career and in reporting medical errors and developing strategies related to the attitudes toward medical errors.

Methods: This is a descriptive type of research. This research was carried between the dates of 2013 and 2014 with a total of 121 intern nurses who were studying in a Nursing Faculty in Turkey and accepted to participate in research. Senior students were selected for research because an integrated education program was available in nursing faculty and undergraduates have actively participated in clinical applications at the last grade. As a data collection tool, “Individual Identification Form” and “Attitude in Medical Error Scale” were used. After the purpose of the research was explained each student gave verbal consent prior to research and they were asked to complete “Individual Identification Form” and “Attitude in Medical Error Scale”. The “Attitude in Medical Error Scale”, developed and its reliability and validity was tested by Güleç (2012) is a likert-type scale with 5, comprised of 16 items and choices such as “I certainly disagree”, “I disagree”, “I'm indecisive”, “I agree” and “I certainly agree”. Scale has three subdimensions; During calculation of scale's total scores are taken and scale's scores are obtained through dividing the raw score obtained by the item count in scale. During calculation of subdimensional scores, the score of subdimension is summed up and divided by item count and the resultant score is evaluated between 1 and 5. Scoring and evaluation specified for entire scale is accepted for all subdimensions of the scale in the same manner. An increase in total scores is interpreted as a positive increase in workers' attitudes related to medical errors. The statistical analysis of the data obtained at the end of research was performed by using Statistical Package of Social Science (SPSS) version 16.0. In the analysis of data, number and percentage distributions were performed and Student's t test and ANOVA were utilized.

Results or Findings: 83.4 % of the students participated in research, were women and their mean age was  $24.00 \pm 0.64$  years. In research the total mean scores from “Attitude in Medical Errors Scale” was found as  $3.95 \pm 0.34$  and the attitudes related to medical errors were considered positive. The total mean scores of the subdimensions of scale were found as follows;  $3.97 \pm 0.85$  in “Perception of Medical Errors”;  $3.95 \pm 0.50$  “Approaching to Medical Errors”; and  $3.96 \pm 0.39$  in “Causes of Medical Errors”. As a result of the total mean scores of subdimensions it was suggested that students' attitudes related to medical errors were positive. A statistically significant difference could not be found between participants' gender and age and their tendency to make medical errors ( $p > 0.05$ ). As a result of this research it can be said that senior nursing students have higher awareness about the importance of medical errors and reporting those errors.

Discussion: Medical errors comprise the basis for patient's safety. The types of medical error include the ones most frequently encountered or caused by physicians and nurses while they perform their duties. In this context, to identify health professionals'

attitudes against medical errors is extremely important in reducing error rates. Health professionals' knowledge levels, subject-related emotions and behaviors demonstrate their attitudes against medical errors. As a result of this research it can be said that senior nursing students have higher awareness about the importance of medical errors and reporting those errors. It is thought that incorporating topics such as patient safety and medical errors into education program of the faculty where this research was conducted may contribute to this result. However, in order to eliminate or prevent medical errors completely, also students' attitudes must be positive. Therefore, further studies investigating the effects of education program on the attitudes of students are necessary.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Anezz E. Clinical perspectives on patient safety. In: K Wals, R Boaden (Eds.), Patient Safety Research in toPractice. (1st ed.) London: McGraw Hill Education Open University Press; 2006. p.9-18.
2. Anderson B, Stumpf PG, Schulkin J. Medical error reporting, Patient Safety, and the Physician. Journal of Patient Safety 2009;5(3):176-9.
3. Berlanda A, Natvig GK, Gundersenb D. Patient Safety and Job-Related Stress: A Focus Group Study. Intensive and Critical Care Nursing 2008; 24: 90-97. 25.
4. Carlton G. Nurses perception of factors leading to the discovery of potential medication administration error. University of Colorado Health Science Center. Pro Quest dissertations and Theses; 2007: 1-231.
5. Garbutt J, Brownstein DR, Klein JE, Watermann A, Krauss MJ, Marcuse EK, Hazel E, Dunagan WC, Fraser V, Gallagher TH. Reporting and disclosing medical errors, Arch Pedi Adolescent Med, 2007; 161: 179-85.
6. Güleç D.,Seren-Intepeller S. Developing a scale of attitudes towards medical errors. Turkish Journal of Research&Development in Nursing 2013; 15(3): 26-41.
7. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Sentinel Event Statistics, ABD, 2006. Available from: [http://www.jointcommission.org/sentinel\\_event.aspx](http://www.jointcommission.org/sentinel_event.aspx) (Accessed 2014 February 22).
8. Polit DF, Hungler BP. Principles and Methods. Fourth Edition, J.B Lippincott Company, Philadelphia, 2001; 597-607.
9. Wolf ZR, Serembus J. Responsesand Concerns of Healthcare providers to Medication Errors, Clin Nurse Spec, 2000;(6), 278-287.

**AUTORES/AUTHORS:**

JOTHI SOPHIA CHRISTOPHER

**TÍTULO/TITLE:**

Assess the "Efficacy of Concept Mapping (CM) through Computer Assisted Instruction (CAI) in Nursing Education in India"

Author: PROF.DR.C.JOTHI SOPHIA – PRINCIPAL, C.S.I. Jeyaraj Annapackiam College Of Nursing, Madurai. TamilNadu - India.

**INTRODUCTION:**

"Education" is the global order, as ever, is basic and essential. It's a powerful tool to cause changes and development in all spheres of life of Individuals, Country, Society, and Nations. It's noteworthy that education also keeps changing for its mode method and content in par with modernization."

Rt.Rev.Dr. A Christopher Asir

Technology based e-Learning is at the phase shift in the present scenario in nursing education at global level, where in the learning responsibility is shifted to the learner and the self-instructional e-media based package development is the new task assigned to the future teacher. In the changing scenario of nursing education, the importance is focused on the teacher who can design new approach through technology in creating individualized instructional materials. COMPUTER ASSISTED INSTRUCTION (CAI) is been proved beyond doubt, the most common and effective structured instructional material, flexible enough to focus on the learner abilities by personalized instructions. On the platform of the instructional package, the presentation of concepts are purposely supported through yet another technology namely CONCEPT MAPPING (CM).

The educational strategy which helps in the process of develop learning skill is Concept Mapping. Concept Mapping involves the use of flow charts,networks,different parallel patterns to organize central concepts and which facilitates understanding of the relationships between each concept.

Gabriel J.P.(1996)

**OBJECTIVES:**

1. To develop and validate a CAI package in areas of selected problems in Child Health Nursing with CM.
2. To find out the effectiveness of learning with CM by comparing the pre, posttest values and Mean Achievement Score (MAS) and of both with & without CM group.
3. To compare the above and below mean achievements scorers of both with CM & without CM group when taught through different levels of content density(Nephro conditions &Neuro conditions).
4. To calculate the overall Learning Rate (LR) of students taught with and without CM in CAI.
5. To compare the LR of without CM and with CM group when taught with CAI in terms of different demographic variables.

**SCOPE OF THE RESEARCH:**

This study was aimed at usage of technology based CAI with CM among Nursing students as a teaching and evaluation technique on nursing diagnosis. Education should aim at preparing students to become active learners and problem solvers through nursing diagnosis, rather than passive recipients of information. Instruction in nursing can be facilitated by developing appropriate strategies on principles of technology which is conditioned by learning abilities and determined by internal potentials.

#### RESEARCH DESIGN

It was a Quasi-Experimental Pre – Post Single Group Design. In the research proposal, the technological input like CAI-CM with total freedom of learning in an individualized learning environment under learner control, the process of problem solving in nursing education was mediated. The control group didn't have CM in CAI as parallel group control. The use of CM was again in two modes as learning device in one situation and as an evaluation tool in another. Visual Basic (VB), the Computer Language was a platform for developing the instructional material which has advantage to create the Menu Driven User-Friendly Programme.

#### POPULATION:

All the final year nursing students;

#### Target population

160 nursing colleges x 50 final year students = 6200

Accessible population is from 10 districts, 40 Colleges

52 nursing colleges X 50 final year students = 2240

Around 890 final year General Nursing & Midwifery (GNM) & B.Sc (N) degree students at selected 22 nursing institutions situated in Tamilnadu, India were included. The 't' value is not significant which means there is no difference between them academically. The Multi stage Randomized Sampling Technique was employed.

#### VARIABLES:

##### DEPENDENT VARIABLES:

ComputerAssisted Instruction- Mean Achievement Score

Learning Rate

##### INDEPENDENT VARIABLES:

Demographic Data

CAI with CM

CAI without CM

Previous computer knowledge

##### INSTRUMENTS:

1. Personal data inventory

2. Computer attitude scale – It is an adopted and modified 5 points likert scale having 20 items. Scoring: From 1-5. Max:100 Min:20.

3. A scale to assess the knowledge on the disease conditions in paediatric nursing subject. – This scale was constructed and validated by the researcher. The items in the scale are selected problems in Child Health Nursing with Concept Mapping which was developed using "Visual Basic" software for multimedia effective display and response. Both verbal and animations and menu supportive programme were self-explanatory. Paediatric conditions in neurology, namely Hydrocephalus & Bacterial Meningitis and Nephrotic conditions namely Nephrotic Syndrome & Wilms Tumor with nursing diagnosis.

#### DATA ANALYSES AND INTERPRETATION

The statistical techniques used

“t” Test

ANOVA

Post – ANOVA-applied to differentiate the contributing variables.

Interaction Analysis (“f” value)

Combining more than two variables and arriving at the difference in terms of various combinations are computed as follows. With Above and below mean achievement scores, there found to be influence of treatments with varying nature of content like Unit-I (Neuro) and Unit-II (Nephro) individualized instruction on CAI platform. Similarly there was found to be influence because of individualized learning in CAI environment with & without CM.

The analyses of the data were organized and presented under the following headings

Section -I

Analysis of data to find out the effectiveness of Concept Map (CM) by using pre, post test values as Mean Achievement Score (MAS).

Section - II

Analysis of data to find out the above and below mean scorers of both with and without CM group when taught through different content density;

Section – III

Analysis of data to calculate the overall LR of with and without CM group;

Section – IV

Analysis of data to compare the LR of with and without CM group in terms of different demographic variables;

#### RESULTS & DISCUSSION:

MAS is the product indicative of the learning process and its nature and kind under various learning environment provided in this experiment, the problem solving ability in two units of high and low content density that are supported in rotation with CAI with or without CM paved the way to establish the means for effectiveness of self-learning ability as shown by 10.87 MAS in neurotic and 16.11 in nephrotic with post MAS 12.66 and 19.40 MAS respectively. The difference between Pre/Post MAS in ‘t’ values 26.70 and 49.07 confirms significantly the influence of technology based instruction in nursing education.



The interactivity of learning ability with varying subject density (Neuro, Nephro) with CM, 'f' value is 325.24 and without CM 308.42 which are significant at 0.01 level. The concept density was found to be lessened in Nephro when learning is assisted with CM as shown by the difference between the Above and Below mean groups with CM ( $f=1637.46$ ) and without CM ( $f=715.28$ ). Similarly with learning on Neuro the Above and Below mean groups exhibit significant interaction with the learning assistance with CM ( $f=965.83$ ) and without CM ( $f=984.26$ ) both are highly significant.

The pace of learning is enhanced as the learning process is influenced by the time taken for learning and number of wrong attempts made to master the concept shown by "Learning Rate". Complemented with both learning device the learning rate is found to be high in \*Neuro-5.67 and in \*Nephro-7.37 and lower when CM is devoid \*Neuro-5.1 and in \*Nephro-6.95.

The learning support provided by CAI in different areas of simple and difficult nature with and without CM reveals the nature of learning process.

The basic observation in the technology aided learning without CM & with CAI found to be varying with the concept density. When the AM groups of low concept density (Nephro) with high (Neuro) the 'f' value was found to be 935.37, while comparing the Below Mean groups in both the 'f' value seems to be relatively less 367.06. High content density above mean learners' learning efficiency when compared with low content density below mean learners both with, concept map found to be very much similar  $f=100.44$  and without CM  $f=0.38$ . Exception of these two in all other competitions of without CM groups on MAS in relations to CAI with CM and CAI without CM reported to be significant. There seems to raise many interesting questions of why?

Comparative account of CAI on relative areas of easy and difficult nature with and without CM, a learning device shows that there was a differential influence advantageous to CAI with CM in both the learning experiences. The findings supported that the group learned with CM had quick learning as represented by its LR-Neuro = 5.6648; Nephro =7.3622 when compared with the students learned without CM-Neuro =5.0961; Nephro =6.9542.

The LR and MAS were observed for the three categories (semi urban, urban, and rural). Students from semi urban excel other two in LR-7.60/sec/student and also in MAS  $f=125.21$  were significant. Because they are fascinate by technology oriented learning environment, a novel approach to their learning advantage.

Technology has proved its influence relatively more in students from rural area than those in urban and semi-urban areas as indicated by the LR-7.8385/sec/student. Rural students are more comfortable without concept map, which means CAI alone is sufficient to bring about an advantage in self-learning.

#### IMPLICATION FOR PRACTICE:

It has been widely acknowledged that, e-learning initiatives and transformations are the most useful channels for enhancing nursing education. The researcher attempts to provide a new line of thinking in CAI - CM based instruction in nursing in the selected learning atmosphere.

Today's students are the tomorrow's clinical nurses, Nurse Administrators & researchers. So they must be prepared sufficiently to face tomorrow's health care challenges. Therefore nursing education should be enlightened with the following facilities:

1. E-Learning device like Computer Assisted Instructions can be developed in different subject areas to ensure quality education for self paced learning at their own time, place, and pace suitable to individual differences.
2. Encourage students to learn by using concepts maps a mind map device to improve active constructive learning, a part of constructivism in learning.
3. Teleconferencing & video conferencing can be arranged with students of other universities and subject experts to make the students to be familiar with the technology being used for extension.
4. Further research can be done in other specialization like Nursing Principles, Maternity Nursing, Psychiatric Nursing, etc.,

#### IMPLICATION FOR CLINICAL PRACTICE:

The efficient nursing care lies in the hands of Nursing Personnel. It is quite imperative that the nursing personnel should be fully equipped with knowledge to give holistic care, to take up risks, to solve the problems, to take up appropriate decisions & conflict management. The Computer Assisted Instruction and learning with CM can aid them in any situation to meet the challenges in day to day life.

1. Continuing nursing education programme can be organized about utilization of Technology is their working environment.
2. Facilitation of the working environment with Technology such as computerized recording system, and technical communication systems to minimize and save time.
3. Nurses can be oriented to New Technological, diagnostic & Therapeutic treatments to update their knowledge.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Abel WM, Freeze M. Journal of Nursing Education. 2006 Sep; 45(9):356-64.
2. Anderson-Inman et. al, Information Technology and Disabilities. 1998. Jan;5
3. Babenko-Mould Y, Andrusyszyn MA, Goldenberg D. Journal of Nursing Education. 2004 Apr; 43(4): 149-55.
4. Barbara J.Daley PhD, RN, et al. Journal of Nursing Education, 1999 January; 38(1).
5. Beitz, J. Nurse Educator, 1998:23,35-41.
6. Bonnie L. Saucier, etal. Nursing Health care perspectives. 21(5): 240-246.
7. Brudenell I, Carpenter CS. Journal of Education. 1990 Feb; 29(2):79-83.
8. Campbell M, Gibson W, Hall A, Richards D, Callery P. International Journal of nursing student. 2008 May; 45(5):750-9.
9. Chang K.E., Y.T. Sung, S.F. Chen. Journal of Computer Assisted Learning. 2001 March. 17(1): 21
10. Cheatham M, Boosalis M G, etal. Journal of Allied Health. 2002; 31(4):252-5.
11. Chei-Chang Chiou. Innovations in Education and Teaching International. 2008. Nov;45(4):375 - 387
12. Christensen, Knezek. Computers in the schools. 2001 Sep; 18(2): 5-25.
13. Clayton LH. Nurse Education Persepectives. 2006 Jul-Aug; 27(4): 197-203.

14. Conceicao SC, Taylor LD. Nursing education perspectives 2007 Sep - Oct; 28(5): 268-75.
15. Conway J, Sharkey R. Nurse Education Today. 2002 Oct; 22(7):552-62
16. Day R, Payne L. Journal of Nursing Education. 1987 Jan; 26(1):30-6.
17. Daley BJ et al. Concept maps: JNurs Educ.1999 Jan;38(1):42-7.
18. Engum SA, Jeffries P, Fisher L. Am J Surg. 2003 Jul; 186(1):67-74.
19. Evans AE, et al. Journal of Adolescent Health. 2000 Apr; 26(4):244-51.
20. Gabriel J.P. Journal of research in educational media. 1996 Oct.-Nov; 3(4).
21. Gassert CA, McDowell D. Medinfo. 1995.
22. Gaston S. Journal of Nursing Education. 1988 Jan; 27(1):30-4
23. Hinck. S, P. Webb, S. Sims-Giddens, et al. Journal of Professional Nursing. 2006 Jan-Feb; 22 (1):23-9.
24. Horton Philip B, et al. Science Education. 1993 January; 77(1): 95-111
25. Hsu L.Hsieh SI. Journal of professional Nursing. 2005 May-Jun 21(3): 141-9
26. Hsu LL, Hsieh SI. Journal of Nursing Research. 2006 Jun; 14(2): 155-65
27. Irvine LM. Journal of Advanced Nurse. 1995 Jun; 21(6): 1175-9
28. Kinchin I, Hay D. Journal of advanced nursing. 2005; 51: 182-187.
29. Kok M..De., R.Scholte, H. Sixma, et al. European Journal of cancer. 2002 43(8): 1257-1264.
30. Li-Ling Hsu. Journal of Advanced Nursing. 2004 48(5): 510-518.
31. Liu Xiufeng. New Orleans LA. 1994 April; 4 - 8:32.
32. Luckowski A. Journal nurses staff development. 2003 Sep-Oct;19(5):228-33.

**AUTORES/AUTHORS:**

HANDAN ÖZDEMİR, AYTEN ZAYBAK

**TÍTULO/TITLE:**

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN PSYCHOMOTOR SKILLS AND LEARNING STYLE IN NURSING STUDENTS

Objective: Education process should help students to internalize knowledge, skill, attitude and ethical standards related to their discipline and to make them a part of their behaviors. The objective of nursing education is to teach existing knowledge, skill and values related to the roles referring the types of behaviors expected from nurses and to make them valid, renewed, developed, generalized and excellent. The nursing profession is a result of the interrelation between theory, practice and education. In correct implementation of theoretical and practical data related to nursing science psychomotor skills should be gained. Each individual has different background, personal abilities, learning degrees and learning strategies in terms of knowledge, skill, attitude and behavior. Therefore, learning should be performed in a manner consistent with each student's personal characteristics and differences, learning speed and learning style. In nursing, the student's characteristics that affect learning-teaching process should be well recognized in arrangement of learning-teaching process. To transfer theory and application knowledge into occupation correctly, the relationship of learning styles with psychomotor skill must be known and nursing education should be given accordingly. The aim of this research is to study the relationship between nursing faculty students' learning styles and psychomotor skills.

Methods: This research was carried between November 2013 and May 2014 with 174 students studying in a Nursing Faculty in Turkey. In research data were collected by using "Felder and Silverman Learning Styles Inventory", "Individual Identification Form" and "IM Injection Competency List". During collection of data, primarily "Individual Identification Form" and "Felder and Silverman Learning Styles Inventory" were applied to participant students. This index has four dimensions namely sensing-intuitive, visual-verbal, active-reflective and sequential-global. Each learning style dimension has associated with 11 items in the index. IM Injection Competency List contained 25 items. It was evaluated a score range of 1-100. Subsequently, theoretical information related to IM injection was given and then IM injection application was demonstrated in talent laboratory by segregating students into 12 person groups. In order to eliminate instructor difference the IM injection demonstration was performed by a researcher and the physical environment and the materials used during demonstration were standardized. One replication chance was granted each student so that she/he can gain skill. After demonstration students' application talents were evaluated by using "IM Injection Competency Control List". Students were assessed according to application of each step in control list and the total score obtained from entire process steps in control list was considered as a psychomotor skill of that student. A relationship was detected between their ability scores and learning styles. During analysis of data percentage, mathematical average, Kruskal Wallis and Mann-Whitney U tests were used.

Results or Findings: It was reported 79.9 % of the undergraduates participated in research were women. 48.3 % of the students were in 18 – 20 years age group; 45.4 % in 21 – 22 years age group, 2.9 % in 23-24 years age group and 3.4 % were 25 year old and over. When the distribution of students according to learning by active/reflective is examined it was identified that 62.6 % of them possessed learning style by active and 37.4 % possessed learning style by reflective. When the distribution of students according to sensing/intuitive learning style is examined it was detected that 67.2 % of them had sensing learning style and 32.8 % had intuitive learning style. When the distribution of students according to visual/verbal learning style is examined it was identified that 87.4 % of them had visual learning style and 12.6 % had verbal learning style. When the distribution of students according to sequential/global learning style is scrutinized it was found that 71.3 % of them had sequential learning style and 28.7 % had global learning style. It was observed that the students participated in research generally had "by sensing, visual, active and sequential learning styles". Students' mean psychomotor skill levels was  $58.87 \pm 7.78$ . A statistically significant difference could not be found between female and male

students' mean psychomotor skill levels ( $p>0.05$ ). Also any statistically significant difference could not be found between students' mean skill scores obtained according to age groups ( $p>0.05$ ). The difference between nursing students' learning styles and their psychomotor skills was not statistically significant ( $p>0.05$ ).

Discussion: It was observed that the students participated in research generally had "by sensing, visual, active and sequential learning styles". At the end of research a statistically significant difference not found between nursing students' learning skills and their psychomotor skills. There are some psychological factors such learning style as an individual difference and teaching style that students adopt during teaching session play an important role in terms of meaningful understanding and high performance in the topics. There are limited studies in the science education literature that focused on the relationship between psychomotor skills and learning styles of nursing students as well students. To know the relationship of learning styles with psychomotor skills is thought to be important for individuals to transfer the theory and application data into occupation correctly.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Dunn, R.,Giggs, S.A., Olson, J., Beasley, M. &Gorman, B.S., A meta-analytic validation of the Dunn and Dunn Model of learning preferences, *The Journal of Educational Research*, Vol. 88 (6), pp. 353-362, (1995).
2. Felder, R.M. & Silverman, L.K. (1988). Learning and teaching styles in engineering education. *Engineering Education*, 78(7), 674-681.
3. Felder, R.M. (1996). Matters of style. *American Society for Engineering Education Prism*. 6(4), 18-23.
4. Felder, R.M. ve Spurlin, J. (2005). Applications, reliability and validity of the index of learning styles. *International Journal of Engineering Education*, 21(1), 103-112.
5. Hargrove, S.K.,Wheatland, J.A., Ding, D & Brown, C.M. (2008). The effect of individual learning styles GPA in engineering education at Morgan State University. *Journal of STEM Education*9( 3).
6. Gregorc, A.F., *Learning/TeachingStyles: Potent forces behind them*, *Educational Leadership*, Vol. 36, pp. 234- 236, (1979).
7. Reid, J.M. (1987). The learning style preferences of ESL students. *TESOL Quarterly*, 21(1), 87-111. Riding, R. &Rayner, S. (1998). *Cognitive styles and learning strategies: Understanding style differences in learning and behavior*. London: David Fulton Publishers.
8. Ültanir E.,Ültanir Y.B., Örekeci Temel G. The Examination of University Students' Learning Styles by Means of Felder-Silverman Index. *Education and Science* 2012, Vol. 37, No 163.
9. Van Zwanenberg, N.,Wilkinson, L.J., andAnderson, A. (2000) "Felder and Silverman's Index of Learning Styles and Honey and Mumford's Learning Styles Questionnaire: how do they compare and do they predict academic performance?" *Educational Psychology*, 20(3), 365-380.
10. Weng, C-Y. (2001). The relationship between learning style preferences and teaching style preferences in college students. Unpublished EdD dissertation, University Of Northern Colorado, Colorado.
11. Zywno, M.S. (2003) "A Contribution to Validation of Score Meaning for Felder Soloman's Index of Learning Styles." *Proceedings of the 2003 ASEE Annual Conference*, ASEE.

**AUTORES/AUTHORS:**

ilker murat avcibasi, duygu soydas, seher ünver, isil dogan, ilknur dindar

**TÍTULO/TITLE:**

NURSES AND MIDWIVES ATTITUDES ON PATIENT'S RIGHTS: SURVEY IN UNIVERSITY HOSPITAL OF TURKEY

Objective: Patients' rights was a international term that determine health care providers' responsibilities and individuals rights which are based from humanity. Last 20 years, people struggle so many on this subject consequently patients' rights was accepted as a first condition for effective health services (Teke, Uçar, Demir, Çelen, & Karaalp, 2007).

Midwifery or nursing profession, as a science and an art, uses the theoretical knowledge of basic science in all practices. It uses combining the knowledge and experiences in the field of patients' rights and skills, to be given as patient care and services (Ardahan, 2003; Baldwin, 2003; Erdemir, 1998).

Nurses' one of the evolving role is client advocate; assisting in exercising their rights and representing their wishes and needs to other health professions (Ardahan, 2003; Ozdemir et al., 2009). In addition, nurses are responsible to their patients for nursing care applications they apply, too.

They act in accordance with ethical principles while caring and protect the legal rights of patients and individuals (Mohammad Nejad, Begjani, Abotalebi, Salari, & Ehsani, 2011). If necessary, they guide and help look for their rights (Ardahan, 2003; Baldwin, 2003; Motamed-Jahromi, Abbaszadeh, Borhani, & Zaher, 2012).

The aim of the study was to determine nurses' and midwives' attitudes towards patients' rights within four sublevels.

Methods: This study focused on the nurses and midwives in the university hospital in Edirne, Turkey. This cross-sectional descriptive survey's data was gathered through five point Likert type questionnaire which was prepared by Bostan in 2007. Data form has 2 parts. In the first part of the survey, questions are about socio-demographic characteristics of the participants. In second part, there are totally 25 questions and 5 options for each question which are "strongly disagree", "disagree", "neither agree nor disagree", "agree" and "strongly agree". The second part has 4 sublevels includes both positive and negative sentences. After these negative sentences have been transformed as positives by scoring them, survey point has been obtained via averaging all of the figures. These four sublevels include;

General attitudes towards the patients' rights

Attitudes towards patients' rights on being informed and communicated.

Attitudes towards patients' rights relating managerial services.

Attitudes towards patients' rights relating medical services.

After receiving hospital and ethics committee approvals, 236 questionnaires were filled out face-to-face on January – February, 2014. Eligible questionnaires were evaluated by SPSS 19.0 using independent samples t-test and frequencies.

Results: Results indicated that 95.3% of the participants were nurses (n=225), 91.1% were female (n=215), 61.9% have a bachelor's degree (n=146), mean age was  $30.61 \pm 6.16$ , 37.3% have less than 5-year experience (n=88), 39.8% read patients' rights directive (n=94) and 68.2% of nurses and midwives encountered disagreement with their patients while giving care to them (n=161).

Participants' total score average was  $3.58 \pm 0.41$ . Management service score, one of the 4 sublevels of the questionnaire, had the lowest average ( $x = 3.07 \pm 0.52$ ) while medical services sublevel score had the highest average ( $x = 3.99 \pm 0.54$ ).

It must have been the reason of violating the health professions' and other patients' rights that the process of informing people on the patients' rights were updated, 58% of the nurses and midwives indicated that this condition resulted in negative attitudes against themselves.

Our study indicated that education level, participating in in-service training and reading patients' rights regulations had no significant

effect on nurses' and midwives' attitudes within all sublevels, yet work experience over 11 years was found meaningful on the sublevels "communication and getting information" and "management service" ( $p=0.024$ ,  $p=0.026$  respectively).

Reasonably, participants who encountered disagreement with patients had low average on questionnaire scores, moreover, there was significance between the groups which encountered disagreement and which did not ( $p= .003$ ).

Discussion:

Low percentage of nurses and midwives reading patients' rights directive was similar to Özdemir et al. study in 2009. Parallel to Tanriverdi and Özmen's findings, ours indicated that more than half of them encountered disagreement while giving care to their patients. Insufficient knowledge about patients' rights directive may cause to encounter disagreement with patients. As Mohammed Nejad et al.'s said, nurses and midwives should be encouraged to read it.

Teke et al.'s study in 2007 indicated that education level affected their attitude towards patients' rights while our study did not.

As a result, it can be said that nurses and midwives improve their attitudes with experience, not with education or regulations. To avoid encountering disagreement with patients, nurses and midwives should improve their communication and gathering information skills, which are the most encountered problems.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Ardahan, M. (2003). HEMSİRELERİN SAVUNUCULUK ROLÜ. C. Ü. Hemsirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7(2), 23 - 27.

Baldwin, M. A. (2003). Patient advocacy: a concept analysis. Nurs Stand, 17(21), 33-39. doi: 10.7748/ns2003.02.17.21.33.c3338

BOSTAN, S. (2007). Sağlık Çalışanlarının Hasta Haklarına Yönelik Tutumlarının Arastırılması: Farabi Hastanesi Örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 10(1), 1 - 18.

Erdemir, F. (1998). Hemsirelerin Rol Ve İşlevleri Ve Hemsirelik Eğitiminin Felsefesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(1), 59 - 63.

Mohammad Nejad, E., Begjani, J., Abotalebi, G., Salari, A., & Ehsani, S. R. (2011). Nurses awareness of patients rights in a teaching hospital. J Med Ethics Hist Med, 4, 2.

Motamed-Jahromi, M., Abbaszadeh, A., Borhani, F., & Zaher, H. (2012). Iranian Nurses' Attitudes and Perception towards Patient Advocacy. ISRN Nurs, 2012, 645828. doi: 10.5402/2012/645828

Ozdemir, M. H., Ozgur Can, I., Ergonen, A. T., Hilal, A., Onder, M., & Meral, D. (2009). Midwives and nurses awareness of patients' rights. Midwifery, 25(6), 756-765. doi: 10.1016/j.midw.2008.01.010

Tanriverdi, H., & Özmen, M. E. (2011). Sağlık Çalışanlarının Hasta Haklarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Hasta Memnuniyetine Etkisi. Türkiye Sosyal Arastirmalar Dergisi, 15(3), 85 - 109.

Teke, A., Uçar, M., Demir, C., Çelen, Ö., & Karaalp, T. (2007). Bir Eğitim Hastanesinde Görev Yapan Hemsirelerin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(4), 259 - 266.

**Mesa de Comunicaciones 18: Profesión / Gestión****Concurrent Session 18: Nursing Profession / Management****AUTORES/AUTHORS:**

José Luis Cobo Sánchez, Faustino González Menéndez, Rocio Fuentes Covián, Cristina Rodríguez López, Olga González Antolín, Guadalupe Gutiérrez Roiz, Alberto Alonso Felpete, Marta Ortiz Zubillaga, Pedro Herrera Carral

**TÍTULO/TITLE:**

Implantación del Proceso de Atención de Enfermería: ¿un reto aún pendiente?

Objetivo: Evaluar el grado de implantación y uso del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en las unidades de hospitalización convencional de un Hospital de referencia.

Metodología: Estudio prospectivo, descriptivo, transversal en una población de enfermeras asistenciales. Para evaluar el grado de implantación y uso del PAE se utilizó el cuestionario Brooking modificado y adaptado a la población española por Zaragoza y Domingo en el 2004 (1-3). Para esta investigación sólo se utilizó la parte del cuestionario referente a la utilización de cada etapa del PAE (33 ítems), mediante una escala tipo Likert de 5 puntos (de Siempre a Nunca). Además se recogieron datos sociodemográficos sobre los encuestados. El cuestionario fue autoadministrado en formato electrónico, previo a la formación en un aplicativo informático de gestión de cuidados, solicitándose la participación voluntaria y anónima. El formato electrónico generaba una base de datos tipo Excel, a partir de la cual se realizó un análisis descriptivo, utilizando medidas de tendencia central y porcentajes.

Resultados: de las 607 enfermeras formadas en el aplicativo informático, 336 respondieron al cuestionario (tasa respuesta 55%): 93% mujeres, edad media de 43±10,98 años, 63% sin estudios de postgrado (15% Experto Universitario) y 24 años de tiempo trabajado de media. Respecto a la valoración de Enfermería: el 88% refiere que se realiza siempre (3% a menudo, 3% a veces) y el 85% refiere reflejarla siempre por escrito y dentro de las primeras 24 h (6% a menudo, 3% a veces). Sin embargo sólo un 38% refieren identificar y documentar siempre los problemas de enfermería detectados tras la valoración (29% a menudo, 17% a veces), 22% registran siempre la causa de esos problemas (29% a menudo, 25% a veces); y el 34% nunca enuncia los problemas identificados en orden de prioridad (29% a veces, 20% a menudo, 13% siempre). En cuanto al plan de cuidados solo el 26% refiere realizar siempre por escrito el mismo (12% a menudo, 26% a veces), el 55% nunca registra el objetivo a alcanzar y el 63% nunca en detalle. El 71% si registra las actividades de enfermería, teniendo en cuenta el 80% el estado del paciente a la hora de llevar a cabo dichas actividades. Sólo el 63% evalúa y registra de forma sistemática la efectividad de los cuidados. El 94% tiene en cuenta las opiniones de la familia y se les informa acerca de lo que se les va a realizar a los pacientes, pero solo un 54% refiere tener integrada a la familia en los cuidados. Sólo el 22% refería que nunca había sido formado en el PAE durante sus estudios de grado, pero el 55% indicaba no tener formación reciente al respecto.

Discusión/Conclusiones: El PAE en su conjunto no está completamente implantado en las unidades de hospitalización de nuestro centro: así como la realización de la valoración y la planificación de actividades están muy integradas; la priorización de los problemas, la identificación de sus causas, el establecimiento de objetivos y la re-evaluación del paciente no parecen estar constituidos en la práctica diaria. A pesar de la edad y formación de la muestra estudiada, existe una baja tasa de incorporación del PAE, quizás relacionada con el registro en papel.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- 1 Brooking J. Patient and family participation in nursing care: The development of a nursing process measuring scale. Thesis. Chelsea College. University of London, 1986.
- 2 Domingo M. Cuestionario Brooking 2004. Disponible en: <http://issuu.com/manolidomingopozo/docs/brookingcuestionario> [Consultado el 13 de Diciembre de 2012].
- 3 Zaragoza Salcedo A. Implementing the nursing process in a teaching hospital ward: an action research study [Tesis Doctoral]. Glasgow: University of Glasgow, 2004.



**AUTORES/AUTHORS:**

MARIA LOPEZ VALLECILLO, ISABEL PEÑA GARCIA, ELENA BARRIOS DIEZ, CRISTINA SANCHEZ SANCHEZ, LOURDES MORENO CEA, ANGELA JIMENEZ MAYORAL

**TÍTULO/TITLE:**

Eficacia de un vídeo tutorial en la formación continuada de Enfermería sobre el registro de valoración del paciente en e

La función primordial de la disciplina enfermera en el ámbito asistencial es el cuidado que se realiza a través de la metodología propia basada en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), siendo la primera etapa del mismo la valoración inicial del paciente que recoge la información pertinente sobre el estado de salud de las personas. (1)

En las unidades de Enfermería del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV) la valoración del paciente al ingreso se realiza a través de las catorce necesidades de Virginia Henderson, herramienta que sirve de guía para la entrevista y le confiere un carácter sistemático, coherente y específico. Dicha valoración es un elemento indispensable para establecer un plan de cuidados adecuado. (2)

Desde el año 2009 en el HCUV se dispone del programa informático Gacela Care que facilita la valoración de Enfermería basada en las catorce necesidades de Virginia Henderson y que contiene el lenguaje estandarizado de la taxonomía de diagnósticos enfermeros NANDA. La cumplimentación de dicho registro forma parte de la práctica diaria que según algunos estudios es baja debido a la minusvaloración de las tareas propias, la dificultad a la hora de plasmar por escrito el trabajo realizado, la infraestructura de las plantas de hospitalización, la sobrecarga asistencial y la ausencia de refuerzo y motivación. (3) En general, la carga de trabajo percibida es un factor importante que influye en la cumplimentación incompleta de los registros de Enfermería. (4)

La formación continuada es un instrumento que permite a la organización sanitaria mantener la capacitación de sus profesionales para adaptarse a los cambios, (5) además de mejorar su competencia en conocimientos, habilidades, actitudes y fomentar un adecuado juicio profesional. (6) Algunos estudios señalan que la incompatibilidad con el horario dificulta la participación de las enfermeras asistenciales en la formación continuada, (7) por eso la modalidad educativa que se está imponiendo para cubrir esas necesidades es la virtual. (8) En la revisión de la literatura, diferentes artículos muestran la eficacia de los medios audiovisuales en la formación de Enfermería. (9, 10, 11,) Cabe reseñar que no se han encontrado estudios que valoren la eficacia de estos recursos sobre la cumplimentación de la valoración de Enfermería en un aplicativo informático.

Por ello, dentro del programa de formación continuada del HCUV durante el año 2013 se organizaron sesiones de Enfermería sobre la cumplimentación del registro de valoración inicial del paciente en el aplicativo gacela. Con el objetivo de adaptar la misma a los nuevos medios pedagógicos, al contexto del personal de Enfermería de las unidades de hospitalización y a las circunstancias económicas, (12) se decidió elaborar un vídeo tutorial que permitiera el acceso a la formación desde el mismo puesto de trabajo y pudiera ser compatible con las cargas asistenciales.

El objetivo principal de este estudio es conocer como ha variado la cumplimentación del registro de valoración de Enfermería en relación a dicha actividad de formación continuada, observando los cambios específicos en la realización de valoraciones integrales, cumplimentación de las escala de Norton y especificaciones añadidas en la valoración.

**Material y métodos**

Se realiza un estudio analítico sobre la variación de los registros de Enfermería de la valoración del paciente al ingreso en el aplicativo Gacela en el HCUV tras la visualización de un vídeo tutorial. Los criterios de inclusión han sido la utilización del modelo de Virginia Henderson, la duración del ingreso del paciente de más de 24 horas y la utilización del aplicativo informático para realizar dicho registro. Se han excluido los instrumentos de valoración de patrones funcionales de Majory Gordon, adaptaciones del modelo de Virginia Henderson en pediatría o maternidad, las valoraciones de los pacientes con ingresos menores de 24 horas y las realizadas en soporte papel.

Aceptando un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.02 en un contraste bilateral, la muestra que se precisó fue de 120 registros en cada grupo antes y después de la actividad formativa. La selección de la misma se realizó mediante muestreo aleatorio sistemático. Las variables dependientes son las que contienen el registro de valoración del aplicativo Gacela del HCUV que comprende la cumplimentación obligatoria de once necesidades de Virginia Henderson con los ítems que contienen: 79 características definitorias, 53 características de normalidad, 43 factores de riesgo y las especificaciones añadidas sobre cada una de ellas. También se recogerán las características demográficas edad, sexo y unidad de hospitalización.

La intervención utilizada ha sido un vídeo tutorial de seis minutos de duración en el que se muestra de forma práctica y simultánea la entrevista al ingreso con el paciente y el registro de los datos en la aplicación, incluida la cumplimentación de las necesidades de Virginia Henderson. Al finalizar el vídeo se muestra una pregunta de razonamiento diagnóstico enfermero relacionada con la grabación mostrada.

Para difundir el contenido, el acceso y el objetivo del vídeo tutorial se hizo una presentación a las supervisoras de todas las unidades de hospitalización del HCUV el 4 de abril del 2013, siendo ellas las encargadas de transmitir dicha información a las enfermeras. Además, se reforzó su divulgación durante el turno de mañana de los meses de abril y mayo a través de las enfermeras responsables del programa Gacela. La intranet del hospital permite el acceso al vídeo tutorial desde todos los terminales de los controles de Enfermería de las distintas unidades de hospitalización. Se encuentra en la página de inicio bajo el título "Audiovisual sesiones de Enfermería."

La recogida de datos pre-intervención se llevó a cabo durante el mes de marzo de 2013 antes de realizar la actividad formativa y la post-intervención el mes de junio de 2013.

Los datos de las variables se han registrado en tabla Access, las cuantitativas se representan con la media y la desviación típica, y las cualitativas según su distribución de frecuencias. Mediante el test de Chi-cuadrado de Pearson se ha analizado la asociación de las variables cualitativas. Se ha utilizado el programa estadístico SPSS versión 20.0 para Windows, considerando estadísticamente significativos los valores de  $p < 0.05$ .

## Resultados

Ambos grupos de registros son homogéneos en cuanto a las variables: edad, sexo y servicio hospitalario. La cumplimentación del registro de valoración integral, es decir, la evaluación de las once necesidades obligatorias al ingreso del paciente pasó del 92.5% al 94.2%. En la cumplimentación global de los ítems de cada necesidad tampoco hubo diferencias significativas antes y después de la intervención. La realización de la escala de Norton aumentó su cumplimentación del 55% al 63% y la realización de especificaciones pasó del 10.8% al 14.2%, no mostrando en ningún caso una diferencia significativa entre antes y después de la intervención.

En la valoración hay 31 ítems que nunca se han seleccionado ni en la evaluación pre ni en la post-intervención, de los que 12 han sido factores de riesgo, 11 son características definitorias y 8 características de normalidad.

Cabe resaltar que las características de normalidad que aparecen marcadas en mayor proporción, tanto antes como después de la visualización del vídeo tutorial son: autonomía en el autocuidado alimentación, va solo al baño, patrón de eliminación urinaria normal, camina sin ayuda, sueño suficiente y reparador, se viste y desviste solo, temperatura dentro de límites normales, autonomía en el autocuidado higiene, se muestra consciente y orientado, piel íntegra y muestra capacidad para el aprendizaje. Respecto a las características definitorias la limitación de la amplitud de movimientos es la que parece con mayor frecuencia y procedimientos invasivos es el factor de riesgo más señalado.

## Discusión

Aunque los resultados obtenidos no sean estadísticamente significativos en la cumplimentación del registro de valoración inicial del paciente a nivel global, se puede decir que el vídeo tutorial como actividad de formación continuada ha servido para mantener el nivel de cumplimentación e incluso conseguir una pequeña mejora, ya que se partía de una alta realización del registro por parte de las

enfermeras.

Al analizar detalladamente el contenido de la valoración inicial del paciente, se ha observado que el porcentaje de cumplimentación de la escala de riesgo de úlceras por presión (Norton) partía de cifras bastante más bajas de lo esperado. Tras la visualización del vídeo ha aumentado relativamente la realización de la misma, pero sin llegar a ser una mejora estadísticamente significativa y tampoco ha servido para alcanzar el objetivo de realizar a todos los pacientes que ingresan sin úlcera por presión la valoración de riesgo de Norton. Podría pensarse que una de las razones que lleva a no valorar utilizando la escala es la autonomía del paciente al ingreso, por lo que sería interesante llevar a cabo estudios que ayuden a conocer los motivos de la baja ejecución de la misma y la posible relación entre paciente autónomo y la realización de dicha escala.

Antes y después de la intervención, la inclusión de especificaciones en la valoración no ha sufrido apenas variación siendo su cumplimentación muy baja. Se pueden hacer dos tipos de apreciaciones, por una lado que la elaboración de especificaciones lleva más tiempo a la hora de obtener la valoración, con lo que estaría en concordancia con otros estudios realizados que apuntan a la sobrecarga asistencial como motivo de la baja realización de los registros. (3, 4) Y por otro, que el lenguaje estándar utilizado en la misma está adaptado a las necesidades del paciente y no es necesario añadir información complementaria.

Tras el análisis de los datos se puede añadir que existen variables que nunca se han seleccionado, tanto entre las características de normalidad, como en las definitorias y en los factores de riesgo, por lo que se puede pensar que son expresiones que no se necesitan y podría plantearse no incluirlas en el registro.

Respecto a las características que presentan mayor porcentaje de cumplimentación cabe señalar que son todas aquellas relacionadas con el autocuidado de paciente. Esto puede hacer pensar que conocer el grado de autonomía o dependencia del mismo es importante para la enfermera a la hora de planificar mejor los cuidados que va a prestar.

En cuanto a las limitaciones del trabajo cabe resaltar que los datos obtenidos no pueden generalizarse a otros contextos hospitalarios sin estudios que analicen la situación en los mismos. También es verdad que cada vez más centros sanitarios utilizan el lenguaje estandarizado en las valoraciones por lo será más fácil la comparación o incluso la realización de estudios multicéntricos. Los resultados obtenidos acerca de la valoración plantean diferentes interrogantes, como los señalados anteriormente, que sería interesante analizar. Los objetivos marcados no han alcanzado las expectativas esperadas después de la utilización de un vídeo tutorial como actividad formativa, por lo que habría que ver los motivos que no lo han hecho efectivo y conocer si debería acompañarse de otras medidas para obtener mejores resultados.

### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Alfaro-Lefevre, R. Aplicación del proceso de enfermero: fomentar el cuidado de colaboración. 5ª Edición. Masson, Madrid, 2007
2. Luis Rodrigo, M.T. Fernández Ferrín, C. Navarro Gómez, M.V. De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª Edición, Masson, Barcelona, 2005
3. Gabaldón Bravo, E. M<sup>a</sup>. Estudio del nivel de cumplimentación de la hoja de valoración del paciente al ingreso en planta por el profesional de enfermería en el Hospital General Universitario de Alicante; análisis de las causas  
<http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/2624>
4. Ramos Silva, E. Nava Galán, M. G, San Juan, D. Conocimiento y percepciones de la adecuada cumplimentación de los registros de enfermería en un centro de tercer nivel. *Enferm Clin.* 2011; 21:151-8. - vol.21 núm. 03
5. Pineda Herrero, P. La formación continuada en España: balance y retos de futuro. *Relieve* 2007;13(1):43-65
6. Beamud Lagos, M. Martín Fernández, J. Pérez Rivas, J. Muñoz Delgado, F. Mejora de la calidad del proceso asistencial mediante una actividad de formación continuada: a propósito de la espirometría. *Enfermería clínica*, 2004;14(5):269-274
7. Gómez Gamboa, E. Montes Rufian, P. Negre Loscertales, A. Flores, M. Estudio de la formación continuada en enfermería de un centro hospitalario de cuarto nivel [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21629/1/2007\\_10.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21629/1/2007_10.pdf)

8. Sánchez Marín, F. J. et al. Formación de docentes online: una propuesta de innovación pedagógica en el ámbito de la Formación Continuada Sanitaria. En: Actas del Congreso Reinventar la formación docente: Málaga, 8-10 noviembre 2010. Málaga: Universidad de Málaga, Departamento de Didáctica y Organización Escolar, 2010. ISBN 978-84-693-7961-5. Mesa 10. Innovación pedagógica en la formación de docentes, pp. 693-700
9. Chiang, H.C. Lin, F.Y. Hwu, Y.J. Disability assessment: the efficacy of multimedia interactive nurse education. Nurs Res. 2013 Jun;21(2):83-93
10. Chang, M.H. Hsu, L.L. Multimedia instruction: its efficacy in nurse electrocardiography learning. Hu Li Za Zhi. 2010 Aug; 57(4):50-8.
11. Vigeant, D. Lefebvre, H. Reidy, M. The use of video as a pedagogic tool for the training of perioperative nurses: a literature review. Can Oper Room Nurs J. 2008 Mar;26(1):8-9, 14-5, 17-20
12. Pérez González, S. La importancia de la formación continuada. Gestión de Enfermería. Abril 2013.  
<http://www.gestiondeenfermeri.com/la-importancia-de-la-formacion-continuada/>

**AUTORES/AUTHORS:**

Javier Iniesta Sánchez, Juana M<sup>a</sup> Guirao Sastre, Pedro Sánchez Angulo, M<sup>a</sup> José Terón Martínez, Juan Victoria Conesa, Isidoro Vázquez Villa, Juana Boluda Jiménez, Encarna García Torralba, Aránzazu Gracia Arteaga

**TÍTULO/TITLE:**

Gestión por procesos: una herramienta para disminuir las cancelaciones quirúrgicas

**Introducción**

La Unidad de Calidad y responsables del bloque quirúrgico siguen los indicadores del "Proceso de Atención Sanitaria al Paciente Quirúrgico", entre los que se encuentra la monitorización de las cancelaciones de intervenciones, por lo que se dispone de datos para conocer su evolución y la repercusión que ha tenido la implantación del proceso sobre el mismo.

**Objetivo**

Disminuir la incidencia de cancelaciones quirúrgicas evitables en un hospital de nivel II.

**Método**

Estudio cuasiexperimental sin grupo control, mediante ciclo de mejora de Deming sobre cancelaciones quirúrgicas. Se constituyó un grupo de discusión formado por responsables de especialidades quirúrgicas y unidad de calidad que realizó análisis causal con diagrama de Ishikawa, fijo criterios de evaluación teniendo en cuenta cuales eran causas de suspensión evitables. Crit.1"Preparación quirúrgica adecuada a procedimiento"; Crit.2"Material necesario para realizar la intervención disponible para uso"; Crit.3"Programación en función de recursos estructurales"; Crit.4"Incomparecencia del paciente" y diseñó medidas correctoras. Los datos se obtuvieron del registro estadístico de intervenciones, trasladándose a una hoja de Excel para su procesamiento. La 1<sup>a</sup> evaluación se realizó en junio de 2013 y la 2<sup>a</sup> en diciembre. Los datos analizados se presentan mediante frecuencias y porcentajes, se trabajó con un intervalo de confianza (IC) del 95% y se realizó la prueba Z para comparación de proporciones.

**Resultados**

En la 1<sup>a</sup> evaluación se analizaron 196 suspensiones correspondiendo a cada criterio los siguientes incumplimientos:

Crit. 1 ninguno IC 100%  $\pm$ (0); Crit.2 1,02% (2) IC 98,98%  $\pm$ (1,41); Crit.3 7,65% (15) IC 92,35%  $\pm$ (3,72); Crit.4 27,04% (53) IC 72,96%  $\pm$ (6,22).

En la 2<sup>a</sup> evaluación el número de suspensiones fue 160 intervenciones. Los incumplimientos por criterio fueron:

Crit. 1 0,62%(1) IC 98,38%  $\pm$ (1,22); Crit.2 2,5% (4) IC 97,5%  $\pm$ (2,42); Crit.3 2,5% (4) IC 97,5%  $\pm$ (2,42); Crit.4 22,5% (36) IC 77,5%  $\pm$ (6,47)

Se encontró mejora significativa  $p < 0,05$  para el Crit.3

**Discusión**

Las cancelaciones quirúrgicas se encuentran dentro de los ratios expuestos en otros estudios, permitiéndonos los indicadores del proceso monitorizar las suspensiones y establecer medidas de mejora para disminuir su incidencia.

De los 4 criterios evaluados se ha obtenido una mejora significativa en uno de ellos, en otro se mejoró aunque no se alcanza significación estadística, pese a que la mejora relativa fue de 14.23%.

El total de suspensiones disminuyó entre ambos periodos al aplicar las acciones de mejora, continuando la tendencia que se inició con la implantación del proceso.

**Conclusiones**

1. La implantación y seguimiento del proceso nos permitió evidenciar las causas de suspensión quirúrgica y establecer acciones de mejora.
2. Las medidas de mejora fueron eficaces para disminuir las suspensiones derivadas de los criterios con mayor incumplimiento.

3. El criterio de incomparecencia del paciente se mantiene como el de mayor incumplimiento, por lo que es necesario establecer nuevas acciones de mejora.

Implicaciones para la práctica

Conocer las causas de cancelación quirúrgica e intervenir sobre ellas incrementa la satisfacción del paciente y optimiza el uso de los recursos, disminuyendo el gasto derivado de las suspensiones y contribuyendo a la sostenibilidad del sistema.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Chaves Sá, S.P.; Gomes do Carmo, T.; Secchin Canale, L. Evaluando el indicador de desempeño suspensión quirúrgica, como factor de calidad en la asistencia al paciente quirúrgico *Enferm. glob.* vol.10 no.23 Murcia jul. 2011.

Albarracín Navarro, J.L.; García Moral, P. Los costes de "no calidad" derivados de las suspensiones quirúrgicas. *Sedisa*, vol. 15 Madrid 2010.

Mora Martínez JR, et al. Gestión clínica por procesos: mapa de procesos de enfermería en centros de salud. *Rev. de administración sanitaria*. Vol VI. Nº 21. Enero/Marzo 2002.

Dotor Gracia, M.; Fernández García, E. GUÍA de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrados. 2ª ed. Sevilla: Consejería de Salud, 2009.

## Mesa de Comunicaciones 19: Dolor

### Concurrent Session 19: Pain

#### AUTORES/AUTHORS:

JOSÉ CARLOS BELLIDO VALLEJO, ÁNGELA GARCÍA DÍAZ, MANUEL ANTONIO VACAS JIMÉNEZ, FRANCISCO JAVIER PERALES JÓDAR, ANA QUILES ESPINOSA, MARÍA LUISA IZAGUIRRE SÁNCHEZ, AGUSTINA OROZCO CUADRADO, MÁXIMO JUAN SÁNCHEZ RUIZ, PEDRO LUIS PANCORBO HIDALGO

#### TÍTULO/TITLE:

FIABILIDAD DEL RESULTADO NOC "CONOCIMIENTO: GESTIÓN DEL DOLOR" EN POBLACIÓN DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO

#### OBJETIVO

La Asociación Internacional para el Estudio del dolor define al dolor agudo como "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de tal daño, que permanece más allá del tiempo normal de curación" (Merskey & Bogduk 1994). Dicha experiencia suele ser vivida con mucha intensidad y el dolor al permanecer durante mucho tiempo, las personas aprenden a identificar las causas que lo favorecen o mantienen, los síntomas que provoca, van adquiriendo experiencia en los tratamientos y en los recursos a su disposición. Las enfermeras disponen del Resultado "Conocimiento: Gestión del dolor" (RCGD) incluido en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) como instrumento de medida para conocer el grado de conocimientos que sobre las causas, síntomas y tratamiento del dolor disponen las personas que lo padecen (Moorhead et al. 2013a, Moorhead et al. 2013b). El objetivo de éste estudio fue determinar la fiabilidad (consistencia interna y la concordancia interobservador) del resultado "Conocimiento: gestión del dolor".

#### MÉTODOS

Diseño. Estudio de validación de instrumentos, observacional longitudinal y multicéntrico.

Ámbito. Se estudió la fiabilidad del RCGD en población de pacientes con dolor crónico tres ámbitos asistenciales de dos provincias Andaluzas (Jaén y Granada): a) Atención Primaria, b) Hospital y c) Unidad Dolor Crónico.

Sujetos. Pacientes que presentan dolor de larga evolución. Un grupo de 20 enfermeras, seleccionaron a pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión (dolor de larga evolución, más de 3 meses).

Variables. Los 30 indicadores relacionados con el conocimiento que el paciente tiene sobre la gestión de su dolor y su valoración global.

Instrumento. La recogida de datos se realizó mediante un registro específico con tres partes: a) Datos sociodemográficos b) Indicadores del RCGD en su versión adaptada al castellano c) Valoración global del RCGD.

Procedimiento para la obtención de datos. Las enfermeras realizaron una selección de pacientes de su cartera de servicios.

Informaron de la investigación a los pacientes, quienes firmaron un consentimiento informado. Posteriormente registraron los datos sociodemográficos y les realizaron en parejas una entrevista, valoraron los indicadores del RCGD y realizaron un juicio fundamentado en el conocimiento que el paciente mostraba sobre la gestión de su dolor. Las enfermeras emitiendo sus puntuaciones por separado.

Análisis de datos. Análisis estadístico descriptivo para el perfil de enfermeras y pacientes: frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y medidas de dispersión central e intervalos de confianza al 95% para variables continuas. Coeficiente de correlación Intraclase (CCI) para concordancia inter-observadores y coeficiente alfa de Cronbach para consistencia interna.

#### RESULTADOS

La mayoría de las enfermeras son mujeres (16), desempeñan su labor profesional en la provincia de Jaén (14) y pertenecen a Atención Primaria (10).

Se valoraron 84 pacientes entre abril 2013 a abril 2014, la mayoría mujeres (48), con edad media de 55,49±14,11 años, casadas (62) y con dolor de más de un año de evolución (53).

El RCGD presentó una consistencia interna de  $\alpha=0.95$ . La dimensión que mostró peor correlación con el total fue "Uso correcto de la medicación de libre dispensación" (0.39).

La concordancia inter-observador global del RCGD fue  $CCI=0.79$  (IC95% 0.69 0.86  $p<0.001$ ). La dimensión con concordancia más baja fue "Uso seguro de la medicación de libre dispensación"  $CCI=0.36$  (IC95% 0.16 0.54  $p<0.001$ ) y la de más alta concordancia fue "Estrategias de gestión para la prevención del dolor"  $CCI=0.89$  (IC95% 0.83 0.92  $p<0.001$ ).

## DISCUSIÓN

Este trabajo forma parte del proyecto "Validación de los cuestionarios relacionados con el dolor de la Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) en el contexto español" que estudia las propiedades psicométricas de los seis Criterios de Resultados relacionados con el dolor que están incluidos en la NOC (Financiado por la Fundación Progreso y Salud-Consejería de Salud de la Junta de Andalucía). Conocer la fiabilidad del RCGD es el primer paso obligado dentro del proceso de validación de éste resultado, para intentar conocer cómo de preciso, cuanto error aleatorio y como de consistente se muestra en la población española (Bellido 2014).

El RCGD presentó una buena consistencia interna, lo que indica que las 30 dimensiones que componen la versión adaptada al castellano (Bellido et al. 2012), en su conjunto representan adecuadamente el constructo "Conocimiento: gestión del dolor", aunque estudiando la correlación con el total su correlación oscila de moderada a buena.

La concordancia interobservador fue elevada en la medición global (juicio clínico de las enfermeras) y de moderada a excelente en las mediciones de las dimensiones. Estos datos indican que cuando dos enfermeras valoran los conocimientos del paciente, sus puntuaciones son muy próximas, presentando un error aleatorio pequeño. Se ha utilizado el CCI para el cálculo de concordancia, en nuestra experiencia presenta valores muy similares al cálculo del coeficiente Kappa ponderado, sin embargo éste último puede ofrecer más versatilidad al permitir hacer comparaciones entre subgrupos de observadores de forma fácil (Fernández-Salazar 2011). Implicaciones para la práctica. El RCGD se muestra fiable para medir los conocimientos en la gestión del dolor en pacientes con dolor de larga evolución en el ámbito de la atención primaria.

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

### BIBLIOGRAFÍA

- Bellido Vallejo, J.C. 2014, "Validación de los Resultados NOC relacionados con el Dolor" in X Symposium AENTDE. "Lenguaje enfermero: identidad, utilidad y calidad", ed. Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnosticos de Enfermería, 1st edn, AENTDE, Sevilla, pp. 72--77.
- Bellido Vallejo, J.C., Pancorbo Hidalgo, P.L., Rodríguez Torres, María del Carmen, Espinosa i Fresnedo, C., Sánchez Barber, E., García Vilchez, J.J., Teba Arroyo, C. & López Medina, I.M. 2012, "Adaptación cultural del cuestionario "Conocimiento: Gestión del dolor"" in XVI Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados, ed. Investen-isci, 1st edn, Instituto de Salud Carlos III. Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investen-isci), Cartagena, pp. 298-299.
- Fernández-Salazar, S., Pancorbo-Hidalgo, P.L. & Ramos-Morcillo, A.J. 2011, "Evaluación de la fiabilidad del Resultado de Enfermería «Conocimiento: recursos sanitarios» en Atención Primaria y Hospitalaria", *Enf Clin*, vol. 21, no. 6, pp. 349-353.
- Merskey, H. & Bogduk, N. 1994, *Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms*, 2nd edn, Task Force on Taxonomy of the International Association for the Study of Pain, Seattle.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L. & Swanson, E. 2013a, *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud*, 5th edn, Elsevier, Barcelona.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. & Swanson, E. 2013b, *Nursing Outcomes Classification (NOC). Measurement of Health Outcomes*, 5th edn, Elsevier-Mosby, St. Louis, Missouri.



**AUTORES/AUTHORS:**

Sandra Agustino Rodriguez, Esperanza Zuriguel Pérez, Maria del Carmen Gómez Martín, Montserrat Martínez Muñoz, Pilar Pérez Company, Montserrat Llinás Vidal, Josefina Hernández Hernández, Juan del Oso Morán, Montserrat Artigas Lage

**TÍTULO/TITLE:**

Análisis de la valoración y control del dolor en pacientes hospitalizados

**Introducción**

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular presente o potencial, o descrita en términos de tal lesión(1).

El control del dolor es una de las más viejas aspiraciones de la humanidad, pero a pesar de los adelantos conseguidos en el siglo pasado en el campo de las ciencias médicas, el dolor sigue estando presente ampliamente en nuestro medio hospitalario.

Son varias las organizaciones profesionales que han publicado directrices o recomendaciones sobre el manejo del dolor (International Association for the Study of Pain Academia Americana de Sociedad Americana del Dolor, Organización Mundial de la Salud). Fue la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations quien determinó la consideración de la valoración del dolor como quinta constante vital (2).

Recientemente, la Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) ha elaborado una serie de principios que orientan a la enfermera en la valoración y el manejo del dolor (3).

En el momento actual, el control del dolor constituye una prioridad social y sanitaria y es un signo de eficiencia, de buena práctica clínica y de calidad.

Un estudio multicéntrico realizado en hospitales de nivel III de nuestro país, concluye que el nivel de conocimientos que sobre el dolor tienen las enfermeras estudiadas no es demasiado elevado y recomienda impartir formación específica y evaluar su impacto (4).

En el presente estudio se planteó como objetivo principal analizar los indicadores de cuidados en relación a las intervenciones enfermeras de la valoración y el control del dolor, durante la implantación de un programa formativo.

**Método**

Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal, cuyo ámbito de estudio fueron las 39 unidades médico-quirúrgicas de un hospital de nivel III de Barcelona. El período abarcado ha sido de tres años, de mayo de 2011 a diciembre de 2013.

Los sujetos de estudio fueron todos los pacientes ingresados durante la semana escogida para la recogida de datos. Se incluyeron tanto pacientes adultos como pediátricos, sin ningún criterio de exclusión.

Los datos se han obtenido a través de los registros informatizados de enfermería de hospitalización. Se realizaron dos cortes de prevalencia anuales, siendo el cálculo de la muestra, de 10 historias en cada corte y unidad de hospitalización, revisando un total de 2.158 historias clínicas.

En el período de estudio se realizaron 9 ediciones de formación. El objetivo de la acción formativa fue adquirir conocimientos teórico-prácticos para el manejo del dolor en pacientes hospitalizados. En el contenido se enfatizaron los aspectos relacionados con la valoración y el control del dolor. La metodología formativa utilizada ha estado basada en el coaching reflexivo entre iguales y en la práctica reflexiva.

El coaching reflexivo entre iguales se entiende como aquella relación en que una persona experta (coach) trabaja con otras para implementar estrategias que mejoren su ejecución. La relación se fundamenta en la confianza y sentirse seguro (5).

Se recogieron 4 grupos de variables: (I) valoración de la acción formativa, (II) valoración del dolor según escala de medición, (III) intervenciones enfermeras aplicadas y (IV) número de pautas analgésicas administradas.

Los criterios establecidos para la recogida de variables fueron:

(I) Para valorar la acción formativa se utilizó un cuestionario de satisfacción.

(II) Se evaluó que estuviera documentada la valoración del dolor de manera inicial y de manera sistemática (revaloraciones) y que la escala de medición fuera la apropiada para el perfil de paciente.

Se consideraron necesarias las revaloraciones de 15 a 30 minutos después de la administración de la terapia por vía parenteral, una hora después de la administración analgésicos de liberación inmediata, 4 horas tras la utilización de un parche transdérmico y 30 minutos después de una intervención no farmacológica). En el dolor agudo postoperatorio, la regularidad de la valoración varía en función de la intervención y de la intensidad del dolor 3.

(III) Como intervenciones enfermeras utilizadas se consideraron las estrategias no farmacológicas: modalidades físicas, estrategias cognitivas, cambios de entorno o reducción de la ansiedad.

(IV) El número de pautas analgésicas administradas, se obtuvo del aplicativo informático de farmacia.

Se elaboró una hoja de recogida de datos, con el soporte informático Excel contemplando las variables citadas. Para el análisis de datos se han utilizado estadísticos descriptivos simples.

#### Resultados

- El número de enfermeras formadas fue de 255, siendo la valoración de la acción formativa de 5,53 sobre 6.
- De las 2.158 historias clínicas revisadas se observa un 92% de los pacientes con registro de la valoración inicial del dolor. Siendo las unidades quirúrgicas quienes presentan mejores resultados. La asistencia a la formación fue mayoritariamente de unidades quirúrgicas.
- A un 96'6% de pacientes se les ha realizado evaluaciones periódicas del dolor.
- En el 96% de pacientes se ha valorado el dolor tras un cambio en su estado de salud.
- En un 90% de pacientes con dolor identificado están planificadas las intervenciones enfermeras.
- En un 66% de pacientes está registrada la efectividad del tratamiento del dolor tras la dosis administrada.

#### Discusión

De los resultados se evidencia una buena valoración del dolor al ingreso, existiendo una correcta valoración durante todo el episodio. Se observa un incremento del registro de las intervenciones enfermeras, siendo éstas adecuadas al problema de salud. Un aspecto a mejorar, es el registro de la efectividad post tratamiento analgésico.

Como limitaciones del estudio, no debe descartarse la utilización de otros métodos de contraste, como la observación directa.

En investigaciones futuras, introducir un diseño de tipo experimental, ofrecería más información sobre la efectividad de la formación.

#### Implicaciones para la práctica

La mejora de las intervenciones enfermeras para minimizar el dolor en pacientes hospitalizados, continúa siendo objetivo a tratar. Actualmente, un 9'3% de pacientes presentan dolor. Se cree conveniente seguir con la estrategia de formación para incidir en aspectos susceptibles de mejora, como lograr un cambio cultural sobre la prevención, administración del tratamiento y mejorar las habilidades necesarias para la valoración del dolor. Por otra parte, dada la participación de dicho Hospital en el programa Best Practice Spotlight Organizations, la implantación de la Guía del Dolor, ayudaría a mejorar la cultura de seguridad de las enfermeras y en consecuencia la calidad de los cuidados.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

##### Bibliografía

- (1) International Association for the Study of Pain (IASP) Subcommittee of Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes on

usage. Pain 1979; 6: 249-52.

(2) Cano JM, De Juan S. Valoración del dolor: quinta constante vital. Rev Soc Esp Dolor. 2006; 6: 428-30.

(3) Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Valoración y manejo del dolor. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario; 2013.

(4) Salvadó C. et al: Conocimientos y actitudes sobre el manejo del dolor por parte de las enfermeras de unidades de cirugía y oncología de hospitales de nivel III. Enfermería Clínica. 2009; 19(6): 322-29.

(5) Shower B, Joyce B.: The evolution of peer coaching. Educational. Leadership. 1996; 53(6):12-6.

**AUTORES/AUTHORS:**

Lorena Fernández Pérez, Adrián Muñoz de la Parte

**TÍTULO/TITLE:**

EVALUACION DEL DOLOR EN PACIENTES CON DEMENCIA

El dolor es un problema importante en las personas mayores. Se estima que entre un 50 y un 85% refieren algún grado de dolor, que afecta a su calidad de vida. El dolor no tratado puede causar síntomas secundarios. Todo ello unido a que los pacientes ancianos son preguntados con menor frecuencia e incluso reciben menos analgesia que los jóvenes. La situación se complica cuando el anciano además padece demencia. La demencia ha dificultado tradicionalmente la evaluación del dolor, llegando a ser excluidos de la misma. Previo a la evaluación del dolor es habitual realizar una valoración del estado cognitivo, con la utilización del Mini-Mental State Examination (MMSE) empleado junto al Geriatric Depression Scale (GDS).

**OBJETIVO**

Conocer las diferentes herramientas de evaluación del dolor en demencia y evaluar críticamente éstas para concluir cuál es la más idónea para la evaluación del dolor en pacientes con demencia.

**MÉTODOS**

Se realizó una recopilación de artículos científicos a través de las bases de datos The Cochrane Library, Medline, CINAHL y Science Direct, en idiomas castellano e inglés, sin restricción en la antigüedad de los mismos.

La estrategia de búsqueda utilizada fue: (Pain) AND (assessment OR tool OR measure) AND (elderly OR old people) AND (dementia OR cognitive impairment).

Asimismo, se realizó una búsqueda inversa desde la bibliografía obtenida. La búsqueda de literatura gris se realizó a través de Google Scholar, TESEO y OpenSIGLE.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Pacientes con diagnóstico de demencia
- Artículos con evaluaciones del dolor
- Estudios que comparen herramientas validadas para la medición del dolor en pacientes diagnosticados de demencia
- Estudios de meta análisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, cuasi experimentales, de cohorte, casos-control y observacionales.

Se excluyeron artículos si éstos trataban:

- Ensayos clínicos en animales
- Reporte de casos clínicos
- Relación de demencia con síntomas diferentes al dolor

Para la lectura crítica de los artículos seleccionados nos hemos ayudado de las plantillas desarrolladas por el Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA), ya que facilitan la evaluación de los mismos, hacienda hicapié en los aspectos metodológicos más importantes. A partir de los checklist se ha desarrollado una tabla de evidencia de los artículos incluidos, y que por formato no puede incluirse en este documento.

## RESULTADOS

### Escalas autoevaluativas

- Visual Analogue Scale (VAS) o Escala Visual Analógica es una línea recta, normalmente horizontal, de unos 10 cm de longitud. El paciente debe marcar en dicha línea el punto que representa el dolor que padece en ese instante.
- Verbal Rating Scale (VRS) es un instrumento de medida del dolor que consta de 6 calificativos (sin dolor, dolor leve, dolor moderado, dolor severo, dolor muy severo y dolor extremo) que representan la intensidad progresiva del dolor. El paciente debe elegir aquel calificativo que más se adecúe a su situación.
- La Numerical Rating Scale (NRS) es utilizada en pacientes que sean capaces de utilizar números. Al paciente se le solicita que puntúe del 0 al 10 su dolor.
- Face Pain Scale (FPS) es una escala de valoración del dolor mediante imágenes faciales que originalmente se desarrolló para la evaluación del dolor en niños. Posteriormente se modificó y adaptó para su utilización en personas mayores. Se le solicita al paciente que señale la cara que mejor exprese el dolor actual.

### Escalas observacionales

- Doloplus-2 es una escala observacional formada por 10 ítems, clasificados en 3 dominios: reacciones somáticas, reacciones psicomotoras y reacciones psicosociales. No evalúa el dolor en un momento concreto, sino que lo hace de manera global.
- MOBID (Mobilization – Observation – Behaviour – Intensity – Dementia) evalúa el dolor durante 5 movimientos inducidos: apertura de manos conjunta, luego sólo la mano izquierda y después la mano derecha; extensión de miembros superiores a la cabeza, después sólo el brazo izquierdo y luego el derecho; extensión y flexión caderas, rodillas y tobillos y cada una de las piernas por separado; vuelta del tronco en la cama y finalmente, sedestación en el lateral de la cama. Primero se observa al paciente en reposo

durante 2 minutos para después proceder a la inducción de los movimientos anteriores. El evaluador indica la presencia de dolor con 1 o más de 3 indicadores (quejidos, expresiones faciales y defensa).

- La Escala Abbey mide las señales no verbales para evaluar el nivel de dolor está experimentando el paciente. Consta de 6 ítems (vocalización, expresión facial, cambio en el lenguaje corporal, cambio comportamental, cambio psicológico y cambios físicos).
- Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) es un cuestionario distribuido en 5 ítems: respiración, verbalización negativa, expresión facial, lenguaje corporal y alivio. Requiere un período de observación de 5 minutos.
- El cuestionario PASCLAC (Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate) está formado por 60 ítems, clasificados en 4 dominios: expresión facial, movimientos corporales, indicadores fisiológicos e indicadores psicosociales.
- El cuestionario CNPI (Checklist of Nonverbal Pain Indicators) es un cuestionario diseñado para medir el comportamiento y reacciones al dolor en personas con afectación cognitiva, basado en el cuestionario UAB-PBS para dolor crónico. Evalúa las expresiones orales, muecas, suspiros, los roces, la inquietud y las quejas verbales
- PADE (The Pain Assessment for the Dementing Elderly) es un cuestionario para la medición del dolor en estados de demencia avanzada. El test consta de 24 ítems que cubren aspectos de las expresiones faciales de los pacientes, las actividades de la vida diaria y finalmente una valoración global por parte de los cuidadores.
- El cuestionario NOPPAIN (The Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument) está basado en la valoración del dolor de un paciente con demencia a partir de la observación. Recoge información sobre el comportamiento ante el dolor (palabras, ruidos, expresiones faciales e intranquilidad respecto al dolor), y condiciones de cuidado bajo las que se observan conductas de dolor (baño, vestido, transferencias).
- ADD o Assessment of Discomfort in Dementia, es un protocolo sistemático para realizar un plan de evaluación y tratamiento diferenciado para el dolor físico y el malestar afectivo. No es una herramienta típica del dolor.

## DISCUSIÓN

El objetivo de esta revisión ha sido analizar las diferentes herramientas de evaluación del dolor en pacientes con demencia disponibles, y así determinar cuál resulta más idónea en estos pacientes. Se han descrito un total de 13 cuestionarios diferentes, 4 escalas autoevaluativas (VAS, VRS, NRS y FPS) a rellenar por el propio paciente y 9 observacionales.

Los resultados de esta revisión nos han permitido conocer las escalas disponibles para este fin, que podemos clasificar en dos grupos, aquellas en las que el propio paciente evalúa o cuantifica su dolor (autoevaluativas) y aquellas en las que la evaluación del dolor se lleva a cabo por otra persona tras la observación del paciente (observacionales).

A la vista de los estudios que comparan ambas escalas, podemos decir que la autoevaluación es el mejor método en pacientes comunicativos y con las funciones cognitivas íntegras. En este sentido, estudios recientes han demostrado que algunos pacientes con demencia leve o moderada pueden llegar a completar un cuestionario de este tipo. Dentro de las escalas de autoevaluación no

se encuentran grandes diferencias entre las mismas, siendo las escalas numéricas las más valoradas, añadiendo que, a mayor cantidad de ítems, mayor fiabilidad. Se han encontrado dificultades a la hora de utilizar la escala de valoración facial, habiéndose observado su utilización como una numérica. Si bien existe contradicción entre estudios, ya que otros consideraron que VRS y FPS son las escalas que cuentan con mayor comprensión por parte de los pacientes.

En cuanto a las escalas observacionales, ninguno de los estudios descarta ninguna por sus propiedades psicométricas, a pesar de que parece que PACSCLAC y Doloplus-2 son las que presentan niveles más elevados en este sentido. Ésta última es difícil de puntuar y es aconsejable que se utilice cuando existe un alto grado de conocimiento del paciente por el evaluador. Por otra parte, en algunos estudios, se señala a PAINAD como el cuestionario más útil, a pesar de sus preguntas excesivamente precisas. NOPPAIN es una escala a tener en cuenta en la evaluación del dolor por su utilidad para el uso por parte de evaluadores no profesionales, como pueden ser familiares.

Estas escalas son útiles para valorar el dolor, pero se ha de tener presente las limitaciones de todas ellas. Son buenas herramientas para distinguir la presencia o ausencia de dolor, aunque no tanto para cuantificar la intensidad del dolor, sobre todo cuando el paciente está en reposo. No obstante, tanto MOBID como CNPI sí que realizan una evaluación del dolor tanto en reposo como en movimiento, sacando a la luz dolores que el paciente intenta evitar en sus actividades de la vida diaria. Asimismo, pueden también subestimar la intensidad del dolor en comparación con las escalas de autoevaluación. Por ello, se aconseja utilizarlas mientras se practican actividades que puedan aumentar el dolor (hora del baño, transferencia cama-sillón, etc.).

Para la evaluación del dolor en un paciente tan complejo como es el enfermo de demencia es necesaria una intervención multidimensional, observando previamente al paciente en condiciones basales, para así conocer bien sus gestos, expresiones y comportamientos. En la medida de lo posible, siempre que el paciente sea capaz de completarla, es recomendable la aplicación de una escala autoevaluativa numérica. Sin embargo, cuando el paciente haya perdido parcial o totalmente sus capacidades cognitivas, se recurrirá a las escalas observacionales, como PASCLAC o Doloplus-2.

En resumen, no existe en la actualidad un estándar oro en la evaluación del dolor en demencia, por lo que resultan necesarios más estudios con los mejores diseños metodológicos que comparen las diferentes escalas.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. While C, Jocelyn A. Observational pain assessment scales for people with dementia: a review. *Br J Community Nurs.* 2009; 14: 438, 439-442.
2. Pautex S, Michon A, Guedira M, et al. Pain in severe dementia: self-assessment or observational scales? *J Am Geriatr Soc.* 2006; 54: 1040-1045.
3. Belin C, Gatt MT. Douleur et démence. *Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2006; 4: 247-254.
4. Horgas AL, Elliott AF, Marsiske M. Pain assessment in persons with dementia: relationship between self-report and behavioral observation. *J Am Geriatr Soc.* 2009; 57: 126-132.
5. Alvaro Gonzalez LC. El neurólogo frente a la demencia. *Neurología.* 2012.
6. Aubin M, Giguere A, Hadjistavropoulos T, Verreault R. L'évaluation systématique des instruments pour mesurer la douleur chez les personnes âgées ayant des capacités réduites à communiquer. *Pain Res Manag.* 2007; 12: 195-203.
7. Herr K, Bjoro K, Decker S. Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: a state-of-the-science review. *J*

Pain Symptom Manage. 2006; 31: 170-192.

8. Chibnall JT, Tait RC. Pain assessment in cognitively impaired and unimpaired older adults: a comparison of four scales. Pain. 2001; 92: 173-186.

9. Zwakhalen SM, Hamers JP, Berger MP. The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia. Pain. 2006; 126: 210-220.

10. Ersek M, Herr K, Neradilek MB, Buck HG, Black B. Comparing the psychometric properties of the Checklist of Nonverbal Pain Behaviors (CNPI) and the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAIN-AD) instruments. Pain Med. 2010; 11: 395-404.

11. Cohen-Mansfield J. The relationship between different pain assessments in dementia. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2008; 22: 86-93.

12. Jensen MP, Karoly P, Braver S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. Pain. 1986; 27: 117-126.



**Mesa de Comunicaciones 20: PCBE****Concurrent Session 20: EBP****AUTORES/AUTHORS:**

PATRICIA BARROSO CASTAÑO, M<sup>a</sup>CARMEN RIOS RAYO, FRANCISCO QUILEZ CASTILLO, SANDRA CABRERA JAIME, NÚRIA MARTÍ CARRASCO

**TÍTULO/TITLE:**

PREVALENCIA DE REINGRESO EN EL PACIENTE ATENDIDO POR EL PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS

**Objetivo:**

Evaluar la prevalencia de reingreso hospitalario no programado en pacientes atendidos por el Programa de continuidad de cuidados al alta (PREALT) del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol (HUGTiP), durante 1 junio de 2012 a 31 de mayo de 2013, y evaluados durante 6 meses posteriores.

**Método:**

Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo, con una población accesible de 592 pacientes atendidos por el Programa PREALT; siendo excluidos aquellos registros de pacientes con datos incompletos, con Centro de Atención Primaria (CAP) fuera de zona de influencia, con recurso al alta de tipo socio-sanitario o residencial. Las variables principales de estudio han sido la frecuentación al servicio de urgencias del HUGTiP, la utilización del Programa PREALT, tipo de prioridad utilizada en el programa; así como variables sociodemográficas, de comorbilidad y soporte a domicilio del paciente. La recogida de datos se ha realizado mediante datos secundarios procedentes de las bases asistenciales del Programa PREALT, así como la historia clínica informatizada SAP y de cuidados Gacela Care®.

**Resultados:**

La edad media se situó en 74,8 años (DS±11,9), con un rango de edad entre 20 y 96 años; 322 eran hombres (54,4%) y 270 mujeres (45,6%). El tipo de derivación al alta, fue en 52 episodios (45,6%) Enllaç a domicilio, en 35 (30,7%) PREALT a domicilio y en 27 (23,7%) Enllaç al centro de asistencia primaria (CAP). Los 592 pacientes originaron un total de 668 episodios de ingreso en el HUGTiP, que al alta hospitalaria fueron derivados al programa de continuidad de cuidados PREALT. De los 668 episodios evaluados e incluidos en programa de continuidad de cuidados, 114 (17%) correspondieron a 100 pacientes diferentes, los cuales reingresaron a través del Servicio de urgencias en un periodo de tiempo ≤ 30 días. La media de reingreso de tipo urgente fue de 1,9 (DS±1,3) rango de 0 a 5 ingresos. La tasa de mortalidad durante los 6 meses posteriores tras el reingreso se situó en el 12% (12). Ni la edad (p=0,681), ni el sexo (p=0,872), ni la necesidad de cuidados en el domicilio (p=0,099) mostraron relación con el reingreso. La identificación del enfermo y registro como paciente crónico complejo (PCC) en la historia clínica de AP, indicaron una asociación inversa y estadísticamente significativa al reingreso, asimismo, la fragilidad si se relacionó con un mayor número de reingresos (p=0,026).

**Discusión:**

Los pacientes atendidos en el Programa PREALT presentan altos índices de morbilidad según el Clinical Group Risk. Las características sociodemográficas y de salud generales del paciente atendido en el Programa PREALT no muestran una relación directa con la presencia de reingreso hospitalario, así como tampoco el nivel de dependencia presente. Un factor determinante en el reingreso o no del paciente es el contacto con el sistema de salud, aspecto que determina nuevas líneas futuras de investigación que evalúen en la práctica clínica las estrategias de gestión de casos de pacientes frágiles, así como la atención con el uso de las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC).

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- 1) Institut Català de la Salut. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Programa Prevenció y Atención a la Cronicidad. 2012. (Acceso:03/06/2013). Disponible: [http://comunicados.esadecreapolis.com/Comunitat/WSMB/ITESS/9\\_JordiMartinezITESS.pdf](http://comunicados.esadecreapolis.com/Comunitat/WSMB/ITESS/9_JordiMartinezITESS.pdf)
- 2) García Pérez L, Linertová R, Lorenzo Riera A, Vázquez Díaz JR, Duque González B, López Hijazo A, et al. Factores predictivos e

intervenciones efectivas para la reducción del riesgo de reingreso hospitalario en pacientes de edad avanzada. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCS N° 2007/20.

3) Rajmil L, López-Aguilà S. Desarrollo de un modelo predictivo de ingresos y reingresos hospitalarios no programados en Cataluña. Barcelona. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010.

4) Martín Martínez MA, Carmona Alférez R, Escortell Mayor E, Rico Blázquez M, Sarría Santamera A. Factores asociados a reingresos hospitalarios en pacientes de edad avanzada. Aten Primaria. 2011; 43 (3):117-124

5) Suzanne E. Mitchell, Ekaterina Sadikova, Brian W. Jack & Michael K. Paasche- Orlow (2012): Health Literacy and 30-Day Postdischarge Hospital Utilization, Journal of Health Communication: International Perspectives, 17 (3):325-338

6) Joynt KE, Jha AK. Thirty-Day Readmissions-Truth and Consequences. N Engl J Med. 2012; 366:1366-1369

7) Epstein AM, Jha AK, Orav EJ. The Relationship between Hospital Admission Rates and Rehospitalizations. N Engl J Med. 2011;365:2287-2295 December 15.

8) Jurado-Campos J, Anglada-Dilme MT, Canet-Ponsa M, Privat-Marcè ML, Fàbrega-Pairó T, Juvinyà-Canal D. Implementación de un modelo integrado de enfermería de enlace: un estudio descriptivo. Enferm Clin. 2008; 18 (5):253-61.

9) Shepperd S, Parkes J, McClaran J, Phillips C. Discharge planning from hospital to home. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 1. Art. No.: CD000313. DOI: 10.1002/14651858.CD000313.pub2.

10) Jódar-Solà G, Cadena-Andreu A, Parellada-Esquius N, Martínez-Roldán J. Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace. Aten Primaria. 2005; 36:558-62.

11) Cano Arana A, Martín Arribas MC, Martínez Piedrola M, García Talles C, Hernández Pascual M, Roldán Fernández A. Eficacia de la planificación del alta de enfermería para disminuir los reingresos en mayores de 65 años. Aten Primaria. 2008; 40:291-5.

## Mesa de Comunicaciones 21: Salud Mental

### Concurrent Session 21: Mental Health

#### AUTORES/AUTHORS:

RAQUEL JUNQUERA FERNANDEZ, PAULA ZURRÓN MADERA, ALMUDENA POUSADA GONZÁLEZ, IRENE MERA PRIETO

#### TÍTULO/TITLE:

Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en personas con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno bipolar.

#### Objetivo:

Describir la prevalencia de los principales factores de riesgo cardiovascular y síndrome metabólico en personas con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno bipolar.

#### Metodología:

Es un estudio observacional de corte transversal.

Los usuarios deben estar adscritos al Centro de Salud Metal II (CSM II) del área IV de Salud del Principado de Asturias.

La población diana, fueron usuarios con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno bipolar, que cumplieron los criterios de selección.

#### Criterios de inclusión:

- Edad 18-65 años ambos inclusive.
- A seguimiento en régimen ambulatorio por CSM II del área IV de Oviedo.
- Firmar el Consentimiento Informado por escrito.
- Presentar diagnóstico según criterios CIE-10 de esquizofrenia (F20) o trastorno bipolar (F31), al menos desde el 2012.

#### Criterios de exclusión:

- Presentar una dependencia de sustancias tóxicas (F10 a F19), excepto alcohol (F10), cannabis (F12), sedantes-hipnóticos (F13) y tabaco (F17).
- Parecer algún trastorno mental orgánico (F00 a F09), incluidos los trastornos sintomáticos, enfermedades físicas graves y/o invalidantes en el momento de inclusión y durante el estudio.
- Que a juicio del clínico responsable, no se mantuvieron estable durante los 6 meses previos.
- Haber transcurrido desde su último contacto con la red de salud mental más de un año.

#### Diseño muestral

En primer lugar, se realizó un muestreo estratificado: usuarios con diagnósticos de esquizofrenia y con trastorno bipolar. Para ello se solicitó a la Unidad de Coordinación de Salud Mental del Principado De Asturias el registro de casos de ambas patologías en el CSM II. En ese registro constaban 856 pacientes que cumplieran criterios diagnósticos: 610 con diagnóstico de esquizofrenia y 246 con diagnóstico de trastorno bipolar. Un total de 261 que cumplían criterios de selección.

Al analizar los datos proporcionados por la entidad, se observó una la falta de actualización de los datos identificando los siguientes errores:

1. No se habían registrado parte de los cambios de centro de salud mental por lo que aparecían en el listado personas adscritas a otras zonas de salud.

2. La etiqueta diagnóstica que aparecía en los registros, era la seleccionada por el psiquiatra en la primera consulta del paciente, no contando con ello con las modificaciones surgidas en el seguimiento de su cuidado.
3. En relación a los diagnósticos secundarios, no se registraron en muchos casos.

Debido a todo ello, se comparó la lista proporcionada por la Unidad de Coordinación, con los propios registros administrativos del centro y con la revisión de las historias clínicas, con lo que, la población diana se redujo a un total de 233 usuarios que cumplían los criterios de selección: 171 de esquizofrenia y 62 de trastorno bipolar.

De cada uno de los estratos se realizó un muestreo aleatorio simple, a través de una tabla de generación de números aleatorios.

Variables:

Se registraron durante la primera visita:

- Datos sociodemográficos.
- Medidas antropométricas (peso, altura, índice de masa corporal, perímetro de la cintura y tensión arterial).
- Parámetros bioquímicos sanguíneos (perfil lipídico y glucemia).
- Presencia de Síndrome Metabólico.

Para describir los factores de riesgo cardiovascular y determinar la presencia o no de síndrome metabólico, se usaron los criterios según el National Cholesterol Education Program y Adult Treatment Panel III (NCEP-ATP III).

Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo donde las variables continuas fueron descritas mediante medias, desviaciones típicas, valores mínimos y máximos. Las variables categóricas fueron descritas mediante frecuencias relativas, absolutas e intervalos de confianza 95% (IC95%). La comparación entre variables categóricas se realizó mediante el test de Ji-Cuadrado o Test exacto de Fisher dependiendo del cumplimiento de las condiciones de aplicación, y entre las variables continuas mediante el Test-Student. El nivel de significación se estableció en  $p < 0,05$ . Los análisis estadísticos se llevaron a cabo utilizando el software SPSS.

Resultados

Los datos que aquí se presentan forman parte de un estudio de investigación mucho más amplio y aun en curso por lo que deben considerarse como resultados preliminares de dicho estudio. En el momento de este análisis, se contó con una muestra de 107 participantes: 60 con diagnóstico de esquizofrenia, 40 con trastorno bipolar y 7 perdidas.

La media de edad de los participantes fue de 42,4 años, siendo el 50% de la muestra mujeres. En relación a los datos clínicos, la media de años de evolución de la enfermedad mental fue de 13,74 años y 4,06 la media de la gravedad de la enfermedad mental según la escala de Impresión Clínica Global.

Características sociodemográficas

En cuanto a la situación laboral, 32% presentaba una incapacidad parcial, el 27% se encontraba en el paro y el 13% activo laboralmente. Económicamente, el 48% cobraba algún tipo de pensión, el 13% presentaba ingresos de su propio trabajo y el 11% no se beneficiaba de ninguna compensación económica. En la comparación entre grupos diagnósticos, la convivencia con familia propia y el número de matrimonios era más común en personas con trastorno bipolar respecto al grupo con esquizofrenia ( $p=0,037$ ,  $p=0,005$ ).

Factores de riesgo cardiovascular según el National Cholesterol Education Program y Adult Treatment Panel III (NCEP-ATP III).

El 46% de la muestra consumía tabaco, presentado una media de 22,96 años fumados y 21,37 cigarrillos/día. Al comparar los grupos diagnósticos, existen diferencias en el consumo de cigarrillos/día siendo mayor en el grupo con diagnóstico de esquizofrenia (11,95 vs 6,9) ( $p=0,059$ ).

La tensión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg estaba presente en el 15% de la muestra total, sin encontrarse diferencias significativas entre grupos.

77% contaba con cifras de IMC mayor o igual 25, presentando el 30% sobrepeso y 47% obesidad, no existiendo diferencias significativas entre grupos.

En lo que respecta al perímetro abdominal, en el 53,1% de los hombre se encontraron mediciones mayores de 102 cm frente al 77,67% de las mujeres que presentaban un perímetro abdominal mayor de 88 cm ( $p=0,019$ ). Con ello, la obesidad abdominal estaba presente en el 64% de la muestra total.

El colesterol total alterado es decir, mayor a 200 mg/dl, se encontró en el 43% de la muestra, encontrándose diferencias significativas en la comparación entre sexos: 54% en las mujeres frente al 32% en los hombres ( $p=0,045$ ).

En lo que respecta al colesterol LDL se encontraron cifras superiores o iguales a 130 mg/dl en el 35% de la muestra total, siendo significativa la diferencia de las prevalencias según el sexo: 46% de las mujeres frente al 24,5% de los hombres ( $p=0,035$ ).

El colesterol HDL menor a 40 mg/dl, se encontró en el 20% de la muestra siendo significativamente más prevalente esta alteración en el grupo de las mujeres frente al grupo de los hombres (28,6% vs 12%) ( $p=0,048$ ).

Niveles alterados de triglicéridos (mayores o iguales a 150 mg/dl) estaban presentes en el 35% de la muestra, no encontrando diferencias significativas entre grupos.

El 8% de la muestra presentaba glucosa en ayunas superior a 126 mg/dl sin encontrarse diferencias significativas entre grupos.

Y en relación al síndrome metabólico, este estaba presente en el 17% de la muestra sin diferencias significativas.

## Discusión

En relación al perfil sociodemográfico, la convivencia con familia propia es común en el grupo con diagnóstico de trastorno bipolar, en contraposición, la convivencia en personas con diagnóstico de esquizofrenia tiende a ser con familia de origen. La prevalencia de

inactividad laboral en este grupo de personas es alta, sin embargo, un alto porcentaje de participantes tenía acceso a algún tipo de compensación económica.

En relación al cumplimiento de los criterios NCEP ATPIII, se muestra una alta prevalencia de alteración en el IMC, perímetro abdominal, seguidos del consumo de tabaco y alteraciones lipídicas. Mismos resultados publican Correl et al., en 2010, Arango et al., en 2008 y Vancampfort et al., en 2013 publicando estos últimos además, mayor alteración en la tensión arterial y la glucemia en ayunas que el presente estudio.

Según el sexo, la prevalencia de alteración en el perímetro abdominal, el colesterol total y HDL es más alta en mujeres. Por un lado Sicras-Mainar et al., en 2008 presentan una alteración de colesterol HDL y síndrome metabólico más prevalente en mujeres. Por otro lado, las mujeres presentaban mayor prevalencia en obesidad en el estudio de Correl et al., en 2010.

En la comparación entre diagnósticos, en el presente estudio no se han encontrado diferencias entre la prevalencia de los riesgos cardiovasculares. Sin embargo, Correl et al., en 2010 concluyen con que existe una mayor prevalencia de síndrome metabólico, en el grupo con trastorno bipolar y Sicras-Mainar et al. en 2008 cifran en ese mismo grupo mayor prevalencia de obesidad, alteración en el nivel de triglicéridos y colesterol HDL.

En relación al número de cigarrillos consumidos, mientras que Dickerson et al. en 2013 muestran un mayor consumo de cigarrillos en el grupo de trastorno bipolar, en el presente estudio se observa un mayor consumo de cigarrillos en individuos con esquizofrenia.

En cuanto a las limitaciones del estudio, es probable que no se haya contado con el total de población y se hayan perdido casos. La selección de únicamente un centro de salud mental del área IV de Oviedo existiendo en total cinco centros, podría considerarse una limitación en cuanto a la extrapolación de los resultados, aunque el CSM II es considerado uno de los principales centros del área de Oviedo por el número total de pacientes y el área geográfica que abarca.

Implicaciones para la práctica:

Dada la exhaustiva valoración, que se muestra en el presente estudio, y los resultados previos obtenidos en relación a la alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en personas con trastorno mental, queda expuesta la necesidad de incorporar a la práctica clínica, actividades y protocolos que ayuden a prevenir, diagnosticar y controlar dicha situación.

En relación a la enfermería, cabe destacar que programas del tipo de educación para la salud, relacionados con los hábitos de vida saludables para pacientes con enfermedad mental, han tenido unos buenos resultados por ello, la enfermera especialista en salud mental podría ayudar a mejorar la salud física de estos usuarios, acoplando dichos programas a la actividad asistencial en personas con trastornos mentales del tipo esquizofrénico y trastorno bipolar.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

McEvoy JP, Meyer JM, Goff DC, Nasrallah HA, Davis SM, Sullivan L, et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANESIII. *Schizophr Res.* 1 de diciembre de 2005;80(1):19-32

Correll CU, Druss BG, Lombardo I, O'Gorman C, Harnett JP, Sanders KN, et al. Findings of a U.S. national cardiometabolic screening

program among 10,084 psychiatric outpatients. *Psychiatr Serv Wash DC*. septiembre de 2010;61(9):892-8

Bernardo M, Cañas F, Banegas JR, Casademont J, Riesgo Y, Varela C. Prevalence and awareness of cardiovascular risk factors in patients with schizophrenia: A cross-sectional study in a low cardiovascular disease risk geographical area. *Eur Psychiatry*. 2009;24(7):431-41

Garcia-Portilla MP, Saiz PA, Bascaran MT, Martínez A S, Benabarre A, Sierra P, et al. Cardiovascular risk in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord*. junio de 2009;115(3):302-8

National Cholesterol Education Program(NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults(Adult Treatment PanelIII). Third Report of the National Cholesterol Education Program(NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults(Adult Treatment PanelIII) final report. *Circulation*. 17 de diciembre de 2002;106(25):3143-421

Arango C, Bobes J, Aranda P, Carmena R, Garcia-Garcia M, Rejas J, et al. A comparison of schizophrenia outpatients treated with antipsychotics with and without metabolic syndrome: findings from the CLAMORSstudy. *Schizophr Res*. septiembre de 2008;104(1-3):1-12

Sicras-Mainar A, Blanca-Tamayo M, Rejas-Gutiérrez J, Navarro-Artieda R. Metabolic syndrome in outpatients receiving antipsychotic therapy in routine clinical practice: a cross-sectional assessment of a primary health care database. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. marzo de 2008;23(2):100-8

Vancampfort D, Vansteelandt K, Correll CU, Mitchell AJ, De Herdt A, Sienaert P, et al. Metabolic syndrome and metabolic abnormalities in bipolar disorder: a meta-analysis of prevalence rates and moderators. *Am J Psychiatry*. 1 de marzo de 2013;170(3):265-74

Dickerson F, Stallings CR, Orioni AE, Vaughan C, Khushalani S, Schroeder J, et al. Cigarette smoking among persons with schizophrenia or bipolar disorder in routine clinical settings, 1999-2011. *Psychiatr Serv Wash DC*. enero de 2013;64(1):44-50

**AUTORES/AUTHORS:**

Antonio Rafael Moreno-Poyato, María Pilar Montesó-Curto, María Pilar Delgado-Hito, María Teresa Lluch-Canut, Juan Manuel Leyva-Moral, Raquel Suárez-Pérez, Rosa Aceña-Domínguez

**TÍTULO/TITLE:**

El establecimiento de la Relación Terapéutica en Psiquiatría desde el punto de vista de los estudiantes de Enfermería.

**Objetivo:**

Describir la percepción de los estudiantes de Enfermería respecto al establecimiento de la Relación Terapéutica (RT) con el paciente durante su estancia clínica en unidades de agudos de psiquiatría.

**Método:**

Investigación cualitativa de tipo fenomenológico realizada en la Escola Superior d'Infermeria del Mar. Participaron los ocho estudiantes del Practicum Avanzado de cuarto curso de Grado en Enfermería que efectuaban su estancia clínica en unidades de agudos de psiquiatría durante un trimestre del año. Los datos fueron recogidos mediante diarios en los que los estudiantes registraban de forma reflexionada la auto-observación sobre su práctica clínica cuando establecían la RT con los pacientes. Posteriormente, mediante el análisis de contenido, los datos fueron codificados y, bajo criterio semántico, categorizados de forma jerárquica dando lugar a un diagrama en árbol (Navarro y Díaz, 2007).

**Resultados:**

Se obtuvieron inicialmente 85 códigos, dando lugar a 20 subcategorías, que se agruparon finalmente en 5 categorías principales. a) Conceptualización de la RT, b) los encuentros con el paciente, c) discurso y comunicación no verbal, d) la relación del equipo y e) metodología del aprendizaje. Los estudiantes identificaron percepciones, generalmente dicotómicas, del establecimiento de la RT en torno a cada una de las categorías. Por un lado, encontraron prácticas que describieron como positivas y que fomentaban el adecuado establecimiento de la RT, como la generación de confianza y el empoderamiento del paciente, y por otro lado, prácticas negativas que limitaban la RT, como el discurso impositivo y la relación de poder.

**Discusión:**

Los estudiantes conceptualizan la RT de forma muy similar a las enfermeras expertas de las unidades (Scanlon, 2006), no obstante bajo la auto-observación de su práctica clínica evidencian que existen dificultades a la hora de implementar esos conceptos teóricos, coincidiendo con las perspectivas estudiadas en pacientes (Bee, 2008). A menudo se utiliza un discurso impositivo creando una relación de poder (Sharac, 2010), cuando el objetivo de la RT y lo que esperan los propios pacientes es un proceso colaborativo, de acuerdo mutuo y de empoderamiento (Hopkins, 2009). Los estudiantes identifican estas dificultades y argumentan que influyen factores como el aprendizaje por imitación, las intervenciones centradas en las tareas y el discurso rígido institucionalizado, así como la relación del equipo y la presión que supone ser evaluados. Sin embargo, la auto-observación reflexiva les permite hacer crítica sobre ello, son conscientes en el transcurso de la propia acción de las prácticas llevadas a cabo, confrontándolas con sus conocimientos y con los resultados obtenidos en el cuidado de los pacientes.

En el ámbito de las unidades de psiquiatría el adecuado establecimiento de la RT es una práctica esencial para la calidad de los cuidados. Sin embargo, tanto para los estudiantes como para las enfermeras, el hecho de conocer su conceptualización teórica no garantiza su implementación práctica. La auto-observación de la práctica clínica de forma regular, a través de diarios reflexivos, puede constituir el punto de partida de métodos dirigidos al cambio y a la mejora de los cuidados.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Bee, P., Playle, J., Lovell, K., Barnes, P., Gray, R., & Keeley, P. (2008). Service user views and expectations of UK-registered mental



health nurses: a systematic review of empirical research. *International Journal of Nursing Studies*, 45(3), 442–57.

doi:10.1016/j.ijnurstu.2007.02.008

Hopkins, J. E., Loeb, S. J., & Fick, D. M. (2009). Beyond satisfaction, what service users expect of inpatient mental health care: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(10), 927–37. doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01501.x

Navarro, P., & Díaz, C. (2007). Análisis de contenido. In J. M. Delgado & J. Gutiérrez (Eds.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (4th ed., pp. 177–224). Madrid: Síntesis Editorial.

Scanlon, a. (2006). Psychiatric nurses' perceptions of the constituents of the therapeutic relationship: a grounded theory study.

*Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(3), 319–29. doi:10.1111/j.1365-2850.2006.00958.x

Sharac, J., McCrone, P., Sabes-Figuera, R., Csipke, E., Wood, A., & Wykes, T. (2010). Nurse and patient activities and interaction on psychiatric inpatients wards: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(7), 909–17.

doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.03.012

**AUTORES/AUTHORS:**

ESTÍBALIZ AMARO MARTIN, SENDOA BALLESTEROS PEÑA

**TÍTULO/TITLE:**

CARACTERÍSTICAS DE SALUD MENTAL POSITIVA EN ASPIRANTES A UNA PLAZA DE ENFERMERA INTERNA RESIDENTE

Seligman (1) define el optimismo como una característica disposicional de personalidad que media entre los acontecimientos externos y la interpretación personal de los mismos, el optimismo se ha relacionado ampliamente con efectos positivos sobre la salud psicológica y física de las personas (2-5). El-Anzi (6) realizó un estudio acerca del papel que juegan el optimismo, la ansiedad y la autoestima en el éxito académico, en el mismo concluye que el optimismo desempeña un papel facilitador de la adaptación y del éxito académico.

El optimismo se expone como uno de los conceptos afines con la Salud Mental Positiva(SMP) . El modelo de SMP publicado por Jahoda (7) en 1958, configura una concepción multidimensional de la salud mental positiva, donde la salud se define como la tendencia de una persona a ser motivada por la creencia de que los resultados deseados son fácilmente alcanzables. Lluch (8), partiendo de los criterios expuestos por Jahoda (7) construyó una escala para evaluar la SMP en seis factores.

Objetivo: describir el perfil y la Salud Mental Positiva (SMP) de los aspirantes a plazas de Enfermera Interna Residente (EIR) matriculadas en las pruebas de acceso en el País Vasco (España).

Método: estudio descriptivo, con componentes analíticos, de corte transversal circunscrito al País Vasco (España).El tamaño de la muestra utilizada fue estimado sobre el total de matriculados en las pruebas de acceso a una plaza de EIR en el País Vasco para un nivel de confianza del 95% y un margen de error de  $\pm 9\%$ , bajo la hipótesis más desfavorable de máxima indeterminación, y obtenida por conveniencia a partir de los aspirantes matriculados en los cursos de preparación a las pruebas de acceso de la "Fundación para el Desarrollo de la Enfermería" (FUDEN) en las ediciones de 2012 y 2013 que aceptaron voluntariamente participar en el estudio. Fueron excluidas aquellas alumnas que a pesar de haber formalizado la matrícula no hicieron uso de la plaza. Este curso ofrece autoevaluaciones, simulacros, foros, tutorías on-line, noticias y guía del alumno. La metodología semipresencial se basa en una formación autodidacta y 30 clases presenciales de 5 horas 2 días por semana, es decir, 150 horas. El curso comienza la 1ª semana de septiembre y finaliza la 4ª semana de enero.

Para la recogida de datos se diseñó un cuestionario anónimo consistente en una encuesta de variables sociodemográficas y laborales diseñada ad-hoc y posteriormente se aplicó el Cuestionario de Salud Mental Positiva. Ambos cuestionarios fueron distribuidos en la fase intermedia del curso (mes de diciembre) en doble formato: en papel, administrado por el equipo investigador, y en soporte digital, utilizando la plataforma de enseñanza virtual. La encuesta sobre variables sociodemográficas y laborales registró datos referentes a edad, sexo, estado civil, antigüedad profesional, situación laboral y la realización de exámenes EIR con anterioridad.

El Cuestionario de Salud Mental Positiva es un instrumento para evaluar el constructo de Salud Mental Positiva validado por LLuch (9). Consta de 39 ítems distribuidos de forma desigual en 6 factores: Satisfacción personal (F1), 8 ítems; Actitud prosocial (F2), 5 ítems; Autocontrol (F3), 5 ítems; Autonomía (F4), 5 ítems; Resolución de problemas y autoactualización (F6), 9 ítems y Habilidades de relación interpersonal (F7), 7 ítems. Los ítems están formulados como afirmaciones (positivas y negativas), ofreciendo cuatro alternativas de respuesta (siempre o casi siempre; con bastante frecuencia; algunas veces; nunca o casi nunca). Para obtener la puntuación total de la prueba y de cada subescala, se suman los valores obtenidos en cada ítem. Los valores resultantes se interpretan, tras dividir el resultado por el número de preguntas correspondientes, de la siguiente manera: de 1,0 - 2,0 la calificación es de grado bajo; de 2,1 - 3,0 grado medio y de 3,1 en adelante es alto.

Para el análisis de datos se utilizó el programa PASW versión 21. Se calcularon índices de estadística descriptiva (proporciones con sus respectivos Intervalos de Confianza del 95% [IC95%] y medias con su desviación típica [Dt]) y en el análisis inferencial se

utilizaron el test t de Student y Chi cuadrado para el contraste de hipótesis, estableciendo significación estadística cuando  $p < 0,05$ . Para el cálculo de los niveles de consistencia interna de cada ítem dentro del Cuestionario de Salud Mental Positiva se empleó el estadístico  $\alpha$  de Cronbach.

Resultados: completaron los cuestionarios 106 aspirantes a una plaza de EIR, con una media de edad de 26,2 años (Dt: 4,2) y una antigüedad profesional de 3,4 años (Dt: 3,1). El perfil tipo del aspirante a una plaza de EIR fue: mujer soltera con contrato de trabajo temporal o en desempleo que realiza la prueba de acceso a EIR en busca de una mejora laboral.

El cálculo del  $\alpha$  de Cronbach global obtenido en el Cuestionario de Salud Mental Positiva fue de 0,916. El nivel de consistencia interna en cada subescala arrojó los siguientes valores:  $\alpha = 0,801$  para F1;  $\alpha = 0,645$  para F2;  $\alpha = 0,853$  para F3;  $\alpha = 0,753$  para F4;  $\alpha = 0,804$  para F5 y  $\alpha = 0,670$  para F6.

La calificación global media del Cuestionario de Salud Mental Positiva fue de 3,2 (alto grado de salud mental positiva). Setenta y siete participantes (72,6%; IC95% 64,1-81,1) presentaron una calificación global de grado alto, y el resto ( $n = 27$ ; 27,4%; IC95% 18,9-35,8), de grado medio. Salvo en las subescalas F3 y F4, ningún participante en las encuestas fue calificado con grado bajo. Los factores con mayores calificaciones medias fueron F3 ("Autocontrol"), F1 ("Satisfacción personal") y F5 ("Resolución de problemas y autoactualización"). El resto de los factores fueron calificados como grado medio. No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas al contrastar la calificación global de SMP y la edad ( $p = 0,9$ ); la antigüedad profesional ( $p = 0,771$ ); la situación laboral ( $p = 0,748$ ); la situación laboral ( $p = 0,748$ ); la motivación para realizar la especialidad ( $p = 0,473$ ) o la participación previa en otros procesos ( $p = 0,184$ ).

Discusión: los estudiantes de preparación al EIR perciben un buen nivel de salud positiva, ya que en aspectos como la satisfacción personal, actividad prosocial, resolución de problemas y autoactualización, se describen a sí mismos en términos de alta capacidad. En cuanto a la Actitud Prosocial se obtuvo una Calificación de 3,5 (Grado alto) que se traduce en la ejecución de comportamientos que buscan ayudar a los demás sin esperar nada a cambio favoreciendo el mantenimiento de las relaciones interpersonales (8). Se han encontrado tendencias similares en países como Chile (10) y México (11). La población objeto del estudio, por tanto, posee habilidades para entender las actitudes y sentimientos de los demás realizando actividades de apoyo social en pro del beneficio de otras personas.

Respecto a la subescala de Satisfacción Personal se obtuvo una Calificación de 3,3 (Grado alto) siendo similar a las cifras halladas en estudiantes de medicina en formación universitaria (11-13). El hecho de que haber cursado la carrera universitaria de enfermería puede constituir en sí mismo un logro significativo que se relaciona con el fortalecimiento de la satisfacción personal. Al estar asociada la satisfacción personal con el autoconcepto y la satisfacción con las perspectivas de futuro (9), se puede inferir que hay una elevada probabilidad de que los estudiantes que participaron en el estudio cuenten con una fuerte autoestima y recursos para enfrentar las dificultades que pueden aparecer en el futuro; en ello se coincide con la interpretación propuesta por Park (14) y Medina Pérez (13).

Con relación al criterio de Resolución de problemas y autoactualización, la Calificación de 3,3 (Grado alto) indica la presencia de habilidades para tomar decisiones y adaptarse a los cambios en los aspirante, características importantes a la hora de solucionar problemas o afrontar estresores específicos de manera exitosa presentando actitudes de crecimiento personal y motivación para participar activamente en acciones cotidianas. Este criterio coincide con el estudio de Barreto (12) y Medina Pérez (13) donde la mayoría de los estudiantes obtuvieron altas puntuaciones.

Los resultados encontrados en la subescala de Autonomía con una Calificación de 3 (Grado medio) reflejan la independencia de los estudiantes, entendiéndola como uno de los referentes de salud mental; "la persona psicológicamente sana tiene cierta autonomía y no depende fundamentalmente del mundo y los demás" (8). De esta manera se entiende que el colectivo estudiado es capaz de asumir decisiones sobre su propia vida, considerando las situaciones, el contexto y el propio proyecto de vida, asumiendo las consecuencias de dichas elecciones (13).

La subescala de Autocontrol con una Calificación de 2,9 (Grado medio) situó a este factor como una de las puntuaciones más bajas

de entre las medidas. Este factor se refiere a la capacidad para afrontar el estrés y las situaciones conflictivas guardando equilibrio sobre las emociones, se deduce por tanto que los aspirantes a una plaza EIR pueden tener dificultades en el futuro para enfrentar agentes estresantes como el exceso de trabajo, la falta de tiempo o la incompatibilidad entre las relaciones personales y las obligaciones laborales.

Finalmente, en cuanto a las Habilidades de Relación interpersonal se encontró una Calificación de 2,6 (Grado medio), lo cual ubicó a este factor como el más bajo. Este dato contrasta con los obtenidos en estudios con población universitaria y puede deberse a que la dinámica social propia del estilo de vida universitario, propicia el surgimiento de redes de apoyo social donde se comparten intereses comunes con los amigos o compañeros de curso. (15). Al ser el contacto de los estudiantes del curso EIR más esporádico con falta de espacios para compartir intereses y preocupaciones con las personas de su entorno pueden no tener manera de confrontar los problemas académicos, laborales o personales por los que están pasando.

La mayor limitación de este estudio radica en el método de selección de la muestra, dado que la selección por conveniencia puede sesgar la validez externa de los resultados obtenidos. Sin embargo, esta sistemática es la única factible en el colectivo a estudio y resulta razonable suponer que el resto de participantes en el proceso de acceso a una plaza de EIR comparten similares características sociolaborales. Por otro lado, y al igual que ocurre en otros trabajos con la misma metodología de estudio, es preciso contemplar que el grado de sinceridad de los participantes a la hora de contestar el cuestionario puede interferir en la validez interna de los datos. Si bien las pruebas de confiabilidad de consistencia interna han sido muy satisfactorias, debe tenerse en cuenta que múltiples circunstancias personales de los participantes pueden alterar el grado de sinceridad durante la cumplimentación del test psicométrico.

Teniendo en cuenta los hallazgos sería necesario dar paso a nuevas intervenciones que promuevan técnicas de autocontrol, así como herramientas para fortalecer su SMP, promoviendo la salud y fortaleciendo recursos psicológicos que permitan desarrollar el máximo potencial dentro de las circunstancias específicas en las que se encuentran. Se hace relevante continuar investigando para identificar qué factores psicosociales favorecen la adaptación del enfermero a la preparación EIR, ya que no sólo se han asociado a mejor afrontamiento ante situaciones de la vida, sino además, se han incluido como los principales factores protectores de un amplio rango de riesgos para la salud.

### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Seligman MEP. La autentica felicidad. Barcelona: Vergara, Grupo Zeta. 2003.
2. Waltenbaugh A, Zagummy M. Diagonal optimism and control percibe between. J Alcohol Drug Educ 2004; 47 (3): 20-34.
3. Remor R, Amorós M, Carboles J. El optimismo y la experiencia de ira en relación con el Malestar físico. Anales de Psicología 2006; 22 (1): 37-44.
4. Ouwehand C, de Ridder D. Effects of temptation and weight on hedonics and motivation to eat in women. Obesity 2008; 16 (8): 1788-93.
5. Conway F, Magai C, Springer C, Jones S. Optimism and pessimism as predictors of adjustment. J Res Pers 2008; 42(5): 1352-7.
6. El-Anzi FO. Academia achievement and its relationship with anxiety, self-esteem, optimism, and pessimism in Kuwaiti students. Soc Behav Pers. 2005; 33(1):95-103.
7. Jahoda M. Current concepts of positive mental health. Basic books, Nueva York. 1958.
8. Lluch MT. Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva. Barcelona: Publicaciones de la Universidad de Barcelona.1999. Tesis doctoral digital.
9. Lluch MT. Construcción y análisis psicométrico de un cuestionario para evaluar la salud mental positiva. Psicología conductual 2003:61-78.
10. Rios R. Universitarios y Voluntariado: Análisis del Involucramiento en Acciones Filantrópicas de los Alumnos de la PUC. Psykhe

[online] 2004; 13 (2): 99-115.

11. Padilla CA. Características de salud mental positiva en estudiantes universitarios de Cartagena y Barranquilla. 2007. Tesis de maestría no publicada. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.
12. Barreto D. Relación entre la Salud Mental Positiva con las Variables Depresión, Ansiedad y Estilos de Afrontamiento en Estudiantes de un Programa de Medicina de una Universidad de Bucaramanga. 2007. Tesis para optar título de Maestría en Psicología. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.
13. Medina O, Irija MF, Martínez G, Cardona DV. Características de salud mental positiva en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Armenia-Quindío. Revista Virtual Universidad Católica del Norte [online] 2012; 36:247-61.
14. Park N. The role of subjective well-being in positive youth development. Ann Am Acad Pol Soc Sci 2004;591(1):25-39.
15. Feldman L, Goncalves L, Chacón-Puignau G, Zaragoza J, Bagés N, De Pablo J. Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. Unive Psychol 2008;7(3):739-51.

**AUTORES/AUTHORS:**

Paula Zurrón-Madera, M<sup>a</sup> Almudena Pousada-González , Raquel Junquera-Fernández, Irene Mera-Prieto, Ana García Fernández

**TÍTULO/TITLE:**

El insomnio: un problema real en el trastorno mental grave.

Objetivos

1-Describir las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra en conjunto y en función del diagnóstico insomnio en una muestra de pacientes con trastorno mental grave.

2-Determinar la influencia del insomnio en el nivel de funcionalidad en los pacientes con trastorno mental grave

Metodología

El presente estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias y por la Comisión de Investigación del Hospital Universitario Central de Asturias.

Diseño: Es un estudio observacional de corte transversal.

Población y muestra: El estudio se realizó con una muestra total de 90 pacientes (Esquizofrenia =61/Trastorno Bipolar=29).

Criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno bipolar según criterios de la CIE-10, edad 18-65 años ambos inclusive, pacientes a seguimiento ambulatorio por su centro de salud mental, consentimiento informado firmado.

Criterios de exclusión: no aceptar participar en el estudio.

Evaluación: Para su realización se administró un cuestionario ad hoc de variables sociodemográficas y clínicas así como las escalas de Impresión Clínica Global para esquizofrenia y trastorno bipolar. Con el fin de evaluar la funcionalidad en ambos grupos se utilizó la Escala de Funcionamiento Personal y Social para esquizofrenia (PSP) 1,2 y la prueba breve de Evaluación del Funcionamiento para trastorno bipolar (FAST)1.

Análisis de datos: Los datos fueron analizados utilizando el paquete estadístico SPSS versión 15.0 para Windows. En primer lugar se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas (media, desviación típica, mínimo y máximo para las variables cuantitativas y porcentajes para las variables cualitativas). Posteriormente se utilizaron los estadísticos de chi-cuadrado para la comparación de porcentajes, T-student para la comparación de medias.

Limitaciones: Dentro de las limitaciones y sesgos del estudio se debe tener en cuenta el llamado "efecto Hawthorne" o respuesta inducida por el conocimiento de los participantes de que están siendo estudiados. En el presente estudio se puede pensar que este efecto determinará posibles respuestas en la línea de lo que ellos creen que es esperable o correcto.

## Resultados

### Resultados primer objetivo

La edad media de la muestra fue de 42,42(12,5) años, representando los varones el 53,3%. En cuanto a la gravedad de la enfermedad la media obtenida fue de 3,9(1,15), es decir, estar moderadamente enfermo, con una media de 11,73(10,60) años de evolución de la enfermedad. El 28,9% de la muestra estaba casada y se encontraban en situación de inactividad laboral el 75,6%. Presentando insomnio categorial según la CIE-10 el 25,6% de la muestra total (Esquizofrenia =82,6%; Trastorno Bipolar=17,4%; ( $X^2=3,112$ ,  $p=0,120$ ).

Al comparar las mismas variables en función de la presencia o ausencia del insomnio categorial según criterios de la CIE-10, se puede concluir que no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad entre los pacientes con insomnio categorial y los pacientes sin insomnio categorial 45,61(12,2) vs 41,33(12,4) ( $t=1,429$ ,  $p=0,157$ ), representado los varones el 47,8% de la muestra con insomnio categorial frente al 55,2% de la muestra sin insomnio categorial ( $X^2=0,376$ ,  $p=0,631$ ). En cuanto a la gravedad de la enfermedad la media obtenida en el grupo con insomnio categorial fue de 4,17(0,7) frente a 3,93(1,2) en el grupo sin insomnio categorial, es decir, ambos grupos estaban moderadamente enfermos ( $t=0,896$ ,  $p=0,373$ ), con una media de 14,04(11,81) años de evolución del enfermedad para el grupo con insomnio categorial frente a 10,94(10,12) años para el grupo sin insomnio categorial ( $t=1,215$ ,  $p=0,228$ ). El 30,4% de la muestra con insomnio categorial estaba casado frente al 28,4% de la muestra sin insomnio categorial ( $X^2=0,036$ ,  $p=1,000$ ). Finalmente para la única variable que se obtuvieron resultados estadísticamente significativos fue para la variable actividad laboral, existiendo mayor número de inactivos laboralmente entre los pacientes con insomnio categorial frente a los pacientes sin insomnio categorial (91,3% vs 70,1%); ( $X^2=4,149$ ,  $p=0,050$ ).

### Resultados segundo objetivo

Cuando se compara el nivel de funcionalidad en función de la presencia o ausencia de insomnio categorial no se encuentran diferencias estadísticamente significativas con ninguna de las escalas administradas, PSP para esquizofrenia, FAST para el trastorno bipolar. Sin embargo, la media de la funcionalidad medida con la PSP para pacientes con esquizofrenia es inferior en pacientes con insomnio categorial frente a los pacientes sin insomnio categorial (54,32(15,2) vs 55,38(16,9)). Asimismo, la media de la funcionalidad medida con la FAST para pacientes con trastorno bipolar es superior en los pacientes con insomnio categorial frente a los pacientes sin insomnio categorial.

## Discusión

Uno de cada 4 pacientes con trastorno mental grave, a pesar de estar en tratamiento, presenta insomnio categorial según la CIE-10, tal y como describe Winkelman (2004). Cuando se separa por diagnósticos observamos que 8 de cada 10 pacientes con esquizofrenia presenta insomnio frente a tan sólo 2 de cada 10 pacientes con trastorno bipolar.

La presencia de insomnio se asoció únicamente a la presencia de inactividad laboral, sin que produjera impacto en el nivel funcional de los pacientes.

Implicaciones para la práctica. Queda expuesta la necesidad de incorporar a la práctica clínica, actividades y protocolos que ayuden a prevenir, y controlar el insomnio. Programas del tipo de educación para la salud, relacionados con la higiene del sueño pueden

tener grandes beneficios en los pacientes con trastorno mental grave.

### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

#### Bibliografía

1. Garcia-Portilla M.P, Bascarán M.T, Sáiz P.A, Parellado M, Bousoño M, Bobes J. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica: 6ª ed.Madrid: CYESAN; 2011.
2. Garcia-Portilla MP, Saiz PA, Bousoño M, Bascaran MT, Guzman-Quilo C, Bobes J.Validation of the Spanish Personal and Social Performance scale (PSP) in outpatients with stable and unstable Schizophrenia.Rev Psiquiatr Salud Mental 2011;4:9-18.
3. Winkelman JW.Emerging GABAergic targets for insomnia.Ponencia presentada en el APA 157th Annual Meeting, New York, 2004.
4. Organización Mundial De la Salud.CIE-10.Trastornos mentales y del comportamiento descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: OMS; 1992.
5. Heather T, Heath C, Lunney M, Scroggins L, Vassallo B. NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012.
6. Gallego Pérez-Larraya J, Toledo JB, Urrestarazu E, Iriarte J. Clasificación de los trastornos del sueño. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2014 [citado 4 junio 2014]; 30 Suppl 1:19-36. Disponible en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/2094/1523>



**Mesa de Comunicaciones 22: Salud / Género****Concurrent Session 22: Health / Gender****AUTORES/AUTHORS:**

MATILDE TENORIO MATANZO

**TÍTULO/TITLE:**

Efectos del estrés en los procesos cognitivos de las mujeres víctimas de violencia de pareja

**OBJETIVO:** Identificar los procesos cognitivos-emocionales que experimentan las mujeres víctimas de violencia de pareja que, partiendo del Modelo de Adaptación de Roy, expliquen la permanencia con el agresor

**MÉTODO**

**Marco referencial:** Se interrelacionan el Modelo de Adaptación de Roy (1) como base teórica enfermera, los efectos del estrés sobre el organismo y el Modelo de Afrontamiento ante el estrés de Lázarus y Folkman (2)

Los actos violentos y las estrategias del maltratador suponen unos estímulos focales externos que originan en la mujer un estrés intenso y crónico al que tendrá que hacer frente como estímulo interno. El estrés activa el mecanismo regulador a través de los cuatro ejes, neural, neuroendocrino, endocrino y psiconeuroinmunológico, secretándose un exceso de cortisol que afectará a todos los órganos diana, y, en concreto, al cerebro. Así se verá afectado el mecanismo cognitivo de las mujeres quienes, tendrán dificultades para identificar el maltrato y el peligro que significa. A los efectos nocivos de los estímulos focales, se le añaden los estímulos contextuales y residuales procedentes de las respuestas inadecuadas de las personas significativas o de los sistemas de apoyo y de la educación y experiencia vivida, estímulos que vienen determinados, en muchos casos, por una estructura social patriarcal que incrementa la vulnerabilidad de la mujer. Durante el proceso de maltrato, el agresor destruirá la identidad de la víctima en todos los procesos adaptativos, de forma que cuando ésta analice sus recursos para salir de la situación. Se encontrará sin capacidad de afrontamiento y todos sus modos adaptativos estarán comprometidos. Este hecho justificaría la intervención de Enfermería que, desde el Modelo de Adaptación de Roy (2) deberá ayudar y promocionar la adaptación de las mujeres.

**Tipo de investigación:** Investigación cualitativa fenomenológica y metodología de análisis del discurso. **Ámbito del estudio:**

Comunidad de Madrid. **Población del estudio:** Mujeres víctimas de violencia de pareja, residentes en el Centro de Recuperación Integral para Mujeres, Niñas y Niños Víctimas de la Violencia Machista ubicado en la Comunidad de Madrid, que hubieran superado la relación de convivencia con el maltratador. **Características de inclusión:** Mujer víctima de violencia de género según la Ley 1/2004. Mayor de 18 años. Entender y hablar castellano. **Muestreo:** Se persiguió un muestreo de casos críticos. La selección de las informantes (9) se llevó a cabo por las profesionales del centro por conveniencia, no siendo necesario ampliar la muestra. **Técnicas de recogida de información:** Entrevistas en profundidad. **Análisis de los datos:** Partiendo del método del análisis del discurso se procedió a realizar un esquema de categorización siguiendo los elementos del modelo teórico de Roy, tras lo cual se extrajo el significado de los mismos y se codificaron incluyéndolos en las categorías de análisis seleccionadas previamente. A partir de este análisis se fue construyendo la hipótesis del modelo explicativo de las alteraciones cognitivas de las mujeres víctimas de violencia de pareja, cuyo marco referencial se ha seguido para la exposición de los resultados.

**RESULTADOS**

Siguiendo a Roy, consideramos que la violencia de pareja es una situación generadora de estrés crónico e intenso (estímulo focal interno) que puede equipararse en intensidad con los eventos estresores de mayor peso, y su prolongación en el tiempo afectará que merme su salud afectando a los mecanismos adaptativos regulador y cognitivo.

Ante la violencia, se activan los ejes del estrés: neural, neuroendocrino y endocrino y psiconeuroinmunológico. El Eje neural activa el SNA. La activación del Eje neuroendocrino es de activación más lenta y su arranque implica la activación de las glándulas suprarrenales con la consecuente secreción de catecolaminas con efectos parecidos a los de la activación simpática pero más duraderos. La liberación de catecolaminas conlleva una vasopresión que eleva la TA, estimula el músculo cardíaco y aumenta el gasto, reflejándose en un incremento de la F.C y de la P.A.

Y ella veía por la tensión, las subidas y bajadas que tenía (E.8)

Dentro del eje endocrino, se activan cuatro ejes, el adrenal-hipofisario que libera glucocorticoides, cortisol y corticosterona, y mineralo-corticoides; el eje de liberación de somatotropina; el eje de liberación de hormonas tiroideas y el eje de secreción de vasopresina, produciéndose HTA, riesgo de necrosis del miocardio, ateromas, y disminución de la secreción de insulina y problemas tiroideos.

Y tuve problemas de tiroides. (E. 3)

Los efectos de la activación del tercer eje, el neuroendocrino, son emocionales, tales como la depresión, ansiedad, miedo, el sentimiento de indefensión, la pasividad, ya que el cerebro como órgano diana está afectado. Si la respuesta al estrés provoca una activación intensa, duradera y repetida que provoca el agotamiento de los recursos y un desgaste excesivo de los órganos diana, la persona padecerá trastornos físicos y psicológicos importantes.

Venia mala, enferma, en la cama, destruida. Hasta que parece que entras aquí, te empiezas a relajar y el cuerpo te revienta. (E.2)

Se ha demostrado que ante situaciones de estrés se produce una reducción de la capacidad inmunitaria. Estos hallazgos sugieren que existen procesos de regulación recíproca entre los sistemas nervioso, endocrino e inmunitario y que el mecanismo inmunológico no es un sistema cerrado

A mí por último me han tratado de una neuropatía. Era una desesperación del hormigueo, de cómo me ardían las piernas, de cómo me quemaban (E8)

Analizando los componentes del modo de adaptación fisiológico, constatamos la presencia de problemas en las necesidades de oxigenación, nutrición, actividad-descanso y de protección.

Y pues...de todo eso que viví con él, pues tengo... una asma emocional. (E.1). Tenía 39 kilos y tengo 54 kilos y no se me notan. Se me veían los huesos de la cara. Me había absorbido completamente. (E.1). Me alteró el sueño de tal manera que... hasta el día de hoy no puedo. No puedo reconciliar el sueño. No, no. No puedo, nada. No puedo, no puedo. No puedo. (E.6). Yo tenía unos picores en mis partes que yo he estado años con los picores, por más pruebas que me hicieron nunca tenía nada ¿De dónde vienen esos picores, esas molestias? (E.8). Me estoy quedando calva, se me cae el pelo. (E.5)

En los procesos complejos hemos detectado alteraciones en la función endocrina y en la función neurológica. Las alteraciones de la función endocrina se manifiestan en abortos, menorragias, poliquistosis y problemas tiroideos

Tengo quistes en los ovarios, en los pechos. En la mama derecha tengo un quiste que es benigno. En el ovario derecho lo tengo totalmente cubierto, multiquistico. Lo del izquierdo tengo pero menos. (E.2)

Respecto a la función neurológica, una de las causas de las alteraciones del proceso cognitivo en las mujeres víctimas de violencia de pareja, puede deberse al efecto de la secreción de cortisol al estar sometidas al estrés intenso y prolongado.

El desarrollo de la Neurociencia (3, 4, 5, 6, 7,8) muestra que la violencia produce cambios estructurales en el cerebro, responsables de los procesos de alerta/atención, codificación, aprendizaje, memoria, resolución de problemas y toma de decisiones.

Nuestros hallazgos muestran que todas las mujeres sufren alteraciones en el proceso de percepción e interpretación de la información ya que todas presentan problemas en la identificación de las conductas violentas de la pareja, en la interpretación que se hace de la misma, en la percepción del riesgo y en el reconocimiento de estar siendo víctimas del maltrato. Intentan comprender sin éxito los comportamientos extraños de su pareja e identificar las causas de la violencia. El proceso de alerta/atención está afectado porque están sometidas a un estado hipervigilancia y a un miedo permanente, que, a su vez, incrementa la secreción de cortisol. En el proceso de memoria encontramos desde olvidos frecuentes, bloqueos mentales y memoria selectiva hasta graves dificultades en el proceso de recuperación. La capacidad de resolución de problemas y de toma de decisiones está afectada por el miedo, una de las estrategias más efectivas del maltratador. La hipervigilancia, el miedo y el pánico las paralizan y controla todos sus pensamientos y, a través de las amenazas, mantienen la percepción de peligro de muerte inminente aún cuando ya se haya separado. El cuarto canal de la cognición es la emoción, y las experimentadas por las mujeres de nuestro estudio relacionadas con los efectos del estrés han sido depresión, ansiedad, miedo, indefensión y pasividad. El proceso de aprendizaje, está mediatizado por el estrés, la atención selectiva al maltratador, la hipervigilancia, el miedo y por el aislamiento de otras personas que sufren, pero a lo que fundamentalmente aprenden es a sobrevivir. Tienen grandes dificultades para evaluar correctamente la situación porque, en primer lugar, los procesos de percepción y sensación estarán afectados y no podrán identificar el maltrato y el peligro y cuando son conscientes de él, mantendrán un estado de hipervigilancia y miedo que afecta al proceso de alerta y atención. Cuando sopesan sus recursos de afrontamiento para hacer frente al peligro, las estrategias del maltratador habrán destruido sus modos adaptativos, el

fisiológico, el autoconcepto, el rol y la interdependencia

Haber, que se portaba mal. Que me podía matar, pero que no era para tanto. Que no, que no, que no le veía... que me iba a matar pero es que tampoco era consciente de que era maltratada. (E.2). Es que es imposible soportar eso, porque es estar siempre pendiente de "Me matará ahora o no me matará, me pegará o no me pegará" (E.2). Ahora, de coger un libro y no saber leer. Pero no saber leer, no. No saber identificar las palabras. Yo realmente veía sol, y no sabía lo que era sol. (E.2). Y decir, aquí soy yo la que tengo que salir de aquí. He aguantado porque no me quedaban más cojones que aguantar. O aguantas o mueres, en el intento. (E.8). Y dices, "Si salgo fuera, no lo sé, y aquí dentro lo estoy viendo. Y no sales. No sales, vamos, no te mueves. El miedo y el terror. Te lo llena todo. El terror te llena... Lo impide todo (E.8). Mira el primer detonante para mí, de un maltrato, es una depresión en una mujer. (E.9). Cuando tú estás con el maltratador tú tienes ansiedad pero no sabes lo que es la ansiedad (E.6). Estaba absolutamente aterrorizada (E.3). Yo me sentía como que algo se te va cayendo tú, tu universo encima. Te va cayendo todo encima, porque una persona que tiene todo eso, ¿cómo sale? Él, te tiende como una red, una tela de araña (E.4). Yo, era levantarme, miraba el sol y decía "Joder, y otro día. No tengo ganas de levantarme No tengo ganas de hacer esto (E.6). Yo salí de la valoración diciendo "Esta psicóloga es una exagerada" Y mis amigas, me acuerdo la cara de mis amigas, me acuerdo de la cara de Susana desencajada. Y yo "¿Qué pasa? Y lo único que me dijo Susana era: "Ten cuidado por favor. Ten mucho cuidado, tomes la decisión que tomes. (E.3). Entonces te ves tan sola y encima que no vales para nada... de todo lo que te dice a diario "Eres una inútil, eres fea, eres gorda, eres no sé qué, quién te va a aguantar". No sabes ni dónde irte, porque si encima estás viviendo con él, no sabes dónde ir. No sabes ni quién eres. Estás perdida. Es que es como no ser nadie. Es que no sirves ni para estar de indigente por ahí. No vales para nada. (E.7)

**CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN:** Todos los efectos del estrés mantenido en las personas, están presentes en las mujeres víctimas de violencia de pareja de nuestro estudio.

**IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA:** Los efectos del estrés son indicadores de sospecha de maltrato y éste debe ser conceptualizado en la valoración como un estímulo focal interno de la violencia.

### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Roy, C. The Roy adaptation model. 3rded. New Jersey: Pearson; 2008
2. Lazarus, R.S y Folkman, S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona, España: Martínez Roca; 1986
3. Hull, A (2002) Neuroimaging findings in post-traumatic stress disorder. British Journal of Psychiatry. 2002; 18: 102-110.
4. Azcárate, M. A. Trastorno de Estrés postraumático: Daño cerebral secundario a la violencia. España: Diaz de Santos; 2007
5. Bremner J. D. y Vermetten, E. Neuroanatomical changes associated whit pharmacotherapy in posttraumatic stress disorder. Ann NY Acad Sci. 2004; 1032: 145-157
6. Bressan, R.A., Quarantini, L.C., Andredi, S.B., Araujo, C., Breen, G., Guindalini, C. y Mari, J.J. The Posttraumatic Stress Disorder Project in Brazil: Neuropsychological, Structural and molecular Neuroimaging Studies in Victims of Urban Violence. BMC Psychiatry. 2009; 9: 1-12.
7. French, W.P. (2008).The Neurobiology of Violence and Victimization, Chapter 3. En: Miller, T.W (Ed), School Violence and Primary Prevention. USA: Springer; 2008. p. 25 - 58)
8. Tatjana, K.I., Wienbruch, C., Neuner, F., Schauer, M., Ruf, M., Odenwald, M. y Elbert, T. Altered Oscillatory Brain Dynamics After Repeated Traumatic Stress. BMC Psychiatry. 2007; 7: 1-9.

**AUTORES/AUTHORS:**

Davinia Saorín Marín, Florentina Pina-Roche, Francisca Peñalver Pérez, Cristina Eulalia Moreno Martínez

**TÍTULO/TITLE:**

LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES A PARTIR DE LOS 65 AÑOS, EN UNA ZONA RURAL

Según la OMS la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno(1)".

"Calidad de vida" es una expresión utilizada comúnmente por las personas mayores cuando hacen referencia a su propia vida. La globalización influye en el cambio de funciones de las personas mayores dando lugar a una transformación psicosocial del status de la vejez, influyendo sobre la percepción que tienen ellas de su calidad de vida.

Este estudio aporta resultados para ofrecerles un mejor apoyo a mujeres rurales en la etapa de la vejez, generalmente asociada a una etapa productiva terminada.

**1. OBJETIVOS**

Este estudio tiene un objetivo general, y de él derivan unos objetivos específicos que paso a detallar:

- Objetivo general
- Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en las mujeres de edad igual o mayor a 65 años con domicilio en Archivel.
- Objetivos específicos
- Conocer la valoración que estas mujeres realizan sobre su salud general, incluyendo su estado actual y sus perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.
- Averiguar cuál es la intensidad del dolor que padecen estas mujeres, y su efecto en las tareas domésticas.
- Señalar cómo los problemas emocionales afectan a sus tareas domésticas y a otras actividades diarias.
- Valorar la situación de la salud mental de estas mujeres.
- Exponer la vitalidad de las mujeres de este grupo de edad.

**2. MÉTODOS**

- Entorno, población y muestra

Se considera como la población en este estudio a las mujeres de edad igual o mayor a 65 años de una pedanía del municipio de Caravaca de la Cruz.

Esta pedanía se llama Archivel, se encuentra situada a 17 kilómetros al oeste de la población de Caravaca de la Cruz y a 70 kilómetros al noroeste de la ciudad de Murcia. Su estructura socioeconómica es básicamente agrícola y ganadera.

La población es de 1226 habitantes, siendo 629 hombres (51,3%) y 597 mujeres (48,7%) (datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística). Las mujeres de edad igual o mayor a 65 años son 163. La muestra está compuesta por 39 mujeres que supone el 24% de total de la población femenina de edad igual o mayor a 65 años. El tamaño de la muestra tiene un nivel de confianza del 95% y un error muestral del 13,7%. La edad media de la muestra es de 72,5 años y una desviación típica 5,99. La de menor edad tenía 65 años y la de mayor edad 86.

- Instrumento

El Cuestionario de Salud SF-36 (2) fue el instrumento utilizado en este estudio. Está compuesto por 36 ítems que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Adicionalmente el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las

escalas pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36(3).

Este trabajo se centra en el estudio de cuatro dimensiones:

- Salud General: Valoración personal de la salud.
- Dolor corporal. Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en las actividades del hogar.
- Rol emocional o limitaciones por problemas emocionales. Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias.
- Salud mental. Valoración de la salud mental general (la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general).
- Vitalidad, energía o fatiga. Sentimiento de energía y vitalidad,

El resultado de la Calidad de vida relacionada con la salud se obtuvo de la suma del resultado de los 36 ítems del cuestionario que es el objetivo principal de esta investigación.

Para cada dimensión, los ítems tienen una escala con un recorrido desde 0 (el peor estado de salud) hasta 100 (el mejor estado de salud).

Las puntuaciones de 0 a 100 de las escalas del SF-36 han sido ampliamente utilizadas y gozan de popularidad por la traducción directa de su máximo y su mínimo al mejor y al peor de los estados de salud posibles. Sin embargo los autores proponen para las nuevas componentes sumario del SF-36 las puntuaciones basadas en normas, cuya principal ventaja es que los resultados son directamente interpretables respecto a la población de referencia(4). Así, puntuaciones superiores o inferiores a 50 indican mejor o peor estado de salud, respectivamente, que la media de la población de referencia.

#### • Procedimiento para la recopilación de datos

Se realiza un estudio piloto en la consulta de enfermería del Consultorio de Archivel, durante 5 días consecutivos en el mes de marzo de 2014. Se corresponde con una investigación no experimental puesto que se trata de un estudio descriptivo transversal. La duración total del estudio, reclutamiento, recogida de datos, hasta la presentación del informe de resultados fue de 2 meses. En la parte superior del cuestionario se redactó el consentimiento informado con el fin de cumplir con la normativa. En el consentimiento informado se especificó que institución organiza el estudio y cuáles son los fines.

La muestra fue seleccionada mediante muestreo de conveniencia, es decir, se seleccionaron del listado de citas de la consulta de enfermería y se tuvo en cuenta como criterio de inclusión la edad y el sexo. No se tuvieron más criterios de inclusión ya que las mujeres de esta franja de edad residentes en Archivel tienen características homogéneas. El 100% de la población del estudio pertenecen a un entorno social de clase media, con unos estudios primarios básicos. Nunca tuvieron ningún trabajo remunerado ya que siempre han estado al cuidado de su familia. Son amas de casa, aunque en bastantes ocasiones estas mujeres ayudan a sus maridos en las labores agrícolas y ganaderas, pero sin ningún tipo de reconocimiento, más bien, como una obligación y ampliación de sus funciones de ama de casa.

Se trata de un cuestionario contestado por ellas mismas, aunque algunas participantes pidieron que se le ayudase. En esos casos se realizaron las preguntas y se leyeron las respuestas como están anotadas, para evitar sesgos por parte del investigador por interpretación de las mismas. La encuesta es completamente anónima.

Para el análisis descriptivo se realizaron tablas de frecuencias y se calcularon diversas medidas de resumen y gráficas. Fueron calculados los intervalos de confianza del 95% para cada dimensión.

### 3. RESULTADOS

#### • Calidad de vida relacionada con la salud

Analizando los datos obtenidos de los cuestionarios obtuvimos que la media de la calidad de vida relacionada con la salud de estas mujeres era de 41,86 y una desviación típica de 22,99. Se calculó el intervalo de confianza con un nivel de confianza del 95%, dando un "Intervalo de confianza = (34,65 ; 49,08)".

#### • Salud General

Analizando los datos obtenidos de los cuestionarios, obtuvimos que la media de la percepción de la salud general de estas mujeres era de 41,54 y una desviación típica de 18,14. Calculamos el intervalo de confianza con un nivel de confianza del 95%, dando un "Intervalo de confianza = (35,85 ; 47,23)".

- Dolor corporal

Se analizan los datos obtenidos de los cuestionarios obtuvimos que la media del dolor corporal de estas mujeres era de 38,4 y una desviación típica de 24,20. Se calculó el intervalo de confianza con un nivel de confianza del 95%, dando un "Intervalo de confianza = (30,79 ; 45,99)".

- Rol emocional

Analizando los datos obtenidos de los cuestionarios, obtuvimos que la media del rol emocional de estas mujeres era de 39,32 y una desviación típica de 44,50. Se calculó el intervalo de confianza con un nivel de confianza del 95%, dando un "Intervalo de confianza = (25,34 ; 53,28)".

- Salud mental

Analizando los datos obtenidos de los cuestionarios obtuvimos que la media de la salud mental general de estas mujeres era de 48,31 y una desviación típica de 21,09. Se calculó el intervalo de confianza con un nivel de confianza del 95%, dando un "Intervalo de confianza = (41,69 ; 54,93)".

- Vitalidad, energía o fatiga

Se analizaron los datos obtenidos de los cuestionarios, obtuvimos que la media de la vitalidad de estas mujeres era de 37,31 y una desviación típica de 23,84. Se calculó el intervalo de confianza con un nivel de confianza del 95%, dando un "Intervalo de confianza = (29,83 ; 44,79)".

#### 4. DISCUSIÓN

Hoy en día, en los países desarrollados, llegar a una edad avanzada ha dejado de ser algo excepcional, sin embargo aún hoy muchas personas no logran envejecer con una buena calidad de vida. En los últimos años la esperanza de vida ha experimentado un notable incremento, observándose un predominio del sexo femenino coincidiendo con lo reportado en la literatura consultada, que describe que la longevidad es mayor, sustancialmente, en el sexo femenino, sobre todo en países desarrollados(5,6).

Diversos autores han investigado sobre los factores de la vida que son considerados importantes para la calidad de vida por las personas de edad, encontrando como variables más importantes las relaciones familiares y contactos sociales, la salud general, el estado funcional, la vivienda y la disponibilidad económica(7-9).

Son componentes muy importantes de la calidad de vida la capacidad de control y las oportunidades potenciales que la persona tenga a lo largo de su vida(10,11). Se cree que una de las causas de que la calidad no sea adecuada en las mujeres de Archipel de edad igual o mayor a 65 años puede estar relacionado con el nivel de estudios, todas tienen solamente un nivel primario de escolaridad. Se considera que puede estar relacionado con la etapa que les tocó vivir a esta generación, en que eran mínimas las posibilidades para el estudio y la superación en nuestro país, y esto les ha pasado factura durante toda su vida(12,13). El grupo que presenta las condiciones más adversas en cuanto a niveles de alfabetismo es el de las mujeres rurales ancianas(14).

En la medida en que la persona mayor logre reconocimiento a partir de las relaciones sociales significativas, esta etapa será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social, que es lo que consideramos que pasa en las mujeres participantes de nuestro estudio. Si como se dijo la calidad de vida se relaciona estrechamente con la participación en el medio social, la posibilidad de tener una vida de calidad dependerá de que este sujeto se signifique y resignifique en su condición de "ser social" y no solamente en función de "abuela", "viuda", "enferma", y demás significantes que responden a la representación social predominante acerca de la vejez, la cual suele homologar vejez a enfermedad, incapacidad e improductividad.

Las implicaciones para los profesionales de enfermería son:

- Prevención primaria: Fomentar la actividad física, la nutrición equilibrada, la estimulación cognitiva y el desarrollo y el mantenimiento

de las redes sociales, y son fundamentales para lograr la independencia y mantener el estado de salud y la calidad de vida de las personas mayores.

-Prevención secundaria: Realizar un screening cada vez que la mujer mayor acuda al servicio de urgencia o a la atención primaria, a través del índice de Barthel, el objetivo de detectar aquellas mujeres mayores que son independientes y aquellas que están en riesgo de perder su independencia.

-Prevención terciaria: Realizar una valoración geriátrica (mediante la evaluación no solo de la situación funcional de estas mujeres sino también de la mental y la social).

### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Organización Mundial de la Salud. Repercusión mundial del envejecimiento en la Salud [documento en línea]. 2006 [citado 9 de ene 2007]. Disponible en:<http://www.who.int/features/qa/42/es/index.htm>
2. Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*. 1992;30(6):473-483.
3. Ware Jr J, Snow K, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston: The Health Institute, New England Medical Center Hospitals: Inc; 1993.
4. Ware JE, Gandek B. The SF-36 Health Survey: development and use in mental health research and the IQOLA Project. *International Journal of Mental Health*. 1994.
5. Rocabruno J, Prieto O. Envejecimiento de la Población Mundial. Un nuevo Desafío. *Gerontología Clínica*. 1992;45-61.
6. Manton KG, Vaupel JW. Survival after the age of 80 in the United States, Sweden, France, England, and Japan. *New England Journal of Medicine*. 1995;333(18):1232-1235.
7. Farquhar M. Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science & Medicine*. 1995;41(10):1439-1446.
8. Rubio Herrera R, Aleixandre Rico M, Cabezas Casado J. Estudio sobre la valoración de la calidad de vida en la población anciana andaluza. *Geriatrka*. 1997;13:271-281.
9. Rubio Herrera R, Aleixandre Rico M, Villaverde C, Cabezas Casado J, Castellón A. Calidad de vida y senectud, estudio comparativo en función del sexo. *Geriatrka*. 1997;13:383-388.
10. Alewijn O, Breteler M, Van Harskamp F, et al. Prevalencia de enfermedad de Alzheimer y demencia vascular. Asociación con la educación. El estudio Róterdam. *Rev BMJ*. 1995;2:15-18.
11. Coria F, Moreno A. Patología clínica y molecular del envejecimiento cerebral. *Revista de Neurología*. 1997;25:S14-S17.
12. Rafart JV, Tarrés MV. Promoción de la salud y estrategias preventivas en las personas mayores. *Medicine*. 1999;7(124):5803-5810.
13. Laporte ASJ, Escarcellé CJ, O'Callaghan AS, Tarrés MV. Protocolo de valoración geriátrica. *Medicine*. 1999;7(124):5829-5832.
14. Wong R, Espinoza M, Palloni A. Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. *Salud pública de México*. 2007;49:s436-s447.

**Mesa de Comunicaciones 23: Cuidados Materno - infantiles****Concurrent Session 23: Mother and children care****AUTORES/AUTHORS:**

MARIA TERESA GARCÍA GARCÍA, MIREN GOTZONE URTEAGA BARRERAS, NEUS JORBA GALDÓS, MIRARI BIKUÑA ZUGASTI

**TÍTULO/TITLE:**

Efectividad del parto acompañado y gestionado por la matrona versus parto hospitalario convencional: revisión sistemática

**Justificación:**

En los países con niveles de ingresos medios y altos, la sala de partos hospitalaria es el lugar que la mayoría de las mujeres en edad fértil utilizan para parir. En estas salas de parto hospitalarias, las intervenciones médicas rutinarias han ido incrementando, y esto ha generado dudas en relación a los beneficios, seguridad y riesgo que podrían suponer para las mujeres sanas<sup>1</sup>.

El modelo de cuidado que se brinda en la sala de parto hospitalaria y que es frecuente en todos los países desarrollados, es el "manejo activo del parto" (active management of labour), que incluye la participación de un obstetra responsable del proceso de parto, la atención de una matrona que presta cuidados durante el trabajo de parto y el uso rutinario de la rotura artificial de membranas y administración de oxitocina intravenosa<sup>2</sup>.

Sin embargo, existen otros modelos de cuidado, como el parto acompañado y gestionado por la matrona (midwifery led care) que tienden a ser menos prescriptivos y se fundan en el principio de dar a luz como un proceso normal y fisiológico. En este modelo, la matrona es, "en asociación con la mujer, el profesional de apoyo y quien tiene la responsabilidad de evaluar sus necesidades; la persona que en compañerismo con la mujer planifica su cuidado, la encargada de derivar a las mujeres que acompaña a otros profesionales si es necesario y el cuidado que ofrece está dirigido a cubrir la prestación de servicios en la maternidad<sup>2</sup>.

El modelo de cuidado acompañado y gestionado por la matrona, se puede llevar a cabo de forma extrahospitalaria (freestanding Midwife Led Unit) en centros de maternidad (birth centre), o bien dentro del hospital (alongside Midwifery Led Unit) como una unidad independiente pero cercana a sala de partos convencional. En estas unidades intrahospitalarias o centros de maternidad extrahospitalarios, la matrona ofrece cuidados a las mujeres con embarazos controlados y de bajo riesgo para el desarrollo de complicaciones y es quien posee la responsabilidad principal del cuidado de las mujeres<sup>3</sup>.

El Sistema Sanitario español, es un sistema público de carácter universal y solidario en el cual la atención del parto es casi exclusivamente hospitalaria y basada mayoritariamente en el modelo de 'manejo activo del parto'. No se han encontrado experiencias de hospitales públicos o privados que ofrezcan servicios de atención al parto en el domicilio y apenas hay centros extrahospitalarios específicos para el nacimiento<sup>4</sup>.

No obstante, en otros países desarrollados, existen otras políticas sanitarias que ofrecen a las mujeres la oportunidad de elegir acerca del modelo de cuidado y por tanto del lugar para el parto. A modo de ejemplo, el Reino Unido, dispone de salas de parto hospitalarias convencionales, unidades intrahospitalarias gestionadas por matronas (alongside Midwife Led Unit), centros de maternidad extrahospitalarios (freestanding Midwife Led Unit), y servicios de partos a domicilio acompañados por la matrona todos ellos dentro de la red sanitaria pública. El desarrollo de esta política sanitaria ha llevado a la introducción de más trabajadores, de médicos de alto nivel que participa en el cuidado de las mujeres, y al desarrollo de la profesión de matronas devolviéndoles las actividades que a menudo los médicos en formación realizaban<sup>5</sup>.

Dado a las distintas políticas sanitarias existentes en relación al cuidado que se brinda a las mujeres gestantes en los distintos países desarrollados, se cree que es necesario el conocimiento respaldado por la mejor evidencia científica acerca de la seguridad materna y neonatal de los distintos modelos de cuidado y lugares para el nacimiento, para poder así informar a las mujeres gestantes de forma adecuada como también poder abrir otros campos de actuación de la matrona dirigidos a un parto seguro.

El objetivo de este trabajo, es recoger la mejor evidencia disponible acerca de los resultados maternos y neonatales de los partos acompañados por la matrona en el domicilio, centros de maternidad extrahospitalarios, unidades gestionadas por matronas intrahospitalarias, en relación a los partos realizados en sala de partos hospitalaria convencional, para poder brindar a las mujeres una información y un cuidado de calidad. Para ello se pretende realizar una revisión sistemática.



Metodología: búsqueda bibliográfica según los criterios acordados por el grupo de trabajo en las bases de datos bibliográficas electrónicas: Pubmed, Embase (1980-2014), Cochrane Controlled Trials Register, Cochrane Plus y Cinahl.

Búsqueda con descriptores Mesh y palabras de texto en combinación con booleanos AND y OR. Búsqueda con texto libre. Se emplean filtros de idioma: inglés francés y español y se incluyen los estudios de los últimos 20 años. Búsqueda manual de las referencias de los artículos incluidos. Revisión de tesis doctorales acerca del parto acompañado y gestionado por la matrona. Se contacta con 1 experto documentalista para la obtención de artículos a los que no se tiene acceso.

Palabras clave empleadas: home childbirth, birthing centers, nurse midwife, obstetric delivery.

Población de estudio: mujer gestante de bajo riesgo entre 37-42 semanas de gestación, nulípara o multípara que inicia el parto de forma espontánea. Mujer controlada durante el embarazo, y seguimiento postparto entre las 6 -8 semanas en países de la OCDE (Organización de Cooperación para el Desarrollo Económico, 2010) Los países que incluye son: Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Chile, Chequia, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Islandia, Irlanda, Israel, Italia, Japón, Korea del Sur, Luxemburgo, México, Holanda, Nueva Zelanda, Noruega, Polonia, Portugal, Eslovaquia, Eslovenia, España, Suecia, Suiza, Turquía, Reino Unido, y Estados Unidos.

Intervención que se evalúa: parto acompañado y gestionado por la matrona. La matrona interviene en el proceso de parto acompañando a la mujer, asistiéndole en el proceso de parto y tiene la autonomía de decidir acerca de las actuaciones pertinentes para la evolución favorable del proceso de parto. Engloba el parto a domicilio, en centros extrahospitalarios, unidades hospitalarias independientes a sala de partos convencional.

Intervención de comparación: parto en sala hospitalaria convencional, en la que el obstetra es el responsable principal del proceso del parto. La matrona interviene administrando cuidados con mayor o menor autonomía.

Identificación de estudios relevantes y criterios de selección: estudios en los que se incluyan el tipo de mujeres con la condición clínica definida anteriormente, que han tenido un seguimiento durante el puerperio de al menos 6 semanas. Se incluirán los estudios de revisiones sistemáticas, experimentales tipo ECA, estudios controlados no aleatorizados (cuasiexperimentales), estudios observacionales de cohortes prospectivos o retrospectivos, estudios transversales y estudios caso control.

Criterios de exclusión: estudios que incluyan partos realizados por profesional distinto a la matrona y/o obstetra-ginecólogo.

Variables de efecto primarias: maternas

Tipo de parto: eutócico, instrumental, cesárea

Analgesia epidural o no durante el trabajo de parto y parto

Estimulación del parto con oxitocina

Episiotomía

Hemorragia postparto

Morbilidad materna grave: ruptura uterina, ingreso en UCI, septicemia

Mortalidad materna

Derivaciones a un hospital con sala de parto obstétrica intraparto o postparto

Variables de efecto primarias: neonatales

Puntuación de Apgar a los cinco minutos menos de 7

Lactancia materna a las 6 ó 8 semanas

Ingreso en UCI neonatal

Morbilidad perinatal grave: asfisia intraparto, encefalopatía neonatal, síndrome severo de distrés respiratorio u otras condiciones que amenazan la vida o son pronóstico de discapacidad a largo plazo.

Mortalidad perinatal

## Mortalidad neonatal

### Medidas de efecto secundarias:

Satisfacción materna y/o paterna con el tipo de cuidado intraparto, siendo la mayor categoría muy satisfecha.

Costes de partos dirigidos y gestionados por matronas versus realizados en sala de partos hospitalaria convencional

### Evaluación de la validez interna estudios seleccionados:

Se realizará por dos revisores del grupo, y se emplearán las guías elaboradas por Caspe (actualización 2010) para las revisiones sistemáticas, estudios experimentales ECA, estudios de cohortes y estudios de caso control.

Se determinará la concordancia interobservador Ps.

### Análisis de heterogeneidad entre los estudios primarios:

Se analizará si existe variabilidad estadística como de diseño entre los estudios incluidos, y por consiguiente, si es adecuado combinar los estudios y obtener una medida global de estimación del efecto. Si hubiera homogeneidad se procederá a la estimación del efecto de la intervención. En caso de heterogeneidad, se analizarán las causas.

### Resultados preliminares: desarrollo narrativo

El parto acompañado y gestionado por la matrona es más probable de ser eutócico, sin analgesia sin episiotomía y sin estimulación y más satisfactorio para la mujer pero tiene más probabilidad de traslado a sala de parto tradicional en nulíparas que multíparas (1RRSS, 1 cohortes)<sup>1,5</sup>. Algunos estudios evidencian un aumento de mortalidad neonatal, morbilidad perinatal y valores apgar 0 a los 5 minutos en partos acompañados y gestionados por matronas en partos a domicilio y partos en centros extrahospitalarios (1 cohortes retrospectivo)<sup>6</sup>. Otro estudio sin embargo, sostiene que los recién nacidos en hospitales tienen más probabilidad de ser derivados a UCI neonatal que los nacidos en centros extrahospitalarios o domicilio (cohortes)<sup>7</sup>. El ahorro de costes respecto al parto hospitalario convencional es de 466€ en domicilio, 160€ en centro materno extrahospitalario, y 165€ en unidad de matronas intrahospitalaria; el análisis de coste efectividad estratificado en nulíparas evidencia un aumento de riesgo perinatal en el domicilio (1 cohortes)<sup>5</sup>.

### Discusión:

Limitaciones: sesgo de idioma. Se ha evitado el sesgo de información en la extracción de datos ocultando autores y revista. Consideramos que los resultados podrían ser extrapolables a nuestro país porque las participantes de los estudios incluidos pertenecen a países que comparten nuestra cultura y etnicidad (RU, Nueva Zelanda, EEUU). Aplicabilidad para la práctica: se deberían promover nuevas políticas sanitarias en nuestro país que apoyen el desarrollo de partos acompañados y gestionados por matronas ya que en otros países (RU) la relación coste-efectividad es satisfactoria. Es necesario el desarrollo de estudios con mayor potencia estadística para evaluar el efecto neonatal.

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 8.
2. Begley C, Devane D, Clarke, M. An evaluation of midwifery-led care in the health service executive north eastern area: The report of the MidU study. 2009 Disponible en: <https://nursing-midwifery.tcd.ie/assets/publications/pdf/midu-report.pdf>
3. NCT Policy Briefing: Midwife-led units, community maternity units and birth centres. Última actualización nov 2011, disponible en: [www.nct.org.uk](http://www.nct.org.uk)

4. Parto a domicilio programado. Situación actual en los países desarrollados. Informe 6/2007 de la AETSA. Disponible en: [www.juntadeandalucia.es/salud/](http://www.juntadeandalucia.es/salud/)
5. Hollowell, J. Birthplace programme overview: background, component studies and summary of findings. Birthplace in England research programme. Final report part 1.2011. Disponible en: [www.npeu.ox.ac.uk/birthplace](http://www.npeu.ox.ac.uk/birthplace)
6. Grünebaum A, McCullough LB, Sapra KJ, Brent RL, Levene MI, Arabin B, Chervenak FA. Apgar score of 0 at 5 minutes and neonatal seizures or serious neurologic dysfunction in relation to birth setting. *Am J Obstet Gynecol.* 2013 Oct;209(4):323
7. Davis D, Baddock S, Pairman S, Hunter M, Benn C, Wilson D, et al. Planned place of birth in New Zealand: does it affect mode of birth and intervention rates among low-risk women?. *Birth* 2011 Jun;38(2):111-9.

**AUTORES/AUTHORS:**

Meltem Yildirim, Aysegul Dede, Aysenur Cetinkaya, Ozlem Garip, Selda Soyulu, Makbule Batmaz

**TÍTULO/TITLE:**

Which puppet looks like you?: The investigation of Hospital Related Fears in Children between 4-6 Years Old

**Background and Aim:** Children may have fears about social situations, medical interventions, animals, dangerous or unknown situations and death. Hospital related fears are mostly seen among preliminary school children and the main reason of this fear is related with being apart from the family, blood tests, staying in hospital for a long time, having a bad new about their health (Bloch and Toker, 2008). There is a challenge about knowing the exact content of feelings and fears of children. Especially among children aged between 4 to 6 years old, information about their hospital related fears is limited with the information given by their parents (Salmela et al. 2011). Therefore, more studies are needed to know more about hospital related fears of children. For having more consistent information, qualitative or semi-structured studies with children themselves are needed. In the literature research, we couldn't find any semi-structured study about hospital related fear of children in Turkey. Therefore the study was conducted to investigate the hospital related fears in children between 4-6 years old by using Puppet Interview method.

**Methods:** This cross-sectional descriptive study was conducted in four kindergarten of a municipality in Istanbul, Turkey between December 30th, 2013 and March 3rd, 2014. There were 200 children registered to the kindergartens and the sample of the study included 75 children who were in ages between 4 to 6 years, voluntary to participate in the study and whose parents gave a written consent. The data collected by using Parent Information Form and a semi-structured survey which was named Puppet Interview Questionnaire. The Parent Information Form was generated by the researchers and included 26 questions about parents' and child's demographic characteristics, child's past hospital experiences and attitude to medical procedures and hospital. The Puppet Interview Questionnaire was generated by researchers in accordance with The Berkeley Puppet Interview Method and the questionnaire included 20 negative and 20 positive sentences in 4 sub-sections which were hospital, doctor, nurse and injection. Each sub-section included 5 pairs of sentences. For example; in the hospital sub-section, the first sentence was "I am never afraid of hospitals" while the opposite sentence was "I'm always afraid of hospitals". During the puppet interview, two same teddy-bear puppets were used. A set up which represents a theater stage was placed in front two seats in a private quiet room. One child is invited to the room for a theater play and one researcher sat next to the child. Two researchers were standing behind the stage and made the puppets say the sentences in the Puppet Interview Questionnaire. After one pair of sentences said by the puppets, the observer next to the child asked the child "Which puppet looks like you?". The child's selection was noted to the Puppet Interview Questionnaire by a second observer standing out of sight in the room. The puppet who was saying the positive sentences was changed time to time to avoid child's tendency to select the brave/good puppet each time. The data evaluated by descriptive statistics, Independent Sample t-Test, One Way ANOVA and Pearson's Correlation analysis.

**Results:** Fifty-four point seven percent (n=41) of the children were girls. There wasn't any significant difference in hospital related fears in terms of gender of the children (p>0.05). Twenty-four perfect (n=18) of the children were hospitalized at least once and the ones who were hospitalized before stated more injection related fear than the children who don't have any hospitalization history (p<0.05). A positive and strong correlation was found between the doctor related fear and the number of child's previous hospitalization (r=0.685, p=0.002). Sixty-nine point three percent (n=52) of the parents stated that their child cries a bit when s/he is brought to hospital but generally obeys the rules and directives. The children whose parents said s/he doesn't cry in hospital stated less hospital related fears in comparison with the children whose parents said s/he frequently cries in hospital (p<0.05). Ninety point seven percent (n=68) of the parents stated that; to punish or stop child's mischievous behaviors, they say that they will bring the child

to hospital for injections. The parents who scare their child in this way also stated that, as a response to this threat; 30.9% (n=21) of the children start to shout and feel anxious/panicked, while 27.9% (n=19) don't give any feedback, 25% (n=17) stop mischievous behaviors and 14.7% (n=11) start to cry.

Discussion: There are certain amounts of research findings in the literature about children's anxiety, however the findings related with children's hospital related fears, especially qualitative and/or semi-structured studies are limited. In the study of Rae and colleagues (1989), hospital related fears were investigated with four groups which were; therapeutic playing, distractive playing, verbal support and control group. They have found that expressed hospital related fears of therapeutic playing group were decreased. In the semi-structured study of Coyne (2006), it was found that the main hospital related fears of children were caused by being away from their parents, staying in an unknown environment, investigations and treatments, and loses of free-will. Salmela and colleagues (2009) were found that, more than 90% of 4-6 years old children were scared of at least one fact in hospital. The mostly seen fear related facts were found nursing interventions, being a patient, staying in an unknown environment, lack of information. In the present semi-structured study; consistent results were obtained for investigation of hospital related fears in preschooler children by using Puppet Interview. It can be said that past hospital experiences in children are important predictors on hospital related fears. In parallel with findings of Salmela and colleagues's (2009); it can be said that the children's past hospital experiences may include fears related with nursing interventions, staying in an unknown environment and lack of information. Besides as most of the parents in this sample scares their child with injections to stop his/her mischievous behaviors, the bases of hospital related fears could turn into real experiences in the first hospitalization. Therefore health professionals in pediatric units should provide a positive, explanatory and reliable care to children in hospital to avoid hospital related fears.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Salmela M, Aronen ET, Salanterä S (2011) The experience of hospital-related fears of 4- to 6- year-old children. *Child Care Health Dev.* Sep;37(5):719-726.
2. Salmela M, Salanterä S, Aronen E (2009) Child-reported hospital fears in 4 to 6-year-old children. *Pediatr Nurs*, Sep-Oct;35(5):269-276, 303.
3. Coyne I (2006) Children's experiences of hospitalization. *J Child Health Care*, Dec;10(4):326-336.
4. Rae WA, Worchel FF, Upchurch J, Sanner JH, Daniel CA (1989) The psychosocial impact of play on hospitalized children. *J Pediatr Psychol*, Dec;14(4):617-627.
5. Bloch YH, Toker A (2008) Doctor, is my Teddy Bear Okay? The "Teddy Bear Hospital" as a Method to Reduce Children's Fear of Hospitalization. *IMAJ*, 10:597-599.

**AUTORES/AUTHORS:**

Concepción Vellido González, Pilar González Carrión, Alicia Vellido González, Isabel María Morales Gil.

**TÍTULO/TITLE:**

Perfil de las cuidadoras de niños con problemas complejos de salud.

**Objetivo:** Identificar el perfil de las cuidadoras en la población pediátrica y conocer el apoyo social percibido.

**Método:** Estudio descriptivo de las cuidadoras atendidas por la enfermera gestora de casos en el Centro Materno Infantil del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

El tamaño de la muestra fueron 51 cuidadoras de los pacientes atendidos por la enfermera gestora de casos hospitalaria (EGCH), desde enero 2012 a marzo del 2013. La inclusión de paciente y cuidadora en el estudio fue secuencial, a medida que iban siendo incluidos como casos nuevos en la cartera de servicios de la EGCH.

Para la recogida de datos de las cuidadoras, se utilizaron los detallados en la entrevista de valoración del paciente y la cuidadora, registrados en el módulo de cuidados de la historia informática del paciente.

Las variables estudiadas fueron: Sexo y edad cuidador, apoyo social percibido (DUKEN- UNC), tipo de familia (nuclear, monoparental, extensa), número de hermanos, (diferenciándose los menores de 6 años), existencia de otras cargas familiares, tiempo de cuidadora en meses y diagnóstico médico.

**Resultados:** Los aspectos que integran el perfil de las cuidadoras en la población pediátrica son los siguientes:

Las cuidadoras en la población pediátrica son principalmente en un 84% mujeres. La edad media de estos cuidadores es de 35,33 años, situándose la moda en 38 años. En la familia conviven el matrimonio y los hijos en un 84,6%. El 50% de las familias tiene 2 hijos y en un 26% el hijo enfermo es el único. De las 51 familias que han participado 17 (32,7%) tienen un hijo menor de 6 años. Esta situación familiar aumenta la carga para los padres por ser también dependiente para su autocuidado. El tiempo medio dedicado al cuidado del hijo con problemas de salud es de 24,1 meses, con una desviación típica de 46,7. En un 92,3% no existen otras exigencias de cuidados de personas adultas dependientes, y en un 5,8% existen la exigencia de cuidar también a una persona mayor dependiente. El apoyo social percibido ha sido analizado mediante el cuestionario Duke –Unc y observamos apoyo social percibido normal en el 82%.

Los diagnósticos médicos con mayor incidencia presentados en los hijos de estas cuidadoras son los asociados con el sistema nervioso (20 casos), problemas oncológicos (5 casos), o los derivados de la prematuridad (5 casos).

**Discusión:** De los datos del estudio se desprende que las cuidadoras en la población pediátrica son principalmente mujeres en un 84%, coincidiendo con otros estudios en cuidadoras 1, 2, 3, 4, 5, 6,7.

El tiempo medio dedicado al cuidado de estos hijos con problemas de salud es de 24,1 meses, tiempo considerablemente bajo si lo comparamos con los datos aportados por Alcarria-Rozalén,<sup>8</sup> que lo sitúa en una media de 3-4 años. Podemos explicar este hecho porque el momento en que entran las cuidadoras a participar en este estudio, se encuentran en la fase inicial de diagnóstico del proceso de enfermedad del hijo.

La mayor supervivencia de la población pediátrica con enfermedades crónicas y discapacitantes ha dado lugar a que la madre asuma el cuidado contando con la colaboración del padre y los hermanos siempre que tengan capacidad para desempeñar este cuidado. Hay que destacar en las cuidadoras que han colaborado en este estudio que actualmente no tienen otras cargas de cuidados, porque aún se encuentran fuera de esa franja de edad de la cuidadora que Calvente<sup>9</sup>, denomina "Generación-Sándwich". Pero es un factor coyuntural que incidirá posteriormente si el cuidado de estos niños se prolonga durante toda la vida.

El cuidado requiere el hacer compatibles sus exigencias con la vida laboral y esto puede resultar complicado si la persona que cuida no cuenta con colaboración y el apoyo de personas de su entorno social próximo. Según nuestros resultados las madres que cuidan de algún hijo con problemas crónicos de salud cuentan con apoyo, diferenciándose así de otros estudios realizados con cuidadoras

de adultos dependientes donde se pone de manifiesto la soledad del cuidador principal.10, 11,12

Podemos definir a las cuidadoras de la población pediátrica como mujeres, con una edad media de 35, 33 años, pertenecientes a familias constituidas por la pareja y dos hijos, principalmente, con una dedicación al cuidado de de 24,1 meses, si bien este es un factor circunstancial, y sin otra cargas de cuidados. Estas cuidadoras cuentan con la ayuda y participación de otros familiares. Implicación para la práctica: En el desarrollo de la labor de cuidar, la mujer asume distintos roles y lo realiza simultaneando estos con el trabajo fuera y dentro del hogar. La responsabilidad de compatibilizar todas estas responsabilidades repercute en la calidad de vida de la cuidadora. Conocer mejor la realidad de estas cuidadoras permite abordaje personalizado por parte de los profesionales sanitarios.

### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía:

1. García Calvente MM, del Rio M, Eguiguren AP. Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud. Inguruak. 2007; 44: 291-308.
2. La Parra D. contribución de las mujeres y hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales. Gaceta Sanitaria. 2001; 15:498-505.
3. Domínguez-Alcón C. Construyendo el equilibrio. Mujeres, trabajo y calidad de vida. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001.
4. Instituto de la Mujer. Estudio sobre las condiciones de la vida familiar y la vida laboral: situación actual, necesidades y demandas. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales [en internet]. 2005 [Consultado 10 Junio 2012] Disponible en: [http://www.mtas.es/mujer/mujeres/estud\\_inves/Estudio%20conciliacion.pdf](http://www.mtas.es/mujer/mujeres/estud_inves/Estudio%20conciliacion.pdf)
5. García Calvente MM, Mateo Rodríguez I, Maroto Navarro G. Impacto del cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gaceta Sanitaria 2004; 18 (Supl 2):83-92.
6. Mateo I y cols. Cuidadores familiares de personas con enfermedades neurodegenerativas: perfil, aportaciones e impacto de cuidar. Atención Primaria.2000; 26(3): 25-34.
7. Duran MA. Los costes invisibles de la enfermedad. 2ª edición. Bilbao: fundación BBVA. 2002.
8. Alcarria Rozalén A, Alfaro Espín A, Barnés Martínez A, Candel Parra E, Delicado Useros MV, García Alcaraz F, Ortega Martínez C. Las cuidadoras. En: Delicado Usero MV. Sin respiro Cuidadoras familiares: calidad de vida, repercusión de los cuidados y apoyos recibidos. 1ª edición. Madrid: Talasa. 2011; 17-135.
9. García Calvente MM, Mateo Rodríguez I, Gutiérrez Cuadra P. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Publica e Instituto Andaluz de la mujer; 1999.
10. Bermejo Pareja F, Rivera Navarro J, Trincado R, Olazarán Rodríguez FJ, Fernández C, Gabriel Sánchez R. Aspectos del cuidado sociofamiliar al paciente con demencia. Datos de un estudio poblacional en dos zonas de Madrid. Revista de gerontología1997; 7(2): 92-99.
11. Prescop KL., Dodge HH, Morycz RK, Schulz R M, Ganguli M. Elders with dementia living in the community with and without caregivers: an epidemiological study. International Psychogeriatrics.1999; 11(03): 235-250.
12. Duran MA. Informe sobre el impacto social de los enfermos dependientes por ictus, informe ISEDIC; Madrid, 2004.

**AUTORES/AUTHORS:**

Luis Miguel Ferreira, Célia Santos, Filipe Pereira

**TÍTULO/TITLE:**

Women adaptation to breast cancer: the construction process of a measuring instrument, sensitive to nursing care

**Introduction:** Breast cancer is within the context of chronic illness which presupposes a prolongation in time, implying the need for managing changes that can occur, since diagnosis, through the treatment, and even the survival phase. Monitoring adaptation of patients along this health/illness transition, using indicators sensitive to nursing care, will enhance the delineation of effective and efficient nursing therapeutics, with repercussions on patient care improvements. It is noteworthy that there are instruments that measure different adaptation variables (eg. quality of life, coping strategies), but there isn't a scale focused on the outcome, that measures the adaptation.

**Goal:** The present study aimed to describe the construction process and to ensure the content validity of a scale that evaluates the adaptation of women with breast cancer, which is sensitive to nursing care.

**Methodology:** The following methodology approaches were used: exploratory, qualitative and quantitative. The construction process took place over six stages: literature review, interviews with patients with breast cancer who belong to a self-help group, selection of outcome indicators sensitive to nursing care, as described in NOC (Nursing Outcomes Classification), critical reading of the NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) and NOC classifications connections, consultation of a panel of experts and, finally, a survey on the National Institutes of Oncology in Portugal.

**Results:** The result of this study culminated in a scale called "scale of women adaptation to breast cancer," that consists of 35 outcome indicators, sensitive to nursing care.

**Discussion:** The scale developed integrates eighteen result areas, sensitive to nursing care. Throughout the course of construction of the scale observes the specificity and multidimensionality of the construct "adaptation", corroborated also by the emerging fields based on the codification of NOC. The domains called results as classified, are specified in 35 items that match the outcome indicators and which constitute as the core form. The instrument can be a contribution to clinical utility, allowing the nurse to monitor the outcome of the adaptation process, through the identification of outcome indicators that point to a lower level of adaptation, which will lead to the prescription of a nursing intervention.

**Conclusion:** Before the diagnosis of breast cancer, a new referential of life emerges, with various intervening variables that interfere in the adaptive process. The process of adaptation to illness situation involves developing skills and monitoring resources to rebuild the balance. A scale that assesses the adaptation to this disease situation that is sensitive to nursing care will enhance the monitoring of the adaptation process outcome, allowing nurses to plan adequate therapeutics, promoting the well-being of the patients and minimize their suffering.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Antoni, M. H. (2013). Psychosocial intervention effects on adaptation, disease course and biobehavioral processes in cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*, p. S88 S98.
- Basto, M. (2009). Investigation on nursing care and the construction of discipline. *Thinking Nursing*, 13(2), pp. 11-18.
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer - Coping or personal transition? *Psycho-Oncology*, 10, pp. 1-18.
- International Council of Nurses. (2007). *ICN Position Statement on Nursing Research*. Geneva: ICN.
- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Maas, M., & Swanson, E. (2006). *Connections between NANDA, NOC and NIC Diagnosis, outcomes and nursing interventions (2ª ed.)*. Porto Alegre: Artmed.



- Meleis, A. (2010). *Transitions theory*. New York: Springer Publishing Company.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2010). *NOC Nursing Outcomes Classification (4ª ed.)*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- OE. (2012). *Quality Standards in Nursing Conceptual Framework Descriptive Utterances*. Lisbon: The Order of Nurses.
- Roy, C., & Andrews, H. (2001). *Theory of Nursing. The Roy Adaptation Model*. Lisbon: The Piaget Institute.
- Simonet, G. (2010). The concept of adaptation: interdisciplinary scope and involvement in climate change. *S.A.P.I.E.N.S.*, 3(1), 1-9.
- Vieira, M. (2009). *Being Nurse (2 ed.)*. Lisbon: Catholic University Publishing Co., Ltd.
- Villoria, M. (2002). *Relationship between perception of control and adaptation to the disease in patients with breast cancer*. PhD thesis. Autonomous University of Barcelona. Department of Psychology and Education.

**AUTORES/AUTHORS:**

Ana Fernández Feito, Ricardo Felipe Baldonado Cernuda, María González García, María Pilar Mosteiro Díaz

**TÍTULO/TITLE:**

Intervención enfermera en sentimientos de ansiedad ante una mamografía de screening

**Objetivo**

Analizar el impacto de una intervención enfermera informativa sobre los sentimientos relacionados con la ansiedad en mujeres que realizan una mamografía de screening en el Principado de Asturias.

**Métodos**

Se diseñó un estudio experimental randomizado en mujeres entre 50 y 69 años que realizaron una mamografía de screening. La población diana del programa de detección precoz de cáncer de mama (PDPCM) fue de 8,781 mujeres. Se seleccionó una muestra de 436 participantes, asignadas de forma aleatoria al grupo control (n=205) o grupo experimental (n=231). La intervención desarrollada consistió en proporcionar información sobre el PDPCM y la mamografía, apoyando a las mujeres durante la prueba. La variable resultado fue el estado de ansiedad, analizado mediante el inventario de ansiedad estado-rasgo de Spielberger (STAI), por ítems y puntuación total. Se analizaron variables sociodemográficas (edad, estado civil...) relacionadas con los antecedentes de salud (patología mamaria, antecedentes familiares de cáncer...) y sobre su experiencia previa durante la mamografía (número de mamografías, dolor esperado...) Se utilizó el test de Chi-Cuadrado en la comparación entre grupos (control y experimental) y una regresión logística para evaluar el efecto de la intervención sobre la ansiedad estado.

**Resultados**

En la valoración de los componentes del test STAI, se observó que la intervención mejoró significativamente los ítems: "Me siento calmada" (p=0,001), "Me siento cómoda, estoy a gusto" (p<0,001), "Me siento confortable" (p<0,001), "Me siento nerviosa" (p=0,02) y "En este momento, me siento bien" (p=0,01). En el grupo experimental, la probabilidad de tener ansiedad antes de realizar la mamografía (ansiedad estado) disminuyó en un 65%, tras ajustar por variables sociodemográficas y factores de confusión (OR: 0.35, IC 95%: 0.21-0.59).

**Discusión**

Realizar una mamografía puede implicar cierto impacto psicológico o emocional, ya que algunas mujeres experimentan miedo, ansiedad o preocupación respecto a los resultados (1,2). La intervención ha permitido que las mujeres estuviesen más tranquilas y cómodas. Esta estrategia disminuyó la ansiedad ante la prueba, con resultados similares a estas intervenciones en mujeres ante una mamografía de seguimiento tras un cáncer de mama (3). Estos resultados son relevantes porque pueden contribuir a una mejor vivencia de la prueba y esto puede repercutir en la permanencia en el PDPCM (1).

**Implicaciones para la práctica clínica**

La intervención enfermera propuesta es sencilla y factible, mejorando la experiencia en términos de ansiedad ante una mamografía dentro del PDPCM.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:****Bibliografía**

1. Consedine NS, Magai C, Krivoshekova YS, Ryzewicz L, Neugut AI. Fear, anxiety, worry, and breast cancer screening behavior: a critical review. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2004; 13(4):501-10.
2. Brett J, Bankhead C, Henderson B, Watson E, Austoker J. The psychological impact of mammographic screening. A systematic review. *Psychooncology.* 2005; 14(11):917-38.

3. Caruso A, Efficace F, Parrilla A, Angelone L, Ferranti F, Grandinetti ML. Pain and anxiety related to mammography in breast cancer patients. Psychological evaluation in an experimental study. Radiol Med. 2001; 102(5-6):335-9. Italian

**AUTORES/AUTHORS:**

carolina lopez lapeyrere, Montserrat Solis Muñoz, María Cruz Serrano Palacio, Rita Salvador Lopez, Noelia Serna Gomez, Ana Tejada Esteban, María Francisca Perez Garcia, Monica Martin Madrigal, María Teresa Martinez Diaz

**TÍTULO/TITLE:**

Análisis del dolor perineal a corto plazo tras parto eutócico con sutura perineal comparando tres técnicas distintas. Re

**OBJETIVOS:****Principal**

Evaluar la eficacia de la técnica de sutura continua comparada con las técnicas de sutura interrumpida-discontinua, en la mejora del dolor perineal a corto plazo en las mujeres en las que ha sido preciso reparar el trauma perineal, secundario a episiotomías o desgarros de 2º grado.

**Secundarios**

Evaluar la eficacia de la técnica de sutura continua comparada con las técnicas de sutura interrumpida-discontinua, en la recuperación del periné y su proceso de cicatrización y en la mejora de la dispareunia a largo plazo.

**MATERIAL Y MÉTODO:**

Diseño: Ensayo clínico controlado aleatorizado a tres brazos, con ocultación del reparto.

Sujetos y ámbito estudio: mujeres con parto eutócico vaginal atendidas por matronas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario Puerta Hierro Majadahonda(HUPM) de Madrid. Criterios inclusión: gestantes a término, mayores de 18 años, con necesidad de episiotomía durante el parto o que presenten un desgarro de segundo grado y firma de consentimiento informado (CI). Criterios exclusión: mujeres que no entiendan el español, con signos de fibrosis, con lesión infecciosa en región genital, con desgarro de tercer o cuarto grado, parto instrumental, antecedentes de alteraciones del suelo pélvico, con dolor o disconfort en las relaciones sexuales previas a la gestación.

Tamaño muestral: 168 pacientes. Con la hipótesis de que en la escala EVA (dolor espontáneo a los 10 días) haya una diferencia mínima en favor del grupo de la sutura continua con respecto a los grupos de la sutura interrumpida de 1, con una desviación tipo de la medida de 2, para un valor alfa de 0,05 en una hipótesis bilateral y una potencia estadística del 80%, asumiendo una tasa de pérdida de seguimiento del 15%, el número de casos por grupo es de 56.

Aleatorización: En función de una lista de aleatorización, mediante programa generador de números pseudo-aleatorios. Ocultación reparto: se revelará mediante sobres opacos, numerados, sellados y correlativos, en el momento en que la gestante cumpla criterios de inclusión. Aleatorización a tres grupos: G1 sutura continua tres capas, G2 sutura interrumpida puntos sueltos en piel y G3 sutura interrumpida puntos intradérmicos invertidos.

Enmascaramiento: Este tipo de ensayo clínico no permite enmascarar al que realiza la intervención, pero se garantiza que la matrona que recoge los datos en paritorio y en planta no es la misma que la matrona que ha realizado la reparación perineal.

Procedimientos de captación y de estudio (sólo matronas): Captación en el paritorio. Se comprueba si existen criterios de exclusión. Confirmado que cumple criterios para participar, la matrona le informa del estudio, le proporciona la hoja de información del paciente (HIP) y el CI. Se coge el sobre correspondiente en orden correlativo y se abre cuando se verifica que tras el parto, la mujer tiene un desgarro de segundo grado o ha necesitado una episiotomía. La matrona que atiende el parto procede a realizar la sutura en función del grupo al que pertenece.

Seguimiento (sólo matronas): A corto plazo (durante hospitalización y a los 10 días del parto en el hospital). A medio plazo (hasta los 3 meses post-parto). A largo plazo (a los 6 meses post-parto).

Variable principal: dolor perineal 10 días post-parto. Otras variables: dolor perineal a las 2 y 48 horas post-parto; hielo y analgésicos; edema, hematoma, hiperemia, fibrosis, secreción y adherencia en periné. Instrumentos: Escalas EVA 0-10 (dolor) y REEDA (Rubor,

Edema, Equimosis, Descarga, Adherencia) que puntúa de 0 (el mejor estado del periné) al 15 (el peor estado del periné), partograma y otros. Estos parámetros se valoraron en el momento del parto, antes del alta, a los 10 días, a los 3 y 6 meses post-parto.

Análisis por tratamiento asignado. Significación estadística si  $p < 0,05$ .

#### RESULTADOS:

Se reclutaron 102 mujeres: 37 del G1, 27 del G2 y 38 del G3.

Fueron grupos homogéneos y comparables en las variables sociodemográficas, antecedentes clínicos y obstétricos, datos al ingreso y del parto. Nacionalidad española: 89% G1, 93% G2 y 87% G3.

Edad media (desviación estándar o DE): 34,3 (3,4) G1, 33,5 (4,3) G2, 34 (4) G3. IMC media (DE): 23,7 (4,6) G1, 21,9 (3,7) G2, 22,1 (2,9) G3. Sobrepeso: 22% G1, 19% G2 y 18% G3. Ganancia de peso durante embarazo media (DE): 12 (3,8) G1, 12,7 (3,3) G2, 13,5 (3,3) G3. Diabetes 8% G1, 0% G2 y 5% G3. Hipotiroidismo 8% G1, 11% G2 y 3% G3. Partos previos 38% G1, 26% G2 y 29% G3.

Trauma perineal previo 35% G1, 19% G2 y 26% G3.

Varices vulvares 0% G1, 4% G2 y 3% G3. Edema vulvar 11% G1, 15% G2 y 11% G3. Hematocrito bajo inferior al 36%: 24% G1, 26% G2 y 38% G3. Recibieron analgesia epidural 92% G1, 96% G2 y 89% G3. Horas dilatación mediana (mín-max): 7 (2-23) G1, 6 (4-12) G2, 7 (1-17) G3. Postura parto supino/litotomía: 97% G1, 96% G2 y 97% G3. Fiebre en paritorio: 2,7% G1, 3,7% G2 y 2,6% G3. Se realizó episiotomía vs desgarro 2º grado: 57% vs 43% G1, 63% vs 37% G2 y 71% vs 29% G3. Tiempo minutos expulsión media (DE): G1 84 (60), G2 95 (64), G3 85 (66). Peso del Recién Nacido (RN) gramos (g) media (DE): G1 3259 (459), G2 3373 (387), G3 3278 (345). Anestesia infiltrada: 11% G1, 4% G2 y 8% G3. Anestesia tópica: 3% G1, 11% G2 y 5% G3.

Se obtuvieron diferencias significativas ( $p < 0,001$ ) en la necesidad de suturas tipo 0, como era esperable, por el tipo de técnica empleada: 100% G1 precisó una única sutura; G2 requiere 74% una sutura, 26% dos; G3 necesitó 47% 1 sutura, 45% dos y 8% tres suturas.

En las 2 primeras horas postparto no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de asignación respecto a las variables estudiadas. REEDA media (mín-max): G1 0,5 (0-2), G2 0,6 (0-6), G3 0,9 (0-9). El estado del periné y el proceso de cicatrización estaba alterado en 35% G1, 33% G2, 37% G3. Dolor espontáneo en el periné media (mín-max): G1 0,4 (0-5), G2 0 (0-1), G3 0,9 (0-9). Dolor a la palpación en el periné mediana (mín-max): G1 0 (0-8), G2 0 (0-6), G3 0 (0-8). Usaron hielo para aplicación local en el periné: 19% G1, 37% G2, 26% G3. Necesitaron analgesia por dolor en periné: 0% G1, 4% G2, 6% G3. Necesitaron antibiótico intra o postparto: 24% G1, 22% G2, 18% G3. Presentaron fiebre ( $\geq 38$ ): 5% G1, 11% G2, 11% G3. Y febrícula (37,5-37,9): 3% G1, 0% G2, 11% G3. No se realizó la valoración al alta de 5 mujeres ( $n=97$ ).

Al alta no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de asignación respecto a las variables estudiadas. REEDA media (mín-max): G1 0,4 (0-2), G2 0,4 (0-6), G3 0,7 (0-5). El estado del periné y el proceso de cicatrización estaba alterado en 32% G1, 23% G2, 47% G3. Dolor espontáneo en el periné media (mín-max): G1 1,5 (0-7), G2 1,1 (0-6), G3 1,8 (0-8). Dolor a la palpación en el periné media (mín-max): G1 4,6 (0-9), G2 4,3 (0-8), G3 4,8 (0-8). Dolor en el periné al sentarse media (mín-max): G1 4,5 (0-8), G2 3,3 (0-7), G3 3,8 (0-10). Dolor en el periné al caminar media (mín-max): G1 2,7 (0-9), G2 2 (0-6), G3 2,2 (0-9). Dolor en el periné al orinar media (mín-max): G1 2,5 (0-8), G2 2 (0-7), G3 2,4 (0-10). Dolor en el periné en la cama media (mín-max): G1 3,4 (0-8), G2 3,1 (0-7), G3 2,9 (0-8). Dolor en el periné al hacer deposición media (mín-max): G1 2,3 (0-7), G2 1,9 (0-6), G3 3,2 (0-10). Usaron hielo para aplicación local en el periné las primeras 24 horas: 26% G1, 39% G2, 44% G3. Y las siguientes 24-48 horas: 0% G1, 18% G2, 21% G3. Necesitaron analgesia por dolor en periné las primeras 24 horas: 66% G1, 59% G2, 53% G3. Y las siguientes 24-48 horas: 40% G1, 58% G2, 36% G3. Presentaron fiebre ( $\geq 38$ ) las primeras 24 horas: 0% G1, 4% G2, 3% G3. Y las siguientes 24-48 horas: 0% G1, 4% G2, 0% G3.

A los días el estado del periné había mejorado en los tres grupos, sin objetivarse diferencias significativas. El dolor que

experimentaban al realizar actividades era inexistente o muy bajo, siendo la actividad que más molestias les provocaba la palpación de la zona perineal. En esta variable se detectaron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre los grupos de sutura continua vs discontinua respecto al dolor en la palpación del periné: 31% G1, 32% G2, 37% G3.

#### CONCLUSIONES /DISCUSIÓN:

El uso de suturas determina un gasto mayor en suturas tipo 0 en las técnicas discontinuas frente a continua. Aunque no hay diferencias significativas entre los grupos, se observa que las mujeres del grupo de sutura continua presentan un estado del periné mejor que las de los grupos de suturas discontinuas en puerperio inmediato. Al alta las que presentan mejor estado del periné son las del grupo de sutura discontinua con puntos sueltos. El dolor en el periné espontáneo o a la palpación es prácticamente inexistente en los tres grupos en el puerperio inmediato, porque las mujeres estaban bajo los efectos de la epidural, anestesia infiltrada o anestesia tópica. Por tanto, se puede afirmar que las mujeres estaban bien controladas en relación a la variable dolor en la zona del periné. Tampoco hubo diferencias entre los grupos al alta en relación al dolor en los distintos momentos medidos, aunque se objetiva que hay una cierta tendencia a puntuar más bajo en el dolor en periné en todas las actividades las mujeres del grupo de sutura discontinua con puntos sueltos. En general, las actividades que producen más dolor en el periné son a la palpación de la zona y al sentarse.

Aunque no hubo diferencias significativas, las mujeres del grupo de sutura continua requirieron menos hielo local que las mujeres de los grupos de sutura discontinua y además no necesitaron tomar analgésicos por dolor en la zona en el puerperio inmediato. Precisaron menos hielo las mujeres de sutura continua las primeras 24 horas y en las siguientes 24-48 horas. En cambio tomaron menos analgésicos las mujeres del grupo de sutura discontinua con puntos intradérmicos tanto las primeras 24 horas como las siguientes 24-48 horas. Las mujeres del grupo de sutura continua presentaron menor porcentaje de fiebre o febrícula que las de los grupos de suturas discontinuas en el puerperio inmediato, las primeras 24 horas y durante las 24-48 horas postparto. A los 10 días las mujeres habían experimentado mejoría en relación a la recuperación del periné y al dolor durante la realización de diferentes actividades. Se observaron diferencias en el dolor a la palpación entre las mujeres del grupo de sutura continua frente a discontinua.

#### APLICABILIDAD

Estos son los primeros resultados del ensayo a falta de terminar el tamaño muestral que es de 168 mujeres. Aunque a priori no hay diferencias significativas en el dolor a corto plazo queda el análisis del dolor y de la dispareunia a largo y medio plazo. Este ensayo ya ha propiciado un cambio en la práctica clínica en relación a las suturas en el servicio de paritorio el H.U.P.M., por un lado se realizan suturas continuas que antes no se realizaban por no conocerse la técnica, lo que ha supuesto un enriquecimiento a nivel profesional y por otro lado se han realizado cambios en el manejo de los tres grupos de sutura para minimizar el dolor, es decir en los tres grupos, G1G2yG3, la terminación de la capa vaginal se ha realizado en plano muscular para evitar anudar en la zona de mucosa de la horquilla vulvar y por ello probablemente tampoco obtengamos tanta deferencia de dolor entre grupos. En cuanto a las suturas discontinuas se aplican las técnicas de puntos invertidos subcutáneos también en otros desgarros (primer grado) y a nivel de puntos de piel se han dejado de realizar los puntos dobles llamados colchoneros. A nivel clínico, la puesta en marcha del ensayo probablemente haya disminuido la morbilidad asociada a la técnica de reparación del periné en nuestro centro hospitalario.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Kettle C, Hills RK, Ismail KMK. Suturas continuas versus interrumpidas para la reparación de la episiotomía o los desgarros de segundo grado (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.

Disponible en: <http://www.update-software.com>.

2. Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
3. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal. Guía Práctica OMS. Disponible en: [http://www.holistika.net/parto\\_natural/oms/cuidados\\_en\\_el\\_parto\\_normal.\\_guia\\_practica\\_oms.asp](http://www.holistika.net/parto_natural/oms/cuidados_en_el_parto_normal._guia_practica_oms.asp)
4. Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud. Dirección General Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo 2007. Disponible en: <http://www.matronasubeda.objectis.net/almacen/archivos/estrategia%20de%20atencion%20al%20parto%20normal.pdf>
5. Kindberg S et al. Postpartum perineal repair performed by midwives: a randomised trial comparing two suture techniques leaving the skin unsutured. BJOG. 2008;115(4):472-9.
6. Almeida SF, Riesco ML. Randomized controlled clinical trial on two perineal trauma suture techniques in normal delivery. Rev Lat Am Enfermagem. 2008 Mar-Apr; 16(2):272-9.
  
7. Morano S, Mistrangelo E, Pastorino D et al. A randomized comparison of suturing techniques for episiotomy and laceration repair after spontaneous vaginal birth. Journal of Minimally Invasive Gynecology 2006; 13(5): 457-62.
8. Valenzuela P, Saiz Puente M et al. Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second-degree perineal tears: a randomised controlled trial. BJOG 2009;116:436-41.
9. Gordon B, Mackrodt C, Fern E, et al. The Ipswich Childbirth Study: 1. A randomised evaluation of two stage postpartum perineal repair leaving the skin unsutured. Br J Obstet Gynaecol 1998; 105(4):435- 40
10. Oboro VO, A Tabowei, Loto OM, Bosah JO. Un estudio multicéntrico de evaluación de la reparación en dos capas de trauma perineal después del parto. J Obstet Gynecol. 2003;23(1):5-8.
11. Grant A, Gordon B, Mackrodat C, Fern E, Truesdale A, Ayers S, The Ipswich Childbirth Study; one years follow up of alternative methods used in perineal repair. BJOG. 2001; 108(1):34-40.

## Sesión de Comunicaciones Orales Breves VII

### Session of Oral Brief Presentations VII

#### AUTORES/AUTHORS:

María Isabel Buceta Toro, Cristina Díaz Pérez, Alberto Melián Ortíz, Hilario Hernández Ovejero, Raul Quintana Alonso, Eustasio Pérez Salido, Yolanda Díez García, Elías Martín Moreno, Daniel Muñoz Jiménez

#### TÍTULO/TITLE:

CONCORDANCIA ENTRE ALUMNOS Y PROFESORES EN LAS EVALUACIONES DE LOS TRABAJOS DE FIN DE GRADO

#### INTRODUCCIÓN

La educación pretende producir cambios en los sujetos, que se estimulan y desarrollan a través de un conjunto de actividades que se llevan a cabo durante el proceso educativo. A cualquier nivel educativo la evaluación es un elemento clave(1). Con la autoevaluación, se consigue mantener y suscitar la competencia profesional del alumno(2,3), que adquiere conocimientos, habilidades, destrezas, valores y actitudes que el profesor proyecta sobre él(1).

El Trabajo de Fin de Grado (TFG) es una herramienta para la adquisición de competencias de investigación, comunicación y presentación pública de proyectos; así como de integración de numerosos conocimientos y habilidades adquiridos en la formación de Grado. La evaluación del TFG se lleva a cabo por el tutor del mismo y por un tribunal tras defensa pública. Estimar el propio conocimiento de forma adecuada, sus carencias, límites y lagunas, forma parte de la dotación intelectual que formará parte del futuro enfermero(4).

#### OBJETIVOS

Conocer el grado de concordancia existente entre la calificación del TFG asignada por el tutor y la autoevaluación de los alumnos de una Facultad de Enfermería y Fisioterapia.

Describir el grado de dificultad percibido tanto por alumnos como por tutores en las diferentes partes de la realización del TFG.

#### METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el que la población de muestra estuvo compuesta por el conjunto de alumnos de 4º curso de Grado en Enfermería y Fisioterapia que depositaron en convocatoria ordinaria de 2014 sus TFG.

La recogida de datos se realizó a través de 2 cuestionarios autoadministrados para profesores y alumnos que recogieron las variables titulación, edad y sexo del alumno, tipo de estudio, temática, nivel de dificultad por apartados en escala Likert, autoevaluación por apartados y global.

Las variables cualitativas se describieron mediante sus frecuencias absolutas y relativas y las cuantitativas mediante la media o mediana y desviación estándar (DE) o rango intercuartílico (RI). Para medir la correlación lineal se empleó el índice Tau-B de Kendall y el índice Kappa para evaluar la concordancia. Para los contrastes se empleó la prueba T de Student para muestras relacionadas, tomando como nivel de significación  $\alpha=0,05$ .

#### RESULTADOS

Se encuestaron un total de 40 alumnos (29 de Enfermería y 11 de Fisioterapia). Fueron recibidas respuestas de todos los tutores de los trabajos analizados. Del total de alumnos, 33 fueron mujeres y 7 hombres, situándose la edad media en 23.3 años.

El 55% de los TFG se realizaron utilizando una metodología predominantemente cualitativa y el 45% restante utilizó metodología cuantitativa. En cuanto a la temática elegida por los alumnos, el área asistencial fue la predominante (67,5%), seguida de la educación para la salud (22,5%) y la ética y legislación (5%).

En cuanto al nivel de correlación entre las calificaciones, no se ha observado un resultado significativo entre las notas globales esperadas por los alumnos y las otorgadas por el tutor ( $p>0.05$ ).

Para el análisis de la concordancia se utilizó el índice Kappa, del que resultó un porcentaje de acuerdo del 27,5%, y un valor Kappa 0.03, dato que sugiere una tasa baja de concordancia.

La diferencia entre las puntuaciones globales y por apartados, según análisis mediante T de student para muestras relacionadas, no es estadísticamente significativa.

En la autoevaluación de los alumnos en función de las variables titulación y sexo, observamos que la nota media esperada por estudiantes de fisioterapia y enfermería (8,1 y 7.9 respectivamente) y entre hombres y mujeres, es muy similar (8,45 y 8,01 respectivamente).

Las mayores dificultades referidas por los alumnos residieron en el análisis de datos para la elaboración de los resultados de sus



TFG (un 57,5% de los alumnos refieren haber tenido “bastante dificultad” en este ítem del cuestionario). Seguidos de este punto, la búsqueda bibliográfica (47,5%), la metodología (35%) y la gestión del tiempo (30%) fueron puntos en los que los alumnos también encontraron “bastante dificultad”.

Respecto al trabajo del tutor, es en la metodología y en el análisis de datos en los apartados en los que más ayuda se ha brindado a los alumnos (20%).

#### DISCUSIÓN

Analizando los resultados expuestos y a partir de la discordancia encontrada entre las evaluaciones, nos surge la necesidad de suscitar intervenciones adecuadas que refuercen la autovaloración de los alumnos, favoreciendo así su capacidad crítica y su capacidad de razonamiento.

Se hace necesario reforzar la formación de los alumnos en investigación, principalmente en redacción de textos científicos, y en metodología de la investigación, puntos en los que mayor dificultad se ha encontrado. Además, potenciar la capacidad crítica de los alumnos facilitará el trabajo de búsqueda bibliográfica y su capacidad para gestionar el tiempo.

Estudiar las dificultades encontradas por los alumnos en la realización del TFG permite mejorar la formación de los mismos.

Conociendo sus necesidades formativas es posible emprender proyectos que faciliten el aprendizaje del proceso de investigación, necesario para la realización tanto del TFG, como de futuros proyectos profesionales.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Meneses Monroy A. El trabajo de fin de grado como evaluador de las competencias profesionales del enfermero generalista. [Tesis doctoral]. Madrid: Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia Y Podología, Universidad Complutense de Madrid; 2011.
2. Fitzgerald JT, Gruppen LD, White CB. The influence of task formats on the accuracy of Medical Students, Self-Assessments. Acad Med. 2000; 75:737-41.
3. Rees C, Shepherd M. Students and assessors, attitudes towards students, self-assessments of their personal and professional behaviours. Med Educ. 2005; 39:30-9.
4. Chamorro Rebollo E., Sendino Revuelta A., San José Valiente B. Concordancia entre alumnos y profesores en las puntuaciones de exámenes teóricos. Metas Enferm. 2007; 10(2):25-30

**AUTORES/AUTHORS:**

Manuela Martins, Julia Martinho, Luisa Andrade

**TÍTULO/TITLE:**

Percepción de los elementos de familias numerosas acerca de lo que consideran positivo o negativo en sus familias

**Introducción:**

Los hombres y las mujeres que tratan de equilibrar el trabajo y la vida familiar hoy en día se enfrentan a diversos retos. La comprensión de la mejor manera para hacer frente a esta multiplicidad es el desafío de la próxima década.

**Objetivos:** Conocer la percepción de los elementos de las familias numerosas en lo que consideran como positivo y negativo en sus familias.

**Métodos:** Estudio descriptivo exploratorio mixto utilizando el análisis SWOT.

**Muestra:** intencional no probabilístico (participantes 247 de la población estudiada). La selección de las familias numerosas en cada pueblo se tomó teniendo en cuenta la madre de estar vivo y en caso de igualdad en el número de niños, la elección recae sobre la familia con la madre con más edad asociada con el hecho de que la familia manifieste acuerdo en participar en el estudio.

**Variabes:** sexo, edad, roles en las familias numerosas, miembros de la familia, fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas.

**Instrumento:** Cuestionario de auto-reporte con 8 cuestiones (7 temas fijos y una alternativa). Al lado de cada pregunta tenía una explicación para: fuerza / debilidades / oportunidades / amenazas en las familias de acuerdo con la literatura.

**Procedimiento:** En 18 de mayo de 2014, en un tributo a las madres de familias numerosas de un municipio, fueron invitados a participar los elementos de estas familias contestando el cuestionario. Cada participante recibió un cuestionario.

**Análisis:** Estadística descriptivo con analices de Contenido.

**Resultados:** La variación en el número de hijos por pueblo se presentó entre 7 y 20. En este grupo el promedio de niños es de 13. De los 247 participantes (9,5 % son mujeres N=147). Los participantes tenían entre 10 y 87 años (M=48 años). Las preguntas tuvieron la siguiente distribución (Oportunidades 24,7% N= 61; Amenazas 26,3% N= 65; Debilidades 24,7% N=61; Fuerzas 24,35% N= 60). Papel de hijos en la familia (68.4%, N=169); nietos (19,4%,N = 48); madres (10.9%,N = 27) y los padres (1,2%, N=3). Las familias extensas están compuestas por más de 10 miembros (71,3%, N=176) entre 3 y 5 miembros (21,9%, N= 59) entre los 6 y 10 elementos (6,1%,N=15).

Las familias consideran:

**Oportunidades:** el amor, bienestar, el afecto, el matrimonio, la socialización, el aprendizaje y compartir armonía.

**Amenazas:** las políticas que no toman en cuenta el número de hijos, la falta de dinero, un montón de trabajo, bajo apoyo social, el poco empleo y gasto de energía.

Fuerzas: Unión, el respeto, el amor y la ayuda. Debilidades: dificultades financieras, diferentes ideas, confusión, dificultad en la educación.

Discusión: Los participantes expresaron fortalezas y oportunidades que difícilmente se pueden considerar externas teniendo en cuenta la definición dada anteriormente. La interpretación se centra en una visión interna centrada en las relaciones y la comunicación. A pesar de los problemas de incentivos y apoyo social a menudo se asientan en el número de niños este argumento no se promociona como una oportunidad. Las dificultades económicas y la falta de apoyo se les conocen como las amenazas que confirma lo que muchos estudios apuntan a la interfaz de selección de las familias a tener menos hijos hoy.

Implicaciones en la práctica clínica: La escasez de estudios con familias numerosas permite la redefinición de las intervenciones específicas con estas familias en términos de medidas sociales, políticas y de salud.

Palabras clave: Salud de la familia; percepción social.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Amato PR. The Impact of Family Formation Change on the Cognitive, Social, and Emotional Well-Being of the Next Generation. *The Future of Children*. 2005; 15( 2): 75-96.

Barnett RC, Gareis KC, & Brennan RT. Wives' Shift Work Schedules and Husbands' and Wives' Well-Being in Dual-Earner Couples with Children: A Within-Couple Analysis. *Journal of Family*. 2008; 29 (3): 396–422.

Cancian M, Reed D. Family structure, childbearing, and parental employment: Implications for the level and trend in poverty. *Focus*. 2009; 26(2):21-26

Casey L. Listening to Troubled Families. Department for Communities and Local Government, 2012.

Fagnani J. OECD/IFP Project on the "Future of Families to 2030": Work/Family Life Balance: Future Trends and Challenges. OCDE Publishing, 2011

Furstenberg Jr. FF. On a New Schedule: Transitions to Adulthood and Family Change. *Future of Children*. 2010; 20 (1): 67–87.

Freistadt J; Strohschein L. Family Structure Differences in Family Functioning Interactive Effects of Social Capital and Family Structure. *Journal of Family*. 2013; 34 ( 7): 952-974.

Lareau A, Wieninger E. Time, Work and Family Life: Reconceptualizing Gendered Time Patterns through the Case of Children's Organized Activities. *Sociological Forum*. 2008; 23(3): 419–54.

Lewis, S., Brannen J, Nilsen A. (eds.), 2010, *Work, Families and Organisations in Transition European perspectives*, The Policy Press.

McLanahan S, Beck AN. Parental Relationships in Fragile Families. *Future of Children*. 2010; 20 (2):8- 21.

McLanahan S, Garfinkel I, Mincy RB, Donahue E. *Fragile families: the future of children*. Princeton Brookings. 2010; 20(2):1-234.

Morgan SP. Thinking about Demographic Family Differences. In: Social Class and Changing Families in an Unequal America. Stanford University Press, 2011.

Van der Lippe, T., Jager, A., Kops, Y. Combination pressure: The paid work–family balance of men and women in European countries', *Acta Sociologica*. 2006; 49(3): 303–319.

Wall K. Leave policy models and the articulation of work and family in Europe: a comparative perspective. In: Moss P & Wall K., 2007, 'International Review of Leave Policies and Related Research 2007, Employment relations research series n°80, Department of Trade and Industry, UK government.

Wight V, Raley S, Bianchi SM. Time for Children, Spouse and Self among Parents Who Work Nonstandard Hours. *Social Forces*. 2008; 87 (1): 243–74.

**AUTORES/AUTHORS:**

Judith Roca Llobet, Olga Canet Velez, Carmina Oliver Ferrer, Silvia Costa, Antonia Arreciado Marañón, Dolores Bardallo Porras, Maria Consúl Giribet

**TÍTULO/TITLE:**

PRESENCIA Y DESARROLLO DEL PENSAMIENTO CRÍTICO-REFLEXIVO EN LA FORMACIÓN ENFERMERA

**OBJETIVOS****General**

Explorar la presencia de la competencia Pensamiento Crítico (CPC) en el currículum del Grado de Enfermería en universidades de Cataluña.

**Específicos**

- Identificar la CPC en los planes de estudio.
- Considerar la coherencia interna del proceso de enseñanza-aprendizaje planificado en relación al desarrollo de la CPC.

**MÉTODO**

Se presenta un estudio descriptivo, transversal y multicéntrico. Dada la finalidad del estudio los datos se obtienen de los planes de estudio del Grado de Enfermería de las universidades públicas y privadas de Cataluña del curso académico 2012-13.

Se seleccionó una muestra de 10 planes de estudio. Los criterios de inclusión fueron: la accesibilidad pública a las guías docentes a través de la web; titularidad tanto pública como privada; experiencia de más de una década; e inicio del Grado en el curso académico 2009- 2010.

Como instrumento de recogida de datos se diseñó una parrilla, en relación a:

- a) Titularidad del centro; número de asignaturas del currículum.
- b) Nº asignaturas que referencian la CPC o similar.
- c) Nº asignaturas con metodologías docentes y actividades evaluativas adecuadas al desarrollo de la CPC.
- d) Nº asignaturas que contemplan la CPC y tienen alineado todo el proceso en pro de su desarrollo.

Dada la naturaleza del estudio no se requirió consentimiento de ningún Comité Ético.

**RESULTADOS**

El análisis de los datos nos permite confirmar que la CPC está presente en todas las universidades, si bien, el número de asignaturas que la contemplan es desigual. La institución que incluye la competencia en más asignaturas lo hace en 29 y la que menos en 7. El número de asignaturas es solo un valor orientativo debido a que cada asignatura tiene diferente número de créditos, por ello, los créditos son un dato más específico.

Cabe recordar que el número de créditos totales del currículum en todas las universidades es de 240 Sistema Europeo de Transferencia de Créditos (ECTS). Así pues, respecto al número de ECTS de las asignaturas con presencia de la CPC, el máximo es de 228 ECTS (centro U4 es igual 95%) y el mínimo de 62 (centro U es igual 25,80%) ECTS. Resulta oportuno destacar que de las universidades exploradas la mitad tiene una presencia igual o inferior al 50% (U3=25,8%, U1=30%, U9=45,8%, U8=48,3%, U6=50%) y la otra mitad, evidentemente, superior (U2=61,25%, U7=71,25%, U5=87,5%, U8=92,5%, U4=95%).

Seis de los diez planes de estudios analizados además de contemplar la CPC explicitan actividades de enseñanza-aprendizaje así como su evaluación; lo que supone un 60% del total.

En este mismo sentido y acorde con la definición de alineación, que se considera como la disposición planificada y coherente con el logro competencial de la CPC en todos los elementos que configuran el proceso de enseñanza-aprendizaje; podemos observar que las asignaturas que contemplan la CPC y si su programación está alineada con la misma, los porcentajes son menores. Solo en una universidad existe un 100% de alineación, curiosamente es el centro U1 donde la presencia de la CPC era baja pero en las

asignaturas donde aparece está bien planificada para su desarrollo, y el centro con menos alineación es el U10 con un 14,2%. El resto de universidades respecto a la alineación es: U2=89,2%, U3=77,7%, U4=73,7%, U5=62%, U6=55%, U7=47,8%, U8=46,1% y U9=33,3%.

Sobre la base de estas consideraciones, se puede detallar que las asignaturas con presencia del CPC detallan y alinean en menor medida las actividades de enseñanza-aprendizaje y la evaluación vinculadas al desarrollo planificado de esta competencia.

## DISCUSIÓN

Existe un acuerdo cada vez más generalizado sobre la importancia de contemplar la CPC en el currículum de Enfermería, por su relación con formación de profesionales analíticos, críticos y participativos(1), la capacidad de las enfermeras para emitir el juicio clínico en su práctica profesional para una mayor calidad de los cuidados(2–5) y su vinculación con el proceso de atención de enfermería(6).

Los créditos ECTS destinados a desarrollar la CPC son insuficientes aunque en todos los planes de estudio está presente. Otro elemento a considerar es la manera como se pretende adquirir este logro competencial y con qué metodologías docentes. La bibliografía muestra diferentes metodologías docentes pero se debe ser prudente al considerar que el propio método es capaz de conseguir un desarrollo de pensamiento crítico(7–10).

No cabe duda que es para conseguir el desarrollo competencial todo los elementos del proceso de enseñanza deben estar alineados con este fin(11) e inmersos en un proceso de reorientación hacia un paradigma reflexivo y crítico (12,13). Hecha la observación los resultados muestran poca coherencia interna en los planes de estudios, parece dar a entender que si la presencia de la competencia en las asignaturas es elevada también se espera que las actividades de aprendizaje y su evaluación vayan en la misma línea. Pero la realidad es que en algunos centros se consigue una alineación muy baja.

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Carriles M, Oseguera J, Díaz Y, Gómez S. Efecto de una estrategia educativa participativa en el desarrollo del pensamiento crítico en estudiantes de enfermería. *Enfermería Glob.* 2012;26:136–45.
2. Da Silva, J, Almeida D. Raciocínio clínico e pensamento crítico. *Rev Latino-Am Enferm.* 2010;18(1):1–6.
3. Alfaro-LeFevre R. *Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería.* Barcelona: Elsevier; 2009.
4. Lunney M. *Razonamiento crítico para alcanzar resultados de salud positivos. Análisis y estudio de casos de enfermería.* Elsevier. Barcelona; 2011.
5. Zuriguel E, Lluch MT, Falcó A, Puig M, Moreno C, Roldán J. Critical thinking in nursing: Scoping review of the literature. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2014 May 12 [cited 2014 Jun 4];(ii):119–29. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24821020>
6. Falcó A. Estrategias de razonamiento y pensamiento crítico en los estudiantes de Enfermería. *Metas de Enferm.* 2009;12(9):68–72.
7. Waterkemper R, do Prado M. Estratégias de ensino-aprendizagem em cursos de graduação em Enfermagem. *Av.enferm.* 2011;XXIX(2):234–46.
8. Chan Z. A systematic review of critical thinking in nursing education. *Nurse Educ Today.* 2013;33:236– 240.
9. Crossetti M, Bittencourt G, Schaurich D, Tancini T, Antunes M. Estratégias de ensino das habilidades do pensamento crítico na enfermagem. 2009;30(4):732–41.
10. Roca J. *El desarrollo del Pensamiento Crítico a través de diferentes metodologías docentes en el Grado en Enfermería.* Tesis doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona; 2013.
11. Biggs J. *Calidad del aprendizaje universitario.* Madrid: Narcea; 2005.
12. Lipman M. *Pensamiento complejo y educación.* Madrid: Ediciones la Torre; 1998.

13. Waterkemper R, do Prado ML, Medina JLM, Reibnitz KS. Development of critical attitude in fundamentals of professional care discipline: a case study. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2014 Apr [cited 2014 Sep 13];34(4):581–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23968668>

**AUTORES/AUTHORS:**

Javier Iniesta Sánchez, M<sup>º</sup> José Terón Martínez, Ángeles del Rosario Sáez Soto, Juan José Rodríguez Mondéjar, Gloria Muñoz Pérez, Concepción Corbalán Dólera, Alfonso José Ruíz Sánchez, Máximo Culiañez Alenda, Ramón López Alegría

**TÍTULO/TITLE:**

Diagnósticos de riesgo: enfermería ante la seguridad del paciente

**Introducción**

La evaluación y monitorización de los cuidados de enfermería es una dinámica ampliamente implantada, pero infrecuentemente asociada a la taxonomía enfermera (NANDA, NOC, NIC), pese a que esta unifica criterios de nomenclatura y evaluación. Los diagnósticos enfermeros de riesgo resaltan el importante papel que juega enfermería en la seguridad del paciente, por ello, su identificación y emisión facilitan la planificación y ejecución de planes de cuidados adaptados a las necesidades del paciente, para disminuir la incidencia de efectos adversos que se pueden producir durante su hospitalización.

**Objetivo**

Analizar el nivel de cumplimiento de los indicadores relacionados con las etiquetas diagnósticas: "riesgo de caídas", "riesgo de deterioro de la integridad cutánea" y "riesgo de infección" en unidades de hospitalización.

**Método**

Estudio descriptivo de los indicadores de calidad de cuidados asociados a 3 etiquetas diagnósticas de riesgo, en pacientes ingresados en unidades médico-quirúrgicas de un hospital de nivel II durante el año 2013.

Se llevaron a cabo 3 cortes transversales en los meses de marzo, junio y octubre, con análisis de los registros de enfermería y observación directa del paciente. Se seleccionaron 10 casos de cada unidad para cada corte.

Los datos observacionales se recogieron en una planilla elaborada ad hoc. Los datos de registro se explotaron del aplicativo de historia clínica electrónica Selene®. Ambos se trasladaron a SPSS para su análisis.

Variables: valoración de riesgo, medidas de prevención, úlceras por presión, flebitis, extravasaciones, caídas. En el análisis de datos se muestran las variables cualitativas mediante frecuencias y porcentajes.

**Resultados**

La etiqueta diagnóstica "riesgo de caídas" presentó una valoración del riesgo para el 84 %, de los que tenían riesgo al 59% se les implementaron las actividades recogidas en la NIC "Prevención de Caídas". Se notificaron 84 caídas lo que supuso una incidencia del 0.8%.

"Riesgo de deterioro de la integridad cutánea": se valoró el riesgo en el 87% de los pacientes, implantándose las medidas de prevención en el 82%. La incidencia de UPP fue de 1%

"Riesgo de infección relacionado con dispositivo invasivo: catéter venoso" obtuvo un nivel de cumplimiento para la NIC

"mantenimiento del dispositivo venoso" del 87% en el catéter periférico y del 90% para catéteres centrales. No se observó ningún paciente con flebitis o extravasación.

**Dicusión**

Los diagnósticos de riesgo de la taxonomía Nanda-I constituyen una herramienta que identifican áreas de seguridad del paciente en las que la enfermera juega un papel fundamental en la planificación de cuidados para la prevención de eventos adversos.

Los resultados obtenidos para el riesgo de caídas se sitúa por debajo de las tasas publicadas en centros y unidades de similares características, alcanzando valores similares para el resto de indicadores y diagnósticos evaluados. Esta infranotificación de caídas se encuentra ampliamente documentada en la bibliografía sanitaria.

Al ser un estudio observacional no se encontraron caso de flebitis o extravasación en el momento de las evaluaciones, aunque se comprobó que si habían casos documentados en historia clínica, como motivo de cambio o retirada del catéter.



#### Conclusiones

1. Las enfermeras valoran el riesgo de los pacientes instaurando las medidas de prevención y cuidados, aunque estos varían en cumplimiento según la etiqueta de riesgo identificado.
2. La incidencia de eventos adversos relacionados con los diagnósticos de riesgo se encuentran por debajo de los estándares del servicio regional de salud.

#### Implicaciones para la práctica

Los diagnósticos de riesgo y las intervenciones de enfermería específicas derivadas de los mismos, suponen una herramienta que pone de manifiesto el papel que juegan los profesionales de enfermería en la seguridad del paciente.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto SENECA: informe técnico 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y política Social; 2009.

Herdman T.H. (2012) (Ed.). NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014. Barcelona: Elsevier.

Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 8ª edición. Masson. Barcelona 2008.

McCloskey DJ, Bulechek MG. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª ed. Madrid; Elsevier España, s.a 2006.

Morhead S, Johnson M, Maas M . Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier España, s.a; 2006.

McCloskey DJ, Maas M, Morhead S,.Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Madrid: Ediciones Harcourt, s.a; 2002.

**AUTORES/AUTHORS:**

RAÚL SOTO CÁMARA, MARÍA INMACULADA SANTAMARÍA CUESTA, MARÍA DEL ROSARIO PÉREZ CARRETERO, ANA BENITO JUSTEL, RICARDO MIGUEL BARREIRO

**TÍTULO/TITLE:**

¿ESTAN LAS ENFERMERAS CAPACITADAS LEGALMENTE PARA UTILIZAR LOS DESFIBRILADORES EXTERNOS SEMIAUTOMÁTICOS?

**INTRODUCCIÓN**

La fibrilación ventricular (FV) es el ritmo cardíaco que con mayor frecuencia se observa en las PCR extrahospitalarias en el adulto. La desfibrilación eléctrica temprana, tercer eslabón de la cadena de supervivencia, es la intervención que, independientemente de otros factores, más influye en la evolución y pronóstico de la víctima, debiéndose realizar durante los primeros 6-8 minutos, ya que por cada minuto de retraso en su aplicación disminuye en torno a un 7-10 % las probabilidades de éxito, de manera que después de 10 minutos las posibilidades de sobrevivir son prácticamente nulas.

El uso de desfibriladores externos semiautomáticos (DESA) por personal no sanitario previamente entrenado está suficientemente avalado por la comunidad científica internacional, al acortar los tiempos de respuesta, logrando que el intervalo activación del SEM-aplicación de la descarga sea inferior a 5 minutos.

En España, la legislación estatal establece que serán las Comunidades Autónomas las responsables de desarrollar los mecanismos necesarios para autorizar el uso del DESA a aquellas personas que tengan los conocimientos mínimos y básicos para ello; no existiendo una normativa común a todas ellas. Por ello, el objetivo del presente estudio es identificar en qué Comunidades Autónomas se considera a las enfermeras capacitadas para el uso del DESA, así como describir los requisitos mínimos necesarios para poder cualificarse en aquellas otras en las que no se les considera como tal.

**METODOLOGÍA**

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica estructurada de la legislación estatal y autonómica sobre el uso del DESA fuera del ámbito sanitario por parte de personal no médico, consultando para ello la versión electrónica del Boletín Oficial de Estado y de los Boletines Oficiales de las Comunidades Autónomas, durante los meses de marzo y abril de 2014.

**RESULTADOS**

En ninguna de las Comunidades Autónomas es obligatorio el uso del DESA, si bien en la mayoría de ellas recomienda su instalación en lugares concurridos, donde es más probable que pueda darse una PCR presenciada por testigos.

Andalucía, Aragón, Baleares, Cantabria, Canarias, Cataluña, Castilla-La Mancha, Castilla y León, La Rioja, Melilla y Navarra, algunas de ellas recientemente, contemplan en su legislación que las enfermeras están capacitadas para utilizar el DESA, dada su formación.

Por el contrario, en Asturias, Ceuta, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia y Murcia se excluye a las enfermeras de la utilización del DESA, siendo obligatorio recibir un curso de formación que les permita adquirir los conocimientos y habilidades necesarios para su uso. En Asturias, Ceuta y Murcia, la administración autonómica delega en otras entidades públicas o privadas la formación del personal; mientras que en Comunidad Valenciana, Extremadura y Galicia es la propia administración autonómica la que actúa como formadora y acreditadora de entidades públicas o privadas para la formación del personal durante un periodo determinado que oscila entre los 2 y los 5 años. En todas ellas, se diferencia un programa formativo inicial y una formación continua o de reciclaje, donde la parte práctica ocupa la mayor parte de la programación horaria del curso. Los cursos iniciales tienen una duración que oscila entre las 12 horas lectivas de Valencia ó Murcia y las 7,30 de Galicia, debiéndose renovar con una periodicidad

anual (Galicia, Murcia, Valencia) o bianual (Asturias, Ceuta, Extremadura); la duración de los cursos de reciclaje oscila entre las 7,30 horas lectivas de Galicia y las 3 de Asturias. La no renovación del curso supone la pérdida de la acreditación. Curiosamente, el docente de estos cursos puede ser cualquier instructor acreditado en SV, incluido I@s enfermer@s.

País Vasco considera que cualquier persona está capacitada para el uso del DESA, al estar integrado dentro de los protocolos de RCP básica y contar con el apoyo de los SEM con los que se contactará al inicio de las actuaciones.

Madrid no ha legislado nunca al respecto.

## DISCUSIÓN

Como consecuencia de la transferencia de las competencias en materia sanitaria a las Comunidades Autónomas, se ha dificultado la existencia de homogeneidad normativa en la prestación de servicios así como en la forma que éstos se ofertan a la población. En el caso concreto del DESA, cada Comunidad Autónoma ha establecido sus propios Decretos para regularlo, en función de aspectos políticos, económicos u organizativos, existiendo una clara incoherencia en cuanto a si I@s enfermer@s están o no están capacitad@s para su uso.

Resulta paradójico que I@s enfermer@s de Asturias, Ceuta, Valencia, Extremadura, Galicia y Murcia estén capacitad@s para el manejo del desfibrilador manual, que precisa de una configuración previa; y, sin embargo, el DESA, diseñado para ser utilizado por personal no especializado, requiera de un curso específico de formación... ..O que cualquier persona cuya profesión no sea sanitaria, pero que haya recibido el programa formativo, se encuentre más capacitado, a nivel legal, que I@s enfermer@s que no lo hayan realizado.

Además, esta situación puede crear un dilema ético en est@s enfermer@s, ya que a pesar de que disponen de los recursos y conocimientos necesarios para usar el DESA, legalmente no están capacitad@s.

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Ministerio de Sanidad y Política Social. Desfibrilación semiautomática en España. Informe. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2007.
- Normas legislativas: Real Decreto 365/2009 (BOE nº 80, 02-04-2009), Decreto 137/2008 (BO Islas Baleares nº 178, 20-12-2008), Decreto 54/2008 (BO Aragón nº 44, 16-04-2008), Decreto 8/2007 (BO País Vasco nº 30, 12-02-2007), Decreto 9/2008 (BO Castilla y León nº 25, 06-02-2008), Decreto 9/2009 (DO Castilla La Mancha nº 30, 13-02-2009), Orden SAN/1/2009 (BO Cantabria nº 15, 13-01-2009), Decreto 225/2005 (BO Canarias nº 247, 20-12-2005), Decreto 48/2008 (BO La Rioja nº 103, 04-08-2008), Decreto 22/2012 (BO Junta de Andalucía nº 46, 07-03-2012), Decreto foral 176/2011 (BO Navarra nº 187, 21-09-2011), Decreto 151/2012 (DO Generalidad de Cataluña nº 6259, 22-11-2012), Decreto 220/2007 (DO Generalitat Valenciana nº 5633, 06-11-2007), Decreto 24/2006 (BO Principado de Asturias nº 81, 07-04-2006), Decreto 349/2007 (BO Región de Murcia nº 263, 14-11-2007), Decreto 99/2005 (DO Galicia nº 87, 06-05-2005), Decreto 10/2008 (DO Extremadura nº 22, 01-02-2008), Decreto 1903/2009 (BO Melilla nº 4625, 14-07-09), Decreto 2176/2009 (BO Ciudad de Ceuta nº 4871, 06/808/2009).
- Socorro Santana F. Pasado, presente y futuro de los desfibriladores externos automáticos para su uso por no profesionales. Emergencias. 2012; 24(1): 50-58.

**AUTORES/AUTHORS:**

ROSA PRAT SALA, CONCEPCIO FUENTES PUMAROLA

**TÍTULO/TITLE:**

La responsabilidad enfermera en la realización del electrocardiograma para una atención equitativa al paciente

**Introducción**

El Consejo de la Unión Europea (UE) en la conferencia de Cork, Irlanda en el año 2004, concluyó que las Enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte entre los hombres y mujeres de la UE (1). Se calcula que en el 2015 aproximadamente, 20 millones de personas morirán por ECV (2).

El electrocardiograma (ECG), técnica fundamental para el diagnóstico y tratamiento de las ECV, está presente en todos los ámbitos de la atención sanitaria. Esto ha comportado que el colectivo enfermero se haya familiarizado con dicha técnica hasta el punto que este procedimiento ha pasado a ser responsabilidad del personal de enfermería (3).

La calidad del registro final del ECG dependerá de que su ejecución se realice tal y como se describen en las normas recomendadas por la American Heart Association (AHA) (4). Por ello es muy importante que el personal de enfermería esté formado y entrenado en la colocación de los electrodos y en la correcta técnica de registro del ECG.

**Objetivo**

Determinar los conocimientos y habilidades en la realización del electrocardiograma por parte de enfermería, en los servicios de urgencias y emergencias de dos centros hospitalarios de la Corporación de Salud del Maresme y la Selva.

**Metodología**

Estudio descriptivo transversal. La recolección de los datos se realizó de Abril a Junio del 2013. La población de estudio fue todo el personal enfermero de la Corporación de los servicios de urgencias y emergencias (N=124). Los criterios de inclusión de los participantes fueron: personal enfermero, que trabaja en los servicios de ambos hospitales. Los criterios de exclusión fueron: personal enfermero que durante el trabajo de campo no estuvo en dichos servicios o que pertenecieran a otras unidades de los centros. Se utilizó un cuestionario de elaboración propia y una prueba piloto para comprobar la comprensión del mismo. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS v.19. Se preservaron los aspectos éticos y legales (Declaración de Helsinki).

**Resultados**

La tasa de respuesta fue del 46,8%. El 72,4% confirmaron que han realizado formación en electrocardiografía. Un 37,9% afirmaron utilizar la técnica estándar para realizar el ECG y un 48,3% utilizar la técnica descrita por Mason y Likar (ML). El 56,9% manifestaron preservar la intimidad del paciente. El 78,1% declararon tener conocimientos para hacer la lectura del ECG y el 98% colocar correctamente los electrodos en las extremidades, mientras que los precordiales sólo un 27,5%. El 98,2%, afirmaron saber que la colocación incorrecta de los electrodos precordiales puede producir variaciones en el resultado del ECG. Un 31,6% afirmaron conocer que la utilización de la técnica ML varía el resultado, y el 43,9% que no se podrán comparar los ECG realizados con técnicas de registro diferentes. Los encuestados reconocieron las patologías cardíacas, y la experiencia se correlacionó positivamente con la revisión profunda de los registros ( $p < 0,001$ ).

**Discusión**

La colocación de los electrodos es fundamental, una variación en ello puede producir un registro diferente en el ECG y por tanto un diagnóstico erróneo.

Rajaganesan et al, (5), ya constataron en su estudio que no se colocaban bien los electrodos precordiales. Según el presente estudio, V1 y V2 se colocan por encima del cuarto espacio intercostal, tal y como indican las recomendaciones de la AHA (4). Son diversos los autores que corroboran que la colocación errónea de los electrodos precordiales puede producir alteraciones en la morfología de la onda P (6-7). Otras investigaciones concluyen que no se pueden comparar ECG realizados con técnicas diferentes

y que la utilización del método ML puede producir un desplazamiento del eje QRS a la derecha en el plano frontal, un aumento de la amplitud de R en DII, DIII y aVF, una disminución de V1 a V4 de Q y S y un aumento de R de V3 a V9. También puede ocasionar variaciones en el ST, en DIII y aVF (8-11).

Los resultados de este estudio evidencian la necesidad de formación adecuada en electrocardiografía de los profesionales enfermeros, lo que facilitará el diagnóstico y tratamiento de las ECV contribuyendo a la mejora de la calidad de los cuidados al paciente.

### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Council of The European Union [Internet]. Bruselas: Consejo de la Unión Europea. Draft Council Conclusions on promoting heart health; 2004 [Consulta 15 Abril 2013]. Disponible en: <http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/04/st07/st07062.en04.pdf>
2. World Health Organisation [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares; 2000 [actualizada Marzo 2013; citada 3 Abril 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
3. García-Niebla J. El electrocardiograma como técnica enfermera: la calidad del registro electrocardiográfico. *Enferm Clin.* 2008;18(4):226-226.
4. Kligfield P, Gettes L, Bailey J, Childers R, Deal B, Hancock W et al. Recommendations for the standardization and interpretation of the electrocardiogram: Part I: The electrocardiogram and its technology: A Scientific Statement from the American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee, Council on Clinical Cardiology; the American College of Cardiology Foundation; and the Heart Rhythm Society. *J Am Coll Cardiol.* 2007;4(3):394-412.
5. Rajaganeshan R, Ludlan C, Francis D, Parasramkas S, Sutton R. Accuracy in ECG lead placement among technicians, nurses, general physicians and cardiologists. *Int J Clin Pract.* 2008;62(1):65-70.
6. García-Niebla J. Comparison of P-wave patterns derived from correct and incorrect placement of V1-V2 electrodes. *J Cardiovasc Nurs.* 2009;24(2):156-161.
7. Soliman Z. A simple measure to control for variations in chest electrodes placement in serial electrocardiogram recordings. *J Electrocardiol.* 2008;41(5):378-379.
8. García-Niebla J, Llontop-García P, Valle-Racero J, Serra-Autonell G, Batchvarov VN, Bayés A. Technical mistakes during the acquisition of the electrocardiogram. *Ann Noninvasive Electrocardiol.* 2009; 14(4):389-403.
9. Farrell R, Syed A, Gutterman D. Effects of limb electrode placement on the 12- and 16-lead electrocardiogram. *J Electrocardiol.* 2008; 41(6):536-545
10. Drew B, Finlay D. Standardization of reduced and optimal lead sets for continuous electrocardiogram monitoring: where do we stand? *J Electrocardiol.* 2008; 41(6):458-465.
11. Trägårdh E, Welinder A, Pahlm O. Similarity of ST and T waveforms of 12-lead electrocardiogram acquired from different monitoring electrode positions. *J Electrocardiol.* 2011; 44(2):109-114.

**AUTORES/AUTHORS:**

Carmen Miret Corchado, Ana Rodríguez Gonzalo, Beatriz Martín Rivera, Antonia Ramos Mateos

**TÍTULO/TITLE:**

¿Mejora el conocimiento de auxiliar de enfermería de una residencia sobre cuidados en disfagia con formación específica?

**Objetivos:** Describir el conocimiento basal y el adquirido tras una sesión formativa al personal auxiliar de una residencia de ancianos de la Comunidad de Madrid sobre los cuidados del paciente con disfagia y elaborar un perfil sociodemográfico del mismo.

**Métodos:** es un estudio observacional descriptivo, dirigido a auxiliares de un centro de atención sociosanitario con independencia del turno de trabajo. La variable principal a evaluar es el conocimiento sobre cuidados y necesidades del paciente anciano con disfagia, lo que se realiza mediante un cuestionario no validado de 15 ítems, de respuesta alternativa, sobre los cuidados del paciente disfágico antes y después de una sesión formativa grupal, de carácter teórico-práctico, en la que se lleva a cabo la presentación de vídeos ilustrativos y con la posterior aclaración de posibles dudas. El cuestionario se elabora siguiendo el diagnóstico "Deterioro de la deglución", y la guía de nutrición para personas con disfagia. La captación y recogida de datos tuvo lugar en dos semanas, con una estrategia dirigida desde la dirección del centro. Se realiza el análisis descriptivo de las variables cualitativas con medias y porcentajes y de las variables cuantitativas con medias y desviaciones típicas. El análisis inferencial de los datos se llevó a cabo mediante el Test de McNemar para datos pre-post-test.

**Resultados:** En el estudio han participado 24 auxiliares (un 33% de respuesta total) cuyo perfil sociodemográfico es el de mujer de 43 años, cuya nacionalidad es mayoritariamente extranjera (60,86%), con 10 años de experiencia profesional y más de 6 trabajando en el centro. Del conocimiento previo se recoge un 82,77% de respuestas correctas, mejorando tras la sesión hasta un 93,88%. Dicha diferencia descriptiva no mantiene significatividad estadística (McNemar >0,05), aunque a nivel descriptivo si se aprecia diferencia entre los datos obtenidos en ambos cuestionarios, siendo los campos con mayor déficit de conocimiento la anatomía de la deglución y los cuidados durante y tras la alimentación del paciente disfágico, lo que lleva a reforzar este tipo de proyectos para conseguir mejores resultados.

**Discusión:** a diferencia de trabajos previos, éste se centra en el personal auxiliar de enfermería, buscando la mejora de las habilidades previas en el manejo de la disfagia, y supone una ampliación de estudios similares en España, cuyo número actualmente es bastante bajo. Permite también conocer el perfil sociodemográfico del personal en cuestión, pudiendo ampliarse posteriormente en estudios mayores. Si bien una de las limitaciones es el bajo índice de respuesta de los profesionales y la ausencia de un instrumento validado para evaluar nuestra variable de interés.

Es importante la promoción de la formación continuada y la renovación de competencias para la mejora de la calidad de los cuidados recibidos por los ancianos asistidos en residencias, para disminuir el riesgo de complicaciones secundarias debidas a una mala alimentación, implicando más al personal en los cuidados. En un futuro sería interesante ampliar la muestra de estudio, realizar una intervención de mayor duración, en la que se llevase a cabo un seguimiento en el tiempo, y la validación futura de un cuestionario para este tipo de estudios.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

-Instituto Nacional de Estadística [Internet]. España. [Citado 2 oct 2013]. Disponible en : <http://www.ine.es/>

-Gómez B. Disfagia: un síndrome geriátrico. *Inf Ger.* 2011;3(6 Pt 1):3-5.

-Jiménez R, Corregidor AI, Gutiérrez C. Disfagia. En: *Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes.* 1ed. España; 2007. p. 545-553.

-González C, Casado MP, Gómez A, Pajares S, Dávila RM, Barroso L et al. Guía de nutrición para personas con disfagia. *IMSERO y CEADAC*;2012. No.: 600077.

- Clavé P, García P. Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. Barcelona: Nestlé Health Science; 2013 Oct. No: 9788474295955.
- Sánchez AI, Mories MT. Disfagia orofaríngea. *Inf Ger.* 2011;3(6 Pt 2):7-18.
- Oliver M. Patología digestiva alta. En: Ribera JM, Cruz-Jentoft AJ. *Geriatría en Atención Primaria*. 4º ed. España: Biblioteca aula médica; 2008. p. 465-473.
- Yeon-Hwan P, Hae-Ra H, Byung-Mo O, Jinyi L, Ji-ae P, Su Jeong Y, HeeKyung C. Prevalence and associated factors of dysphagia in nursing home residents. *Geriatr Nurs [Internet]*. 2013 [Citado 3 Sep 2013];34(3):212-217. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23528180>.
- Wilkins T, Gillies RA, Thomas AM, Wagner PJ. The Prevalence of Dysphagia in Primary Care Patients: A HamesNet Research Network Study. *J Am Board Fam Med. [Internet]*. 2007 Mar-Apr [citado 29 Oct 2013];20(2):144-50. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17341750>.
- Smith PA. Nutrition, hydration, and dysphagia in long-term care: Differing opinions on the effects of aspiration. *J Am Med Dir Assoc. [Internet]*. 2006 Nov [citado 11 Ene 2014];7(9):545-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17095418>.
- Sandhaus S, Zalon ML, Valenti D, Harrell F. Promoting evidence based dysphagia assessment and management by nurses. *J Gerontol Nurs [Internet]*. 2009 Jun [citado 4 Mar 2014];35(6):20-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?cmd=historysearch&querykey=9>.
- Dirección General de trabajo de la Consejería de Empleo Turismo y Cultura. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid. Convenio colectivo laboral del sector privado de residencias y centros de día para personas mayores de la Comunidad de Madrid 2012-2013. Comunidad de Madrid: Consejería de Empleo, Turismo y Cultura; 2013. B.O.C.M. Núm. 209.
- NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2009-2011. España: Elsevier; 2010.

**AUTORES/AUTHORS:**

Elena Cruz Ortega, María Estrella Lerena Plaza

**TÍTULO/TITLE:**

Estrés en profesionales de enfermería en situaciones críticas, de emergencias o catástrofes: un enfoque integrado.

Objetivo: Conocer los riesgos psicosociales de estrés identificados en los profesionales de enfermería de los servicios de emergencias y las estrategias de protección psicológica empleadas ante incidentes críticos.

Métodos: Se realiza una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos Cochrane, Pubmed, Cuiden, ScienceDirect, Elsevier, Scielo, así como en revistas de enfermería y de emergencias tanto nacionales como internacionales. Los descriptores utilizados son "Enfermería", "Nursing", "Emergencias", "Emergency", "Burnout", "Resiliencia", "Resilience", "Estrés", "Stress", "Debriefing", "Cuidados Críticos", "Critical Care", utilizando los operadores booleanos "AND" Y "OR". Los criterios utilizados han sido lenguaje castellano o inglés; disposición a texto completo y publicaciones desde 2006.

Resultados: Las situaciones críticas pueden provocar en los enfermeros gran impacto psicológico, al existir un desequilibrio entre demandas y recursos laborales. De los 43 documentos seleccionados, se encontraron 24 artículos que trataban sobre los riesgos psicosociales en los servicios de emergencias, siendo 20 los que hacían referencia a profesionales de enfermería. De éstos, 5 estudios eran transversales; 4 cualitativos; 3 descriptivos; 3 revisiones bibliográficas; 1 estudio fenomenológico; 1 estudio comparativo entre enfermeras de tres hospitales distintos; 1 estudio utilizando método Delphi; 1 retrospectivo de corte transversal, y 1 meta-análisis. En ellos, los riesgos psicosociales identificados son el desgaste profesional y el coste del cuidado, pudiéndose desarrollar, si el afrontamiento no es efectivo, procesos traumáticos y niveles altos de estrés personal. Asimismo, se consideran variables que influyen en el impacto psicológico, las características del profesional, las relacionadas con la situación crítica y el contexto en el que se encuentra en ese momento.

Los estudios revisados muestran que el modo de afrontamiento está determinado por la evaluación que se haga de la situación, los recursos disponibles y su habilidad para aplicarlos. Además existen características de personalidad que ayudan a que las situaciones estresantes no interfieran en los cuidados específicos de enfermería, como la resiliencia o personalidad resistente. Se encontraron 10 artículos referidos a la influencia de la personalidad en los servicios de emergencias, de los mismos, 4 dan gran importancia a la Psicología Positiva dentro de las medidas de afrontamiento, 3 se refieren a los profesionales de emergencias y, otros 3 se centraron en concreto en el personal de enfermería.

En relación con las estrategias de prevención inmediata tras el incidente crítico, se seleccionaron 9 artículos, los cuales reflejan la falta de unanimidad respecto a la selección de una medida preventiva efectiva.

Discusión: Las características de la profesión enfermera llaman la atención en la investigación psicológica, por lo que existen diversos estudios sobre el estrés laboral o burnout. Sin embargo, la bibliografía relacionada con el estrés personal en enfermería de emergencias es escasa, quienes además de poder presentar burnout por las condiciones laborales, pueden desarrollar otros trastornos por su presencia en sucesos de gran impacto psicológico.

La asistencia psicológica como medida preventiva tras un incidente crítico constituye un elemento esencial, al contribuir en la adquisición de capacidad de adaptación y de herramientas de autorregulación emocional. Dentro de los niveles de prevención recibe gran importancia la prevención primaria. A través de la formación tanto en los estudios pregrado como posgrado, los profesionales enfermeros de emergencias pueden desarrollar un papel proactivo en el afrontamiento de situaciones críticas.

Posiblemente la realización de estudios cualitativos y cuantitativos enfocados a profundizar en el conocimiento psicológico de la



enfermería de emergencias y en la efectividad de las medidas de prevención, proporcionará un incremento de la salud en el profesional y una mejora del cuidado prestado. Las preguntas a investigar deben ir enfocadas a conocer los trastornos psicológicos más prevalentes, los mecanismos de afrontamiento utilizados, su efectividad y las medidas preventivas empleadas.

### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Hooper C, Craig J, Janvrin D, Wetzel M, Reimels E. Compassion satisfaction, burnout and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *J Emerg Nurs.*2010; 36(5):420-427.
- Adriaenssens J, Gucht V, Maes S. The impact of traumatic events on emergency room nurses: Findings from a questionnaire survey. *IJNS.*2012; 49:1411-1422
- Garrosa E, Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Muñoz A, Rodríguez R. Role stress and personal resources in nursing: A cross-sectional study on Burnout and Engagement.2011. *IJNS*; 48(4): 479-489.
- Fernández-Parsons R, Rodríguez L. Moral Distress in Emergency Nurses. *JEN.*2013; 39(6):547-552.
- Stathopoulou H, Karanikola M. Anxiety levels and related symptoms in emergency nursing personnel in Greece. *J Emerg Nurs.*2011; 37(4):314-320.
- Wentzel D, Brysiemic P. The Consequence of caring too much: compassion fatigue and the trauma nurse. *J Emerg Nurs.*2014; 40(1):95-97.
- Dominguez E, Rutledge D. Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *J Emerg Nurs.*2009; 35(3):199-204.
- Pacheco T, Garrosa E, López E, Robles J. Atención Psicosocial en Emergencias. Madrid: Síntesis; 2012.
- Ríos M, Sánchez J, Godoy C. Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en profesionales de Enfermería de cuidados intensivos y urgencias. *Psicotherma.*2010; 22(4):600-605.
- Healy S, Tyrrel M. Importance of Debriefing following critical incidents. *Emergency nurse.*2013; 20(10): 32-37.
- Healy S, Tyrrell. Stress in emergency departments: experiences of nurses and doctors. *Emergency nurs.*2011; 19(4):31-37.
- Niculita Z. Personality traits that Foster ambulance workers' professional performance. *Social and Behavioral Science.*2013; 78:385-389.
- Hammad K, Arbon P, Gebbie K, Hutton A. Nursing in the emergency department (ED) during a disaster: A review of current literature. *AENJ.*2012; 15:235-244.
- Freeman L, Fothergill F, Rashotte J. The experience of being a trauma nurse: a phenomenological study. *ICCN.*2014; 30:6-12.
- De Villers M, DeVon H. Moral distress and avoidance behaviour in nurses working in critical care and noncritical care units. *Nursing Ethics.*2012; 20(5):589-603.
- Parada E. Psicología y emergencia: Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia. 2ªed. Sevilla: Desclée de Brouwer; 2009.
- Ríos M, Martínez F, Lozano E, Mateo G. Enfermería de Urgencias: "Quiero cambiar de servicio... ¿estoy quemado? *Rev ROL Enf.*2012; 35(5):56-61.

**AUTORES/AUTHORS:**

M<sup>a</sup>Rosa Girbau-García, Raúl Sancho-Agredano, Jordi Galimany-Masclans, Núria Fabrellas-Padres, M<sup>a</sup>Pilar Torres-Egea, M<sup>a</sup>LLum Torrens-García, Gemma Martínez-Estalella

**TÍTULO/TITLE:**

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GESTIÓN AVANZADA DE LOS RESIDUOS SANITARIOS

**Introducción:**

Se consideran residuos sanitarios (RS), cualquier tipo de material generado por actividades de atención a la salud y/o enfermedad, ya sean asistenciales de curación, de prevención o de investigación, a partir del momento que son desechados. Los RS representan un riesgo real y potencial para la salud de los trabajadores, ya que las actividades propias de los profesionales sanitarios conllevan tareas y procesos asistenciales con riesgos diversos. La exposición a agentes biológicos de transmisión sanguínea, son los que adquieren una especial importancia por su frecuencia, especificidad y potenciales consecuencias. El conocimiento de la gestión adecuada de estos residuos, constituye una prioridad en la protección de la salud laboral y pública. Al mismo tiempo, se contribuirá a la minimización del riesgo, mejorando las condiciones laborales y ambientales, teniendo en cuenta que muchos accidentes laborales comportan un riesgo de infección evitable. La gestión avanzada de los RS, de acuerdo con la normativa establecida por las diferentes comunidades autónomas, incluye actividades de clasificación y eliminación intra y extra centro, fundamentadas en actitudes de protección de la salud pública y mejora de la salud laboral y protección medioambiental.

**Objetivos:**

- Identificar el nivel de conocimiento que tienen los profesionales sanitarios en relación a la clasificación y gestión avanzada de los RS.
- Describir la valoración global que hacen estos profesionales de cómo se gestionan los RS en su centro laboral.

**Metodología:**

Estudio descriptivo transversal con 178 participantes (auxiliares, enfermeras, médicos y técnicos de laboratorio) de 3 hospitales de la provincia de Barcelona. Nivel de confianza del 95% y una precisión en las estimaciones del 5%.

Se utilizó un cuestionario de elaboración propia, anónimo y distribuido por el equipo investigador. Las variables de análisis fueron: laborales con 5 preguntas abiertas, conocimiento de la gestión de los RS, a partir de 15 preguntas de respuesta dicotómica. La valoración global de la gestión de los RS que hacen los profesionales sanitarios en su ámbito laboral, se midió a partir de 5 ítems con una escala tipo Likert de 1 a 5. Se realizó un análisis descriptivo de las variables, a través de los índices de tendencia central y dispersión para ítems. Para contrastar la relación entre las variables se utilizó el Coeficiente de Correlación de Pearson.

**Resultados:**

Los profesionales sanitarios que han participado en el estudio son 30,3% auxiliares, el 52,8% enfermeras, 6,8% médicos y el 10,1% técnicos de laboratorio. En relación al tipo de contrato laboral el 67,4% tenían contrato fijo, el 14% suplentes de larga y corta duración, el 10,1% interino y un 8,5% otros. El nivel medio de conocimiento sobre los RS, en una escala de 1 (mínimo) y 15 (máximo) es de 10,59 auxiliares; 10,61 enfermeras; 8,92 médicos y 8,39 técnicos de laboratorio.

La valoración global que hacen los profesionales encuestados, de cómo se gestionan los RS en general es de 2,89 auxiliares; 2,93 enfermeras; 2,88 médicos; 2,94 técnicos de laboratorio, en una escala de 1 (mínimo valor) y 5 (máximo valor).

La relación entre la variable conocimiento de la gestión avanzada de los RS y la valoración global de la segregación que se hace de estos residuos, se obtiene un coeficiente de correlación claramente significativo con un  $r=,167$  y una  $p<= 0,027$ .

#### Conclusiones y Discusión:

Las enfermeras y los auxiliares tienen un nivel aceptable de conocimiento en relación a la correcta segregación y gestión de los RS. En cambio, los médicos y técnicos de laboratorio, tienen un nivel de conocimiento inferior. En relación a la valoración global, de cómo se gestionan en general los RS, se obtienen valores aceptables y muy similares entre las diferentes categorías profesionales estudiadas.

La minimización de los riesgos para la salud laboral debe suponer el esfuerzo conjunto de todos los actores implicados, en la gestión avanzada de los RS. Es evidente, que se deberían plantear estrategias formativas que mejoren la prevención primaria en la generación de residuos, con el objetivo de garantizar la seguridad de los trabajadores, garantizando la protección individual y de la salud pública en general.

A su vez, la salud de los trabajadores está estrechamente vinculada a la salud de los pacientes formando la base de la calidad de los servicios prestados.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Benavides FG. Acerca de la formación de los profesionales de salud pública, algunos avances y muchos retos, Informe SESPAS 2010. Gac Sanit 2010; 24: 90-5.
- DOGC núm 2828 de 16/2/1999. Decret 27/1999 de 9 de febrer de la gestió dels residus sanitaris.
- Galimany J, Girbau M<sup>ª</sup>R, Salas C, et.al. Gestión de Residuos Sanitarios en el siglo XXI en Atención Primaria. Nursing 2007; 25: 62-6.
- Generalitat de Catalunya. Estrategia catalana de seguridad y salud laboral 2009-2012. II Plan de Gobierno. Departamento de Trabajo. Dirección General de Relaciones Laborales: Barcelona; 2009.
- Girbau M<sup>ª</sup>R, Galimany J, Salas C, et.al. Gestión de Residuos Sanitarios ¿Conocemos lo que saben y piensan los profesionales de la salud?. Nursing 2006; 24: 56-61.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Gestión de Residuos Sanitarios. Notas Técnicas de Prevención NTP 838.
- Ley 22/2011 de 28 de julio de residuos y suelos contaminados. Boletín Oficial del Estado núm 181 de 29/07/2011.
- Martín-Zurro A. Atención familiar y salud comunitaria. Barcelona: Elsevier; 2011. 472 p.
- M<sup>º</sup> de Ciencia e Innovación. Instituto Salud Carlos III. Guía de actuación ante exposición ocupacional a agentes biológicos de transmisión sanguínea. Madrid: Escuela Nacional de Medicina del Trabajo; 2012.
- Mosquera M, Latasa P, Rodríguez G, et.al. Impacto de una acción formativa en la gestión avanzada de residuos. Med Preventiva 2012; XVIII:24-8.

**AUTORES/AUTHORS:**

Cristina Torres Sancho, Lucia Garate Etxenike, Leonor Munarriz Desojo, Tere Zurutuza Zurutuza, Raquel Rivas Lopez, Aranzazu Pernas Pena, Cristina Nuño Etxenike, Alfredo Yoldi, Elena Lezama

**TÍTULO/TITLE:**

Análisis estadístico de la situación de partida en el proyecto de consultas de enfermería en un Hospital Terciario

**OBJETIVO:** describir y determinar en qué grado el rol que la enfermera de consultas especializadas desempeña en el Hospital Universitario Donostia es autónomo

**METODOLOGIA.** La recogida de datos se realizó través de los mandos intermedios, presentándose el proyecto a la dirección y recibiendo las adjuntas las instrucciones y una parrilla de recogida de datos, consensuadas previamente por el grupo de trabajo de planificación del proyecto, en las que se identificaban todos los puntos de atención de consultas especializadas del hospital junto con su localización (edificio y planta) y especialidad. Un punto de atención puede incluir uno o varios locales y hace referencia a la localización y especialidad. En cuanto a la actividad, las opciones fueron consulta médica, pruebas funcionales y consulta de enfermería. Para la consulta de enfermería, se amplió la definición recogida en la instrucción Nº3/2000 (1).

Asimismo debían indicar el número de jornadas que dedicaban a cada uno de los tipos de actividad, considerándose una jornada como una semana completa de 35 horas. Este modo de sistematizar la obtención de la información permite homogeneizar la recogida de datos sencillamente y replicarse en futuras evaluaciones.

Los datos, fueron transcritos a una tabla Excel para después ser exportados al SPSS versión 21.0 y realizar el análisis estadístico. Se describieron con frecuencias y porcentajes las variables cualitativas y con medianas y medidas de dispersión las cuantitativas atendiendo a la distribución heterogénea de los valores.

**RESULTADOS.** Se describieron 114 puntos de atención, repartidos en 10 edificios, 4 intra y 6 extrahospitalarios. Las enfermeras gestionan su propia actividad en el 51,8% de los ellos, llegando al 93% de autonomía en la realización de pruebas. Sin embargo, este grado de autogestión desciende hasta el 39,5% en la actividad de consulta, por lo que nos resultó interesante analizarla en relación al número de jornadas. Del total de 230 jornadas de identificadas, el 70%, se destina a la actividad dependiente de la agenda en consulta de los facultativos. Por otro lado, la realización de pruebas funcionales supone un 12% del tiempo. Estas pruebas funcionales se realizan mayoritariamente por enfermeras, y para la consulta propia de enfermería, se destina un 16,7% (n=38,5) de las de las jornadas totales.

Analizando la distribución de este rol autónomo, puede observarse que en el 25% de los puntos, no hay ni una sola fracción de jornada dedicada a la actividad independiente y que en la mitad este rol es del 10,8%.

**DISCUSION.** El cambio en las necesidades y demanda de la población (2), la ambulatorización de muchos procesos, en busca de la mayor eficiencia posible, nos ha llevado a reflexionar sobre el modelo actual de gestión de la asistencia especializada en consultas. Aunque ha habido diferentes enfoques institucionales dirigidos a mejorar la gestión de la consulta médica, como la reducción del trabajo administrativo, y la disminución de la demanda inducida por profesionales, la introducción y desarrollo del rol autónomo de enfermería se ha producido de manera desigual y en relación con determinados procesos.

En otros ámbitos, como la atención primaria, la enfermera ha ido modificando su manera de trabajar para dar respuesta a las necesidades de la población, incrementando su autonomía y desarrollando el rol que corresponde a sus capacidades y a su potencial como profesional sanitario. Las revisiones sistemáticas realizadas al respecto, sugieren entre otras conclusiones que la enfermera en consulta de atención primaria puede proporcionar una adecuada asistencia, siendo particularmente eficaces en mejorar los conocimientos del paciente sobre su enfermedad y adherencia al tratamiento(2).

Según el tipo de actividad realizada por la enfermera, el rol autónomo varía, descendiendo muy significativamente en el caso de actividad de consulta propia. Por el contrario, en la realización de pruebas diagnósticas la enfermera ha alcanzado un alto porcentaje

de independencia. Otro hallazgo es la variabilidad de autonomía en consulta entre las diferentes especialidades y edificios. Esto puede tener una causa multifactorial, entre los que se encuentran, destino habitual de adecuaciones laborales la necesidad de una capacitación especial y un apoyo adecuado para asegurar su sostenibilidad.

La informatización de la historia clínica, receta y gestión de citas, la forma en la que la enfermería se organiza y relaciona dentro de los equipos multidisciplinares (comités, comisiones, docencia e investigación), junto con la introducción de la telemedicina en el seguimiento de los pacientes crónicos, nos hacen intuir que en un futuro muy próximo las consultas experimentarán un gran cambio. Por otro lado la variabilidad en la gestión de agendas de enfermería, hace que sea muy difícil identificar, a qué dedican el tiempo las enfermeras, y cuánto de su actividad es para valorar a pacientes, realizar pruebas diagnósticas, realizar procedimientos y coordinar su seguimiento.

Es preciso potenciar el rol autónomo en consulta especializada de enfermería, a medida que se planifique, desarrolle e implante el modelo de gestión por procesos en el que los profesionales de enfermería participen activamente

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Instrucción Nº3/2000. Osakidetza. Consultas externas de atención especializada
2. Encuesta de Salud de la CAPV (ESCAV)2013. Osakidetza.  
[http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-ckosag01/es/contenidos/informacion/osagin/es\\_osagin/encuesta\\_c.html](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-ckosag01/es/contenidos/informacion/osagin/es_osagin/encuesta_c.html)
3. Keleher H, Parker R, Abdulwadud O, Francis K. International Journal of Nursing Practice 2009; 15: 16–24 Systematic review of the effectiveness of primary care nursing

**AUTORES/AUTHORS:**

Luis Real López, Carmen Enrique Arias

**TÍTULO/TITLE:**

**BARRERAS Y FACILITADORES DE IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERÍA DESDE UN ENFOQUE CUALITATIVO. ESTUDIO PILOTO.**

La implantación de un nuevo protocolo en un entorno hospitalario supone un intento de acercamiento de la evidencia a la práctica, en este proceso confluyen múltiples factores de tipo social, organizativo, profesional y personal. Todos estos factores tendrán especial relevancia en el éxito o fracaso del proyecto y su conocimiento ayudará en el diseño de estrategias adecuadas de implantación.

**OBJETIVO:** Describir las barreras y los elementos facilitadores de la implementación de un protocolo enfermero de Prevención de Úlceras por Presión, buscando la comprensión en profundidad de las distintas perspectivas que interactúan en el acto social.

**MÉTODO:** Se adopta la metodología de investigación cualitativa y el enfoque fenomenológico. Se plantea la realización del estudio piloto para validar la metodología de estudio, comprobar las posibles dificultades de realización y corregir defectos de un futuro estudio más amplio.

El ámbito de estudio es el Hospital Universitario de Burgos y la población de estudio comprende a todo el personal de enfermería de este centro.

Los informantes clave fueron seleccionados mediante muestreo intencional por su relevancia dentro del proceso de implementación, incluyendo tanto a profesionales que han tomado parte en el proceso de realización y difusión del protocolo como a profesionales que actúan como receptores del mismo. El acceso al campo y la captación de informantes se vio favorecido por la pertenecía de los autores al propio colectivo de enfermería.

La recogida de datos se realiza mediante entrevistas en profundidad semiestructuradas y observación participante. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas para su posterior análisis; durante todo el proceso se confeccionó un cuaderno de campo.

El método de análisis elegido fue el análisis de contenido, estructurado en dos niveles de codificación el descriptivo y el interpretativo. En el nivel descriptivo se determinaron unidades de análisis de contenido variable y se definieron las categorías emergentes. En el nivel de interpretación se compararon las categorías emergentes y se codificaron en dos temas principales, barreras y facilitadores, conformados por tres subtemas: entorno laboral, características del proceso de implementación y características del personal,

**RESULTADOS:** Los resultados del pilotaje se extraen de la realización de dos entrevistas y de la observación participante de un acto social.

Las barreras son los aspectos percibidos como más importantes frente a los facilitadores. Las barreras percibidas como más importantes, son tres determinantes individuales del personal: la reactividad al cambio, la falta de motivación y la falta de habilidades en investigación; y un factor de tipo organizativo: la falta de tiempo.

Los elementos facilitadores percibidos como más importantes son tres relativos a los determinantes individuales de los actores: el uso laboral de su tiempo personal, el interés ante la necesidad y su actuación como motor de cambio; y un factor de tipo organizativo: la insistencia en la motivación por parte de los superiores laborales.

**DISCUSIÓN:** Los resultados reflejan únicamente el pilotaje de un estudio y las conclusiones siempre estarán supeditadas a la recogida de una cantidad mayor de datos buscando una saturación más completa de las categorías y una mejor comprensión del fenómeno social. La metodología de investigación cualitativa demuestra ser una herramienta útil para el conocimiento de los factores intervinientes en el proceso de implementación desde la perspectiva individual de los actores sociales, frente a planteamientos cuantitativos anteriores centrados en listados cerrados de barreras y facilitadores.

**IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA:** Permite identificar errores y validar la metodología para la realización del estudio completo,

del que se podrán derivar estrategias de implementación específicas que potencien los elementos facilitadores y contrarresten las barreras detectadas.

### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Retsas, A. Barriers to using research evidence in nursing practice. *J Adv Nurs* 2000; 31(3), 599-606.
2. Parahoo, K. Barriers to, and facilitators of, research utilization among nurses in Northern Ireland. *J Adv Nurs* 2000; 31(1), 89-98.
3. Grol R., Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003; 362: 1225–30
4. McKillop A, Crisp J, Walsh K. Barriers and enablers to implementation of a New Zealand-wide guideline for assessment and management of cardiovascular risk in primary health care: a template analysis. *Worldviews Evid Based Nurs* 2012 Aug;9(3):159-71. doi: 10.1111/j.1741-6787.2011.00233.x. Epub 2011 Dec 9.
5. Rycroft-Malone J. (2004). The PARIHS Framework: A framework for guiding the implementation of evidence-based practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(4), 297–304.
6. Rogers EM. *Diffusion of innovations*, 5th ed. New York: The Free Press; 2003.
7. Moreno-Casbas T, Fuentelsaz-Gallego C, González-María E y Gil de Miguel A. Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. *Enferm Clin*. 2010; 20(3):153–164 doi:10.1016/j.enfcli.2010.01.005
8. Funk SG, Champagne MT, Wiese RA, Tornquist EM. Barriers: the barriers to research utilization scale. *Appl Nurs Res*. 1991; 4:39–45.
9. Adamsen L, Larsen K, Bjerregaard L, Madsen JK. Danish research-active clinical nurses overcome barriers in research utilization. *Scand J Caring Sci*; 2003; 17; 57–65.
10. Hannes K., Vandermismissen J., De Blaeser L., Peeters G., Goedhuys J., Aertgeerts B. Barriers to evidence-based nursing: a focus group study. *J Adv Nurs* 2007 60(2), 162–171 doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04389.x
11. Squires JE, Estabrooks CA, Gustavsson P, Wallin L: Individual determinants of research utilization by nurses: A systematic review update. *Implem Sci* 2011, 6:1.
12. Carlson CL, Plonczynski DJ. Has the BARRIERS Scale changed nursing practice? An integrative review. *J Adv Nurs* (2008) 63(4), 322–333 doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04705.x
13. Kajermo KN, Boström AM, Thompson DS, Hutchinson AM, Estabrooks CA, Wallin L. The BARRIERS scale -- the barriers to research utilization scale: A systematic review. *Implem Sci* 2010, 5:32.
14. Cuesta-Benjumea C. La reflexividad: un asunto crítico en la investigación cualitativa. *Enferm Clin* 2011; 21(3):163—167 doi:10.1016/j.enfcli.2011.02.005

**AUTORES/AUTHORS:**

M<sup>º</sup> José González Garrido, Natividad Mendez Cantera

**TÍTULO/TITLE:**

Mapa epidemiológico de microorganismos multiresistentes en un hospital de tercer nivel durante el periodo 2005-2012

Algunas de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria más estudiadas en los últimos años hacen referencia a la aparición de microorganismos resistentes a los antibióticos de uso habitual. Estos gérmenes multiresistentes son susceptibles de necesitar medidas de precaución específicas para evitar la transmisión cruzada intrahospitalaria. Se realizó un estudio retrospectivo entre 2005-2012 en el Hospital Universitario Central de Asturias(HUCA)

**OBJETIVOS:** Identificar las características de distribución y tipo de microorganismos multiresistentes susceptibles de ser sometidos a vigilancia y control a través de un paquete de medidas (bundle de aislamiento) en la población hospitalaria del HUCA durante el intervalo 2005-2012. Conocer las tasas de endemia basal por unidades y servicios.

**METODO:** Se registraron los siguientes datos: resultados microbiológicos positivos y aislamientos realizados, datos demográficos y epidemiológicos básicos, seguimiento de los GMR, cultivos de control y uso de antibióticos y existencia o no de intervención quirúrgica. Las variables continuas se describieron mediante medias, desviaciones típicas así como los valores medianos, mínimos y máximos. Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias absolutas y relativas. Se dieron intervalos de confianza al 95% para los parámetros más relevantes. P-valores inferiores a 0.01 se consideran estadísticamente significativas.

**RESULTADOS:** Más del 50% de los pacientes estuvieron aislados 22 días siendo mayor en el caso de los hombres con p-valor<0.001. La edad media de los pacientes aislados fue de 59.21 años, algo más jóvenes los hombres con p-valor<0.001. El 66% eran varones y el 33.4% mujeres. El 50% de los pacientes estuvieron 79 días o más ingresados no existiendo diferencias significativas entre un sexo y otro. El tiempo medio que transcurre desde el ingreso hasta el aislamiento es de 27 días sin diferencias entre sexos ni entre gérmenes. El microorganismo más frecuentemente aislado fue el SARM con el 30% de los casos, el 28,2% corresponde al A.B. y el 24.9% a la *Klebsiella pneumoniae* productora de BLEE. Se ha visto que el 76% de los pacientes en aislamiento habían tenido una intervención quirúrgica y un 17.8% no. Por unidades los GMR se distribuyen de la siguiente manera: SARM en unidades de Cirugía Vasculat, A. B. En UCI y *k pneumoniae* prod BLEE en Rehabilitación. El 74.8% de los aislamientos han sido tratados con antibióticos siendo el más utilizado la Vancomicina con el 9.9%.

**DISCUSION E IMPLICACION EN PRACTICA CLINICA:** Todos los pacientes con GMR eran pacientes con altas estancias hospitalarias, con intervenciones quirúrgicas y con ingresos en unidades de vigilancia intensiva como factor de riesgo para la adquisición de un GMR. El estudio realizado nos sirve para identificar la situación basal de GMR en nuestro hospital identificando las áreas de mayor riesgo. Con esta información del mapa epidemiológico podemos incidir en "áreas críticas" con programas de vigilancia, prevención y control de la infección hospitalaria específicos para ellas.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Ducl G, Fabry J, Nicolle L. Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía Práctica. 2a ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003.
2. Ministerio de sanidad y consumo. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Informe. Febrero 2006. Secretaría General de Sanidad. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.
3. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Estudio EPINE-EPPS 2013. Informe global de España(Resumen);2013
4. Robert W H, Dana Q, Howard E. F, John V. B. Study on the efficacy of nosocomial infection control (SENIC project) American



Journal of Epidemiology 1980; 111:472-485

5. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for Isolation Precautions. Preventing Transmission of Infection Agents in Healthcare Settings.

6. Center for Disease Prevention and Control. Guidance for Control of Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae. CRE Toolkit. Atlanta: CDC; 2012

7. Espinosa F, Hart M, Halley M, Zamora R. Control multidisciplinario de la infección nosocomial en un hospital de nivel terciario. Revista cubana de medicina. [Internet]. 2011 ener-marz [acceso 5 de abril de 2014] Disponible en <http://scielo.es>

8. Padrón SA, Valdés FMV, Valdés FF, Rodríguez GM. Comportamiento epidemiológico de la infección nosocomial. CIREN 2009. Enfermedades infecciosas y Microbiología Clínica. [Internet]. 2010 octubre- diciembre [acceso 5 de abril de 2014]; 30(4). Disponible en <http://www.elsevier.es>

9. Córdova E, Lespada M, Gómez N, Pasterán F, Oviedo V, Rodríguez-Ismael C. Descripción clínica y epidemiológica de un brote nosocomial por *Klebsiella pneumoniae* productora de KPC en Buenos Aires, Argentina. Enfermedades infecciosas y Microbiología Clínica. [Internet]. 2012 [acceso 30 de abril de 2014]; 30(7):376-379. Disponible en: <http://www.elsevier.es>

10. Álvarez Tuñón Z, Fernández Muñiz P, Martínez Ortega C, Menéndez Gutiérrez M, Prada Rocés T, Rodríguez Rodríguez P, et al. Guía de aislamiento para pacientes con infecciones transmisibles. Servicio de salud del principado de Asturias; 2007

**AUTORES/AUTHORS:**

Daniel Marques Silva, Ana Margarida Raimundo, António Madureira Dias

**TÍTULO/TITLE:**

PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS SOBRE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN: TIPOS Y CAUSAS

**Introducción:** La seguridad de los usuarios de los servicios de salud es uno de los pilares de la calidad de los cuidados y debe ser una prioridad de las políticas de salud. Errores de medicación son uno de los eventos adversos más frecuentes en las instituciones de salud dando lugar a una extensión del campo de internamiento y causando costes adicionales. Las enfermeras son un importante eslabón en la cadena de administración de medicación y puede detectar fallos en el sistema, garantizando la seguridad del paciente. Con este trabajo, queremos relacionar variables socio-demográficas, profesionales, formación, conocimiento y experiencia con la percepción de las enfermeras sobre la frecuencia de la ocurrencia de errores de medicación, tipos y causas.

**Métodos:** Estudio descriptivo correlacional en una prueba de 117 enfermeras que trabajan en instituciones de salud de la región central de Portugal.

El estudio, fue hecho mediante un cuestionario enviado por medios electrónicos, muestreo snowball, y que consta de 4 escalas específicas para los objetivos del estudio.

**Resultados:** De los encuestados, el 62,4% sostiene conocimiento débil o razonable sobre errores de medicación; más del 58% percibe su educación académica/continua sobre errores de medicación como insuficiente y el 64,1% no tiene formación en esta área durante al menos 6 años. La mayoría de las enfermeras (72,6%) han tenido la experiencia de uno o más errores sin daño, sin embargo sólo 32,1% hizo su informe. Los tipos y causas de errores de medicación identificados ocurren con una frecuencia alta, de más de 37% y los tres tipos más enumerados fueron: error en el tiempo, error en la técnica y error de omisión. Las principales causas de errores de medicación fueron la escasez de personal de enfermería (carga de trabajo), las interrupciones durante la preparación y la prescripción incompleta. Las enfermeras mayores de 40 años de edad ( $p=.03$ ) y la prestación de atención especializada ( $p=.04$ ) perciben menos la frecuencia de los tipos de errores y las causas de errores de medicación ( $p=.008$ ). Aquellos que han experimentado más errores de medicación con daño para el paciente tienen una mayor percepción de la frecuencia de causas de errores ( $p=.006$ ). Cuanto mayor sea el número de años de práctica profesional en el servicio actual, más baja es la frecuencia percibida de los tipos de errores de medicación [ $t=-2.284$ ;  $p=.024$ ;  $B=208$ ;  $r^2=.043$ ].

**Conclusión:** La percepción de las enfermeras sobre la frecuencia de los tipos y causas de errores de medicación no tiene relación con las características sociodemográficas, profesionales y de formación, lo que muestra la transversalidad de esta problemática. Observamos algunas carencias en los conocimientos de las enfermeras sobre errores de medicación y nos proponemos incorporar estos contenidos en el programa académico e invertir en la formación continua. Se recomiendan cambios en las condiciones de trabajo, en particular para aliviar la carga de trabajo y el estrés, y también, evitar las interrupciones y distracciones durante la preparación del medicamento. Las instituciones deben apoyar y alentar a sus profesionales para informar de errores de medicación y no asumir una cultura punitiva.

**Palabras clave:** Errores de medicación; percepción de las enfermeras; seguridad del paciente.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Aronson J.K. (2009). Medication errors: definitions and classification. *British Journal of Clinical Pharmacology* 67 (6). 599-604.
- Bates K., Beddy D., Whirisky C., Murphy M., O'Mahony J.B., Mealy K. (2010). Determining the frequency of prescription errors in an Irish hospital. *Irish Journal of Medical Sciences* 179. 183-186.
- Ben-Yeuda A., Bitton Y., Sharon P., Rotfeld E., Armon T., Muszkat M. (2011). Risk factors for prescribing and transcribing medication

- errors among elderly patients during acute hospitalization: a cohorte, case control study. *Drugs Aging* 28 (6). 491-500.
- Brady, A.M., Malone, A.M., Fleming, S. (2009). -A literature review of individual and systems factors that contribute to medication errors in nursing practice. *Journal of Nursing Management* 17, 679-697.
- European Comission (2010). Patient safety and quality of healthcare: full reporto Special Eurobarometer. Brussels: European Comission; 2010. Retrieved Setember 14, 2011 from <http://ec.europa.eu/public%20opinion/archives/ebs/ebs%20327%20en.pdf>
- Fernandes, A., Queirós, P. (2011). Cultura de segurança do doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência. III série*, 4, 37-48.
- Franco, J.N., Ribeiro G., D'Innocenzo M., Barros BPA. (2010). Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (6), 927-932.
- Hewitt, P. (2010). Nurses' perceptions of the causes of medication errors: an integrative literature review. *MEDSURG Nursing*, 19 (3),159-167.
- Joolae, S., Hajibabae F., Pevrovi H., Haghani H., Bahrani N. (2011) -The relationship between incidence and report of medication errors and working conditions. *International Nursing Review*, 58 (1), 37-44.
- Maurer, M.J. (2010). Nurses' perceptions of and experiences with medication errors. (Electronic Thesis or Dissertation). Retrieved from <https://etd.ohiolink.edu/>.
- Olds, D.M., Clarke, SP. (2010). The effect of work hours on adverse events and errors in health care. *Journal of Safety Research*, 41, 153-162.
- Petrova E. (2010). Nurses' perceptions of medication errors in Malta. *Nursing Sandard* 24 (33), 41-48.
- Simonsen B.O., Johansson I., Daehlin G., Osvik L.M., Farup P.G. (2011). Medication knowledge, certainty, and risk of errors in health care: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research* 11, 175.

**AUTORES/AUTHORS:**

Ernestina Maria Batoca Silva, Otilia Maria Bastos Andrade, João Carvalho Duarte, Daniel Marques da Silva

**TÍTULO/TITLE:**

PERSPECTIVA DEL PROFESIONAL SANITARIO ACERCA DE LA PRÁCTICA DE LA HIGIENE DE LAS MANOS

**Introducción:** La higiene de las manos es una medida de higiene personal y universal enseñado y transmitido a través de las generaciones. En los profesionales sanitarios constituye una de las medidas básicas e históricamente demostradas como relevante en la prevención de infecciones relacionadas con los cuidados de salud, siendo considerado como vital para prevenir la diseminación de microorganismos a nivel hospitalar.

Este estudio tiene como objetivo identificar las prácticas reportadas por profesionales de la salud sobre el lavado de manos y determinar si las prácticas de higiene de manos de estos, se relacionan a las variables demográficas y profesionales (edad, sexo, duración de servicio, categoría profesional y formación académica) y con variables de contexto (formación práctica sobre higiene de las manos, motivación para desinfectar las manos, conocimiento del modelo conceptual de la OMS).

**Métodos:** Realizamos un estudio transversal descriptivo correlacional y, con un enfoque cuantitativo. La prueba abarcó 71 profesionales de la salud (médicos, enfermeras y asistentes) que persiguen su actividad en Pediatría/UCIN y servicios de emergencias pediátricas del Centro Hospitalario de la subregión del Baixo Vouga, EPE, Portugal. Utilizamos un cuestionario elaborado a partir de la Guía de Buenas Prácticas de Higiene de las Manos en las Unidades de Salud (2010), y la recolección de datos se llevó a cabo en mayo y junio de 2012.

**Resultados:** Los resultados de la prueba muestran que el lavado de manos, es mayoritariamente femenino (91,5%) y 32,4 % están en el grupo de 31 a 40 años de edad. Los participantes son en su mayoría enfermeras (64,8%), seguido de los médicos (23,9%) y 11,3% están trabajando como asistentes operacionales. Hemos encontrado que 66,2% de los profesionales han asistido a sesiones de capacitación sobre higiene de manos y casi todos se sienten muy motivados para llevar a cabo la higiene de las manos en el trabajo (98,6%). En la autoevaluación de la práctica de la higiene de las manos, encontramos que el 74,3% la consideran apropiada y el 25,7% muy adecuada, todavía en cuanto a conocimiento de la técnica de higiene de las manos solo el 62,0% indica la técnica correcta. En el análisis de esta dimensión por grupos profesionales, 78,3% de las enfermeras se refieren a una práctica con la técnica adecuada y en los médicos (70,6%) y asistentes operativos (62,5%) refieren técnicas inadecuadas.

**Conclusión:** La mayoría de los profesionales tienen conocimientos sobre la práctica de la higiene de manos, sin embargo, algunos grupos profesionales necesitan mejorar la práctica de la técnica de higiene apropiada. Pequeños gestos, nada caros y sin necesidad de grandes infraestructuras, pueden hacer mucho por la seguridad del paciente. Es importante motivar los profesionales para cambiar comportamientos y para aumentar la conciencia de las consecuencias de una mala práctica, no sólo en la seguridad del paciente, sino, como en la reducción de costes de antibacterianos. Sería bueno involucrar activamente a profesionales de la salud en los procesos de formación.

**Palabras clave:** IACS; Higiene de las manos; Conocimientos y prácticas profesionales de la salud.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Ministério da Saúde (PT), Direção Geral da Saúde. Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Circular Normativa n.º 13/DQS/DSD, 14/06/2010. Disponível em <http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/i013069.pdf>.
2. Ministério da Saúde (PT), Direção Geral da Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde, 2007.

3. Ministério da Saúde (PT), Direção Geral da Saúde. Prevalência de infeção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos nos hospitais portugueses – Inquérito 2012. Lisboa: Ministério da Saúde, 2013.
4. Tipple, AFV, Mendonça KM, Melo MC, Souza ACS, Pereira MS, Santos SLV et al. Higienização das mãos: o ensino e a prática entre graduandos na área da saúde. *Acta Sci. Health Sci.* 2007; 29(2):107-114.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *MMWR.* 2002 October; 51(16):1-56.
6. Coelho MS; Silva Arruda C, Faria Simões SM. Higienização das mãos como estratégia fundamental no controle de infeção hospitalar: Um estudo quantitativo. *Enfermeria Global.* 2011 Enero; 21:1-12.
7. World Health Organization, World Alliance for Safer Health Care. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. Geneva: WHO; 2009.
8. Ceni CMG, Kalinke LP, Paganini MC. Higiene das mãos: um constante aliado na prevenção da infeção hospitalar. *Boletim de Enfermagem.* 2009; (3)2:48-61.
9. Corrêa I, Nunes, IMM. Higienización de las manos: el cotidiano del profesional de la salud en una unidad de internación pediátrica. *Invest. Educ. Enferm.* 2011; 29(1):54-60.
10. Kampf G, Löffler H, Gastmeier P. Hand hygiene for the prevention of nosocomial infections. *Dtsch Arztebl Int.* 2009; 106(40): 649-655.
11. Sharir R, Teitler N, Lavi I, Raz R. High-level handwashing compliance in a community teaching hospital: a challenge that can be met. *Journal of Hospital Infection.* 2001 September; 49(1):55-58.
12. Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S, et al. Effectiveness of a hospital wide programme to improve compliance with hand hygiene. *The Lancet.* 2000 October;356(9238):1307-1312.

**AUTORES/AUTHORS:**

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

**TÍTULO/TITLE:**

LA IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS

**INTRODUCCIÓN**

La sepsis ocasiona en el mundo 1.400 muertes cada día, muchos de estos pacientes adquieren la infección estando hospitalizados y constituye la complicación intrahospitalaria más frecuente. En los países desarrollados como España, de un 5-10% de los ingresos en los hospitales desarrollan una infección nosocomial.

La infección nosocomial de pacientes por las manos contaminadas del personal de salud es una de las formas de diseminación de los agentes infecciosos.

La evidencia sugiere que la mayoría de las infecciones se producen como resultado de la presencia de bacterias dentro de la propia flora del paciente y las bacterias presentes en las superficies en el entorno de cuidado de la salud. Por ello, el lavado de manos desempeña un importante papel en la disminución de las infecciones nosocomiales, llegando a ser la forma más efectiva y barata para prevenir la transmisión de la infección, tanto respiratorias como gastrointestinales, etc.

En los últimos años se ha puesto un gran énfasis sobre la promoción del cumplimiento de la higiene de manos en los trabajadores sanitarios y la higiene de manos es un desafío importante, dada la complejidad del ambiente, salud y la dificultad de cambiar el conocimiento. Desde las facultades de enfermería se hace hincapié en la importancia de esta práctica en el ámbito sanitario y se enseña a los alumnos el correcto desarrollo de la técnica.

Por tanto, el objetivo de este estudio es evaluar el conocimiento del lavado de manos de los alumnos de 1º enfermería de la Universidad de Córdoba.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal, cuyo tamaño muestral se calculó usando el programa EPIDAT 3.0 con un total de 54 casos. Para ello se realizó una encuesta durante el mes de Diciembre de 2013 a un total de 54 alumnos de 1º de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Córdoba, mediante un muestreo aleatorio simple. Como material se utilizó el Cuestionario de Higiene de Manos de Gonzalez-Cabrera (2010) para evaluar los conocimientos sobre lavado de manos [compuesto de 50 ítems con una escala de 0 a 6, donde el 0 siempre será el valor más bajo (nada de acuerdo/nunca), 3 un valor intermedio (algo de acuerdo/algunas veces) y 6 el mayor valor posible (totalmente de acuerdo/siempre)]. Se añadió al cuestionario las variables sociodemográficas sexo, edad, experiencia previa, referencia a la importancia, y puntuación. Para el análisis hemos utilizado el programa informático SPSS 19.0 para Windows.

**RESULTADOS:**

- El porcentaje de encuestados fue un 38.89 % varones. mientras que un 61.11 % fueron mujeres con una edad media de 24.44 ( $\pm 6.239$ ) años.
- Con respecto a la experiencia práctica del lavado de manos, previa a su formación universitaria, el 90.7% no tenían experiencia previa.
- Destacar, respecto a si se ha hecho referencia por parte del profesorado acerca de la importancia de la higiene de manos y la desinfección en alguna asignatura, que el 75.9% refirieron que no se le ha hecho referencia de dicha importancia.
- Con respecto al conocimiento de los alumnos referente a la importancia del lavado de manos, un 42.6% poseían conocimiento

incorrectos y un 57.3% poseen conocimientos correctos. Destacar que un 55.6% pensaron que es más efectivo el lavado con solución alcohólica que el lavado de manos convencional.

- Destacar que no existieron diferencias significativas para un  $p < 0.05$  entre ambos sexos con respecto al conocimiento sobre el lavado de manos.

- Por último, señalar que no hubo diferencias significativas para una  $p < 0.05$  entre la experiencia previa y el conocimiento sobre el lavado de manos.

#### DISCUSIÓN:

Pensamos que es necesario hacer más hincapié en el lavado de manos desde la integración de los estudiantes en la facultad, ya que como vemos en otros estudios realizados como el de Peña Viveros (2002) que la aplicación del lavado de manos dentro de la práctica profesional es bajo. Aunque se obtuvieron un porcentaje de conocimientos correctos más bajo que el de otros estudios previos como el de Soto V. (2004), ello puede deberse a que los estudiantes aún no han finalizado su formación. Por ello, pensamos que sería interesante repetir este estudio a la finalización del grado de enfermería para ver si durante los próximos cursos refuerzan los conocimientos sobre esta técnica, ya que consideramos que dicha técnica es fundamental para el correcto desempeño profesional puesto que reduce el riesgo de infecciones lo que da lugar a un gasto menor tanto de recursos materiales del hospital como estancias medias de los pacientes, complicaciones, etc.

En conclusión, un 42,6% poseían unos conocimientos incorrectos sobre la técnica correcta del lavado de manos. Este porcentaje bajo puede deberse a que aún no han terminado su formación correcta como enfermeros.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Best M, Neuhauser D. Ignaz Semmelweis and the birth of infection control. *Qual Saf Health Care* 2004; 13: 233-4.
2. De Lissovoy G, Fraeman K, Hutchins V, Murphy D, Song D, Vaughn BB. Surgical site infection: Incidence and impact on hospital utilization and treatment costs. *Am J Infect Control*, 2009; 37(5): 387-97.
3. Naikoba S, Hayward A. The effectiveness of interventions aimed at increasing handwashing in healthcare workers - a systematic review. *Journal of Hospital Infection*, 2001; 47:173-180.
4. Allegranzi B, Pittet D. Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. *J Hosp Infect*, 2009; 73:305–315
5. MA Ryan et al. Handwashing and respiratory illness among young adults in military training *American Journal of Preventive Medicine* 2001;21:79-83.
6. González Cabrera, J.; Fernández Prada, M.; Martínez Bellón, M.D.; Fernández Crehuet, M.; Guillén Solvas, J.; Bueno Cavanillas, A. Construcción y validación de un cuestionario para medir conductas, conocimientos y actitudes sobre la higiene de las manos en personal sanitario en formación. *Rev Esp Salud Pública*, 2010; 84: 827-841.
7. Peña Viveros, R.; Rodríguez Moctezuma, J.R.; López Carmona, J.M.; Martínez Hernández, M.T.; Naranjo Delgado, O. Conocimientos y conductas del personal de salud sobre el lavado de manos en un servicio de emergencias. *Revista Mexicana de Medicina de Urgencias*, 2002; 1 (2): 43-47.

8. Soto, V.; Olano, E. Conocimiento y cumplimiento de medidas de bioseguridad en personal de enfermería. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga. Chiclayo 2002. An. Fac. med., 2004; 65 (2): 103-110 .



**AUTORES/AUTHORS:**

Antonia Ballesteros Barrado, Marc Tomás Sánchez

**TÍTULO/TITLE:**

ESTUDIO DE LA INCIDENCIA DE COLONIZACION DE LOS CATETERES EPIDURALES EMPLEADOS PARA EL CONTROL DEL DOLOR AGUDO POSTOPERA

**INTRODUCCIÓN:**

Diferentes estudios inciden en la gravedad de una posible infección en los catéteres epidurales<sup>1-2</sup>. El germen aislado más frecuente es el *Staphylococcus aureus*<sup>3</sup>. Valorar la adecuación del uso antiséptico en un contexto real hospitalario permitirá diseñar estrategias orientadas a la prevención de complicaciones.

**OBJETIVOS:**

Estudiar la incidencia de la colonización bacteriana en los catéteres epidurales utilizados para el tratamiento del dolor agudo postoperatorio.

Determinar el antiséptico más adecuado en la colocación de los mismos.

Cuantificar la incidencia de problemas sistémicos relacionados con la infección de dichos catéteres.

**METODO:**

Ámbito de estudio desarrollado en un centro público de atención especializada de segundo nivel integrado en la red pública de la Conselleria de Salut i Consum de les Illes Balears. El centro abarca una población de 243.086 habitantes.

En 2010 el hospital contaba con 381 camas, 13 quirófanos y 10813 intervenciones realizadas/año<sup>4</sup>.

Estudio de diseño observacional, analítico longitudinal y prospectivo.

Criterio de inclusión de los participantes: pacientes intervenidos quirúrgicamente en el centro y portar catéter epidural como analgesia postoperatoria, mediante el cual se prefundieron anestésicos locales a través de una bomba de perfusión continua, entrando a formar parte así de la Unidad de Dolor Aguda postoperatoria (UDA). Criterio de exclusión ser menor de 18 años.

La UDA se constituye en el año 2004 como una unidad totalmente integrada en el Servicio de Anestesiología-reanimación, con participación de enfermería y anestesiistas específicos de la unidad. Asistencia cubierta 24 h en las intervenciones quirúrgicas asociadas a dolor moderado /grave y en los pacientes definidos de alto riesgo de complicaciones postoperatorias

Periodo de tiempo del estudio comprendido entre Mayo y Agosto 2010

Tanto la colocación del catéter epidural, la técnica aséptica, el tipo y velocidad de perfusión fueron elegidos a criterio del anestesiólogo responsable. El anestésico local usado en la perfusión: Bupivacaína 0,125% o Levo-Bupivacaína 0,125 % con o sin Fentanilo 2 mcg/ml. Las perfusiones utilizadas fueron preparadas por el servicio de farmacia, en un contexto de esterilidad.

Método utilizado para la obtención de datos:

Seguimiento y registro diario por el personal de la UDA, valorando: comprobación de eficacia y funcionamiento del catéter. Detección precoz de posibles complicaciones, analgesia insuficiente; salida accidental del catéter, afectación de la sensibilidad y movilidad de los MMII. Mal uso del dispositivo; signos de infección, etc.

Se registraron variables: Demográficas, quirúrgicas; tiempo de permanencia del catéter. Complicaciones, Aspecto del punto de punción, etc.

Previa información al paciente, se cultivó la punta del catéter; se realizó frotis de piel en la retirada del catéter y se analizaron microbiológicamente las muestras recogidas.

**RESULTADOS:**

Un total de 57 pacientes en total formaron parte del estudio desde el 05/10 hasta 08/10.

Edad media de los mismos entre 54,3 años, +/- 5 años.

Se recogieron 57 catéteres epidurales, de ellos 4 se colocaron para intervenciones de urología, 11 de ginecología, 27 de traumatología y 15 de cirugía general.

En el 78,9% de ellos se usó clorhexidina como antiséptico.

De todos los catéteres epidurales el 26,3% estaban colonizados (15 de 57), aislándose en el 100% de ellos bacterias Gram-positivas.

De los catéteres epidurales colonizados en la punta catéter, en un 40% de ellos correspondía con el mismo microorganismo aislado en el frotis de la piel.

De 15 catéteres colonizados, en el 20% se utilizó povidona yodada y en el 80% clorhexidina.

El 60% de los catéteres colonizados se retiraron a las 48h y un 40% a las 72h.

No hubo ni un caso de complicación sistémica (meningitis, absceso epidural o sepsis). Hallándose sólo un caso con exudado seroso en el punto de punción (con cultivos negativos)

Se utilizó estadística descriptiva con medidas de centralización para el análisis de los datos recogidos.

#### DISCUSION:

La incidencia de colonización coincide con la bibliografía revisada siendo el 100% de ambos casos bacteria Gram positiva

La vía de contaminación, fue por contigüidad en un 40%, los microorganismos aislados en la punta del catéter correspondían con los del frotis de la piel.

A pesar del uso de técnicas estériles en la colocación de catéteres epidurales para analgesia postoperatoria, existe todavía un elevado % de contaminación.

Aunque observamos técnicas estériles en la manipulación de los catéter, el estudio nos indica que deberíamos instaurar líneas de mejora para intentar reducirlos.

Se halla evidencia en la revisión realizada, respecto al uso de clorhexidina como desinfectante cutáneo versus otros antisépticos, en la inserción y mantenimiento de los catéteres epidurales poniendo de manifiesto que el riesgo de contaminación microbiana de los mismos, es menor o igual en la mayoría de los casos<sup>5</sup>.

#### IMPLICACION PARA LA PRÁCTICA:

El conocimiento de los cuidados del catéter epidural en nuestro medio hospitalario, permitirá diseñar estrategias orientadas a la prevención de complicaciones con objeto de mejorar la seguridad clínica y la calidad asistencial en los pacientes.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. J.M.G Phillips et al .Epidural abscess complicating insertion of epidural catheters. Br J Anaesth 2002; 89: 778-82 .
2. Rabih O et al. Spinal epidural abscess .N Engl J Med 2006; 355:2012-20.
3. Stephen Head et al. Infusate contamination in regional anesthesia: What every anesthesiologist should know Anesth Analg 2008; 107:1412-8.
4. Hospital Son Llätzer (sede Web).Islas Baleares: Hospital Son Llätzer;2010(acceso 2 de Mayo 2013). Memoria de gestión del hospital son Llätzer 2010(8 páginas). Disponible en: <http://www.hsll.es/pdf/MemoriaSonLlatzer2010.pdf>
5. Mann TJ, Orlikowski CE, Gurrin LC, Keil AD.The effect of the biopatch a chlorhexidine impregnated dressing on bacterial colonization of epidural catheter exit sites. Anaesth Intensive Care.2001;29(6):600-3.

**Sesión de Comunicaciones Orales Breves VIII****Session of Oral Brief Presentations VIII****AUTORES/AUTHORS:**

Marcel Leppée, Borna Culig, Mirjana Orban, Josip Culig

**TÍTULO/TITLE:**

Different Scales for Measuring Adherence to Medication

**OBJECTIVES** There are a number of approaches to studying medication-taking behavior. Self-report measures that have the benefits of being cheap, easy to administer, non-intrusive, and able to provide information on attitudes and beliefs about medication. Potential limitations to self-report are that ability to understand the items, and willingness to disclose information, can affect response accuracy and thus questionnaire validity.

**METHODS** A computerized systematic search of the PubMed databases identified articles on scales for medication adherence measuring using the MeSH terms medication adherence, compliance, and persistence combined with the terms questionnaire self-report.

**RESULTS** Adherence scales are identified mostly in the last few years (2005-2012). One of the main sources was article (1) which evaluated literature describing medication adherence surveys/scales to gauge patient behaviors at the point of care. Articles were included if they evaluated or reviewed self-reported adherence medication scale applicable at chronic diseases and with good coefficient of internal consistency reliability (Cronbach's  $\alpha$  (alpha)). Articles that contained data about self-report medication adherence scales use were included. A total of about hundred articles were identified. Of the articles, 20% (20 of 100) were included in the review because of their relevance to the article topic. This article describes various self-report scales by which to monitor medication adherence, their advantages and disadvantages, and discusses the effectiveness of their application at different chronic diseases. There are many self-report scales for measuring medication adherence and their derivatives (or subscales). Due to the different nature of the diseases, there is no gold-standard scale for measuring medication adherence. We introduced the scale (CULIG scale) for measurement adherence to medication (2) that was applied in the study that was designed as a cross-sectional survey by use of a self-administered 33-item questionnaire. The questionnaire listed 16 common reasons for nonadherence and study subjects had to answer questions on each of these reasons as the possible cause of his/her nonadherence.

**DISCUSSION** This final 16-item scale had good internal consistency reliability (Cronbach's  $\alpha = 0.89$ ). These answers were used to analyze the impact of each of these reasons for nonadherence.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Lavsa SM, Holzworth A, Ansani NT: Selection of a validated scale for measuring medication adherence. J Am Pharm Assoc 2011, 51:90-94.
2. Culig J, Leppée M. From Morisky to Hill-Bone; Self-Reports Scales for Measuring Adherence to Medication. CollAntropol 2014;38(1):55-62.

**AUTORES/AUTHORS:**

Ümmü Yıldız Findik, Seher Ünver, Hacer Özcan, Tülay Erkan, Sacide Yıldızeli Topçu

**TÍTULO/TITLE:****USAGE OF EVIDENCE-BASED URINARY CATHETER CARE RECOMMENDATIONS AMONG NURSES**

**Objectives:** During their stay in hospital 15-25 percent of the patients are presumed to receive urinary catheter at least once and it is stated that the usage frequency of the urinary catheter increased in the recent years (Ünal et al. 2012). Urinary tract infection caused by catheter is the most frequently observed hospital-based infection and it is responsible for the 40% of all the infections (Teke et al. 2010). In a multicentre study carried out in Turkey it is found out that urinary system infections are related to urinary catheter at the rate of 60% (Leblebicioglu et al. 2003). In their study, Ceylan et al (2012), stated that 80.2% of the patients' who underwent a surgical intervention in urinary clinic within the last year received urinary catheter and that catheterization is the most common reason for urinary tract infections. There are many factors which could be useful in the prevention of infections related to urinary catheterization. Appropriate catheter choice, its application in a way that infection development is prevented, necessary care applications during the time catheter is attached and the proper removal of the catheter are the key factors (Ünal et al. 2012). Another crucial risk factor in the development of urinary infections related to catheter is the flaws in care (Aygün 2008). Çelik et al (2011) stated in their study that the ICU nurses do not have the adequate knowledge about the general key points in the care of patients with catheter. The nurses apply the evidence-based nursing care practices by using their clinical expertise in care environments in which resources could be received, patient choices and the best available information/evidence (Kocaman 2003). Also in the urinary catheter routine care practices the best information/evidence should be used. The evidence-based recommendations developed for prevention of the infections related to urinary catheter published as "The Guidance for the Prevention of Urinary Catheter Infections" in 2009 by Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee-HICPAC and in 2012 by The Association of Turkish Hospital Infections and Control (Ünal et al. 2012). The objective of this study is to define the usage rate of the evidence-based recommendations by nurses in urinary catheter care.

**Methods:** This study was held in a university hospital between 02.09.2013-30.09.2013 with 165 skilled nurses in a descriptive study design in Turkey. For data collection, a form was created by the researchers according to the literature information about evidence-based recommendations. Nurses were informed about this study and their verbal permission was taken. Data collection forms were performed in almost 30 minutes by all volunteered nurses. Data was analyzed with SPSS 16.0 for Windows.

**Results:** The mean age of the nurses was  $29.8 \pm 6.50$  and the average working period of time was  $8.23 \pm 6.68$  years. Fifty-eight point eight percent of these nurses were working in surgical clinics and 69.8% of them were graduated from Bachelor of Science in nursing degree. Nurses were taking care of meanly  $5.57 \pm 5.96$  (min: 0, max: 20) patients in a month. Fifty-two point eight percent ( $n=86$ ) of all the nurses reported that they had taken an education about catheter care and 92.9% of them had taken it via in-service trainings in the hospital. It was detected that meanly  $15.63 \pm 0.15$  of totally 21 nursing interventions about catheter cares were done according to the evidence-based recommendations. Any statistically meaningful data was found between the demographics and doing the cares according to the evidence-based recommendations.

**Discussion:** By the national and international guides in urinary catheter care, it is stated in the study that more than half of 21 evidence-based care interventions (average of  $15.63 \pm 0.15$ ) are applied by the nurses. Evidence-based nursing is a process of clinical decision-making by using available and the most scientific evidence, expertise and patient choices. Among the important results there are the increase and the improvement of the care quality, making difference in the clinical practice and patient care results, standardization of the care, improvement of the patient and nurse satisfaction (Kocaman, 2003). Parry et al. (2013) found aggressive implementation of the nurse directed catheter removal protocol was associated with lower catheter use rates and reduced infection rates. In their study in which they analyze the activity of nursing care interventions for decreasing the urinary tract infections related to

catheter, Oman et al. (2012) stated that the recommendations received from the studies and other evidence resources support the patient considerably. According to the results of our study the reason for the fact that evidence-based recommendations are not used is that its importance is not acknowledged by the nurses. This opinion of ours is supported by the study of Mody et al (2010) in which they detected a difference between the healthcare personnel's knowledge about evidence-based care practices in urinary catheter care and the evidence-based recommendations. The rate of the evidence-based catheter caring interventions should be increased and nurses should be supported about this subject.

### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Aygün (2008) Kateter İlişkili Üriner Enfeksiyonların Önlenmesi. I.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Hastane Enfeksiyonları: Koruma ve Kontrol Sempozyum Dizisi No:60, s.131-137.
- Ceylan C, Dogan S, Sen S, Odabas Ö (2012) Klinikimizdeki Nozokomial Üriner Sistem Enfeksiyonların Kateterizasyonla Olan İlişkisi ve Bakteriyel Prevelans: Retrospektif Bir Çalışma. Van Tıp Dergisi; 19 (1): 21-26.
- Çelik S, Karaman D, Yanık F, Veren F (2011). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Kateter ile İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonlarının Önlenmesi Hakkındaki Bilgi Durumları. ACU Sağlık Bil Derg; 2(4):203-208.
- Kocaman G (2003) Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama, Hemşirelikte Araştırma Gelistirme Dergisi; (5)2:61-69.
- Leblebicioğlu H1, Esen S; Turkish Nosocomial Urinary Tract Infection Study Group. (2003). Hospital-acquired urinary tract infections in Turkey: a nationwide multicenter point prevalence study. J Hosp Infect;53(3):207-10.
- Mody L, Saint S., Galecki A, Chen S, Krein S.L. (2010) Knowledge of Evidence-Based Urinary Catheter Care Practice Recommendations Among Healthcare Workers in Nursing Homes. J Am Geriatr Soc.;58(8):1532-7.
- Oman K.S., Makic M. B. F. Fink R., Schraeder N., Hulett T., Keech T., Wald H (2012) Nurse-directed interventions to reduce catheter-associated urinary tract infections, American Journal of Infection Control 40; 548-53
- Parry M. F., Grant B., Sestovic M.(2013) Successful reduction in catheter-associated urinary tract infections: Focus on nurse-directed catheter removal. American Journal of Infection Control 41;1178-81
- Teke T, Yavuz Z, Atalay H, Maden E, Solak Y, Uzun K. (2010) Yoğun bakımda Kateter Nedenli İdrar Yolu Enfeksiyonları Önlemede Gümüş Kaplı İdrar Sondalarının Etkinliği. Yoğun Bakım Derg; 2: 45-7
- Ünal et al. (Ed) (2012) Türk Kastane Enfeksiyonları ve Kontrolü Derneği. Arda B, Ates K, Bakır M, Güven M, Karakoç E, Özinel MA, Pirat A, Senkul T. Üriner Kateter Enfeksiyonlarının Önlenmesi Klavuzu., Hastane Enfeksiyonları Dergisi;16(Ek 1):4-8

**AUTORES/AUTHORS:**

Polyana Cristina Vilela Braga, Ana Elisa Bauer de Camargo Silva, Ruth Minamisava, Ana Lúcia Queiroz Bezerra, Maiana Regina Gomes de Sousa

**TÍTULO/TITLE:**

Post vaccine adverse events occurred with children in the city of Goiânia

**INTRODUCTION:** The use of vaccines is among the greatest advances observed in health care around the world, enabling eradication and/or control vaccine-preventable diseases. However, with increasing number and variety of vaccine doses applied also increases the incidence of post-vaccination adverse events.

**OBJECTIVE:** The objective was to analyze the post-vaccination adverse events occurred in children under five years of age.

**METHODS:** This is a retrospective study with a descriptive analysis of secondary data. The data source was the universe of all 353 records of reporting post-vaccine adverse events and monitoring reports of children inadvertently vaccinated with the human rotavirus vaccine reported to the Immunization Division of the County Health of Goiânia for the period vaccination of July 1, 2012 to June 30, 2013. Statistical analysis was performed using SPSS. The study was approved by the Ethics in Research Committee.

**RESULTS:** The study identified 313 adverse events temporally related to vaccination (EATV), and the most frequently occurred in male infants (56.23%) and in children under one year of age (78.60%). It is noteworthy that 55.90% of EATV occurred in the simultaneous administration of more than one vaccine and 44.10% due to only one vaccine, mainly of Pentavalent and Influenza. The calculation of the incidence of EATV pointed out that the VIP and Pentavalent had the highest incidence. The most common systemic reactions were fever (32.93%), persistent crying (18.62%) and altered level of consciousness/hypotonia/lethargy (11.92%).

**CONCLUSION:** Though the data based on notifications show inherent limitations of passive surveillance, the results suggest reactogenicity of vaccines. There is need to improve the notification system, as well as search for the understanding of adverse events and their causality.

Immunization; Vaccine; Surveillance; Adverse Effects; Medical Errors

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Gaunt MJ, Horn D. A Pharmacist's Guide to Preventing Vaccine Errors [Internet]: Institute for Safe Medication Practices; 2012 [cited 2014 may 05]. Available from: <https://www.pharmacytimes.org/landing/280>.

WHO. Immunization safety surveillance: guideline for managers of immunization programmes on reporting and investigating adverse events following immunization. Manila 1999.

Waldman EA, Luhm KR, Monteiro SAMG, Freitas FRM. Vigilância de eventos adversos pós-vacinação e segurança de programas de imunização. Rev Saude Publica. 2011; 45(1):173-84.

CDC. Update: cardiac and other adverse events following civilian smallpox vaccination - United States. MMWR- Morbidity and

Mortality Weekly Report. 2003; 52(27):639-42.

Piacentini S, Contrera-Moreno L. Eventos adversos pós-vacinais no município de Campo Grande (MS, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(2): 531-6.

Cunha MP, Dórea JG, Marques RSL. Vaccine Adverse Events Reported during the First Ten Years (1998–2008) after Introduction in the State of Rondonia, Brazil. *BioMed Research International*. 2013; 2013.

**AUTORES/AUTHORS:**

Chaves Lucieli Dias Pedreschi , Pereira Ana Paula, Laus Ana Maria , Camelo Sílvia Helena Henriques , Balderrama Priscila , Alves Larissa Roberta

**TÍTULO/TITLE:**

Implementation of governance service in hospital housekeeping: implications for nursing team

Objective: To identify the positive and negative implications of the implementation of governance service in hospital housekeeping through the nursing team in an inpatient unit of a public hospital in the city of Ribeirão Preto, Brazil. Methodology: This descriptive study was carried out in the medical wards of a teaching hospital. The Critical Incident Technique was performed with 11 nurses, 28 nursing auxiliaries and two nursing technicians. Inclusion criteria: to belong to nursing team of the service for at least six years and to be scheduled to work in the unit at the time of this research. Data were collected in 2011, according to guidelines for research ethics. Results: 82 critical incidents were extracted, which generated 146 behaviors and 166 consequences whose negative references outweigh positive references. The reports presented by nursing professionals, who participated in the study, highlight the negative implications of the implementation of the hospital housekeeping service for nursing. Of the total of 82 critical incidents, 40.2% received positive references and 59.8% negative references. There was a predominance of behaviors considered negative (71.2%) compared to positive behaviors (28.8%), especially in those aspects related to the lack of knowledge about infection control by the governance team in housekeeping of the unit. The 166 raised consequences had negative implications (50.6%) and positive (49.4%) to nursing work. It is highlighted that positive references were related to the operational level as the agility in the admission of patients to the unit, which has implications for nursing work. The consequences with negative references resulted in aspects that influence the quality of patient care, i.e., ultimately, aspects related to supervision and standardization of the work of governance team in housekeeping of the unit may interfere in patient care. Although the nursing team has reported negative behaviors of the staff in the governance service in housekeeping, absence of adequate performance for safety in the environment for professional and users, such as infection control, standardization of the housekeeping technique of the unit, the nursing team reported the quickness of the housekeeping of the unit as positive. For nursing, it is understood that the resolution of the work together with the governance in housekeeping promotes agility in the delivery of clean bed for the admission of new patients. Conclusions: After the analysis of the categories, it was understood, in view of nursing, critical incidents that have referred the negative behaviors were more frequent than the critical incidents that generated positive behaviors in relation to the implementation of governance in hospital housekeeping. It is highlighted the concern of the nursing team related to the concept of hospital infection control, in the promotion of safety in the environment for team work and user. These findings lead to the challenge to advance in the qualification of personnel to work on governance in housekeeping, supervision and interaction with the nursing team.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Pereira, A. P. Governança em higiene e limpeza hospitalar: implicações para o trabalho de enfermagem. 2012. 87f. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.



**AUTORES/AUTHORS:**

Carla Sílvia Fernandes, Manuela Martins, Bárbara Gomes, José Augusto Gomes

**TÍTULO/TITLE:**

Attitudes of nurses toward families before and after an intervention

In any context of care practice, nurses serve families. The quality of these encounters is influenced by the attitudes of nurses about the importance of including families in nursing care (Benzein, Johansson, Arestedt, & Saveman, 2008). The attitude can be defined as an inner disposition of the person, which translates into emotional reactions that are assimilated and subsequently experienced (Sousa, 2011). We cannot speak of attitudes without taking into account the life experiences of each individual (Alves, 2011). The experiences have an impact on the attitude, young nurses who have had a bad experience in relationships with the family of a patient, may develop an unfavorable attitude to the inclusion of families. As opposed, the experiences of illness with their own family, may determine a positive attitude (Benzein, Johansson, Årestedt, & Saveman, 2008). Fisher et al (2008) point out that nurses who believe that family presence is important are more likely to include families in daily care. Therefore, changing attitudes of professionals is often a goal to achieve in an institution, despite being a concept that is not easy to change in adulthood (Sousa, 2011).

Aware of the importance at this level, this article presents the results of application of a range of attitudes of nurses about the importance of families in nursing care before and after their training. This article aims to: Emphasize the importance of the approach of the nurse in the hospital and assess the impact of training strategy toward changing nurses' attitudes regarding the family.

**Methodology:**

The research was guided by a quasi-experimental study, a variation of the truly experimental studies, where participants may not be randomly distributed in both groups (Ribeiro, 2010). The decision for this design relates to the objective of evaluating the impact of applying formative intervention to teach family diverse contexts of a hospital. In this context, it aims to find out the modification that the intervention caused regarding the professional attitude of nurses towards families.

In the following paragraphs it is presented the results of the application of the scale of the attitudes of nurses about the importance of families in nursing care, before and after training ("The importance of households in nursing attitudes of nurses -IFCE-AE) is presented. The original scale "Families' importance in Nursing Care - Nurses Attitudes (FINC-NA), is composed of 26 items with four dimensions: the family as a resource in nursing care (10 items), the family as a conversational partner (8 items); the family as a burden (4 items) and family as own resource (4 items) (Benzein, Johansson, Arestedt, & Saveman, 2008). In the translation and validation of the scale to Portuguese, some changes were made, particularly with regard to dimensions, IFCE-AE was only categorized into three dimensions: family as conversational partner and resource for coping (12 items), as a resource family care nursing (10 items) and family as a burden (4 items) (Oliveira P., et al., 2011).

In this route advice of the board of directors of the institution and of the ethics committee, was required. Questionnaires were administered to 160 nurses before and after the training and subsequently analyzed by SPSS.

**Results:**

Comparing the dimensions of attitudes before and after training, by applying the scale IFCE-AE, it may fall in family as conversational partner and resource for coping; family as a resource of nursing care, and the family as a burden (Oliveira et al., 2009). To compare the degree of agreement of nurses before and after training in the dimensions indicated, we resort to test (nonparametric) of Wilcoxon, since it has matched samples, because it is the same as nurses (before and after training) who respond to the inquiry. The null hypothesis in testing is that the average degree of correlation before and after the training is the same, while the alternative is that

the degree of agreement is higher after training.

The results show that the p-value is less than 5%, leading to reject the null hypothesis, in the first two dimensions, which means it is concluded that the degree of agreement is higher after training as a partner in the family and in the family as feature of care. On the contrary, in the third dimension, as in the family burden does not reject the null hypothesis, it is concluded that the degree of agreement did not change after training which leads us to conclude that there was an increase of agreement in the first two dimensions.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Alves. (2011). *Atitudes dos Enfermeiros face à família: stress e gestão do conflito*. PORTO: ICBAS.

Benzein, Johansson, Arestedt, & Saveman. (2008). Nurses' Attitudes about the importance of families in nursing care: A survey of Swedish Nurses. *Journal of Family Nursing*, 162-180.

Benzein, Jonhansson, Årestedt, & Saveman. (2008). Families importance in nursing care: nurses' attitudes an instrument development. *Journal of Family Nursing*, 14, 97-117.

Fisher, Lindhorst, Mattews, Munroe, Paulin, & Scott. (2008). Nursing Staff attitudes and behaviors regarding family presence in the hospital setting. *JAN: original research*, 615-623.

Oliveira, Fernandes, Vilar, Figueiredo, Santos, Andrade, Martins. (2009). *Atitudes dos enfermeiros face à família - Validação da Escala IFCE-AE*. In Barbieri, Martins, Figueiredo, Martinho, Andrade, Oliveira, . . . Santos, Da investigação à pratica de Enfermagem de Família (pp. 34-49). Porto: ESEP.

Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A., Figueiredo, M., Ferreira, M., Martinho, J., Martins. (. de . de 2011). *Atitudes dos enfermeiros face à família*. *Rev Esc Enferm USP*, 45, pp. 1331-1337.

Ribeiro. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Livpsic.

Sousa. (2011). *A família- Atitudes do enfermeiros de reabilitação*. Porto: ESEP.

Wright, I., & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na familia*. São Paulo (SP): Roca.

**AUTORES/AUTHORS:**

Carla Sílvia Fernandes, Manuela Martins, Bárbara Gomes, José Augusto Gomes

**TÍTULO/TITLE:**

Create and validate a scale to assess satisfaction, in ongoing training of nurses

**Objectives:**

The Training in organizations is fundamental to the quality in any context of professional activity. The evolution that occurs in any profession requires updating and continuous improvement, to which nursing is not immune (Dias, 2004). The development and improving the quality of nursing care should incorporate continuous training.

The evaluation is an important phase of any educational process. The evaluation of the training is a generic term that deserves to be explained before proceeding to evaluation (Massingue, 2011). Currently, the use of scales and measuring instruments is crucial. However either the by translation or construction of the authors, the scales should undergo a validation process, generally referred for evaluation of psychometric qualities (Vilelas, 2009). An instrument is valid if it measures what it is supposed to measure, it refers to the degree of accuracy with which the concept is represented by particular statements on a measuring instrument (Fortin, 2009).

This article aims to describe the process of validation of a scale applied to an adult training and disseminate an assessment instrument of the training strategies in Nursing (IAEF).

**Methodology:**

This quantitative study, of descriptive and correlational nature intends to present the validation of a self-administered questionnaire on the evaluation of training strategies. That is to say, to describe the behavior of the scale, dimensions and the results of the pre-test. After the theoretical review of training in adults, the scale was constructed and subsequently applied to a sample of 160 nurses in ongoing training in a hospital environment. In this route advice of the board of directors of the institution and of the ethics committee, was required. Data were subsequently and statistically analyzed by SPSS.

**Results:**

As suggested by Massingue (2011) the evaluation should include two components, the procedure and the results. As regards to the procedure: the quantity and quality; and in the context of the results, acquisitions, effects and representation. The assumptions made by the author are integrated into the construction of the scale for evaluation of the training strategy. The scale included 20 items, for each response incorporating a value in the Likert scale of 1-5 (1: Strongly disagree, 2: Disagree, 3: Indifferent, 4: agree, 5: agree), incorporating four questions for each theme as far as the quality of procedures and results are concerned.

The operationalization of concepts is a process by which the construct is transposed according to observable and measurable phenomena, which implies that the concepts become explicit, specifying their dimensions and determining the indicators that will be used to measure (Fortin, 2009). Researchers must monitor carefully the wording of each question, with regard to clarity, lack of bias, and reading level, which should be pre tested on a small sample (Polit, Beck & Hungler, 2004). The Measure instrument of a training strategy (IAEF) was tested in a hospital with 160 participants. Resulting from the application of instrument construct validity and internal consistency was observed.

We examined the conceptual structure of this scale through the factor of analysis in order to identify the underlying factors to the

responses of nurses, which resulted in three dimensions that comprise satisfaction evaluation, evaluation of results and the process. Then we evaluated the internal consistency of the scale, allowing us to test the fidelity of the instrument through Cronbach's alpha, evaluating the extent to which each indicator is a measure of Cronbach (Durand & Blais, 2003) concept. The Cronbach's alpha coefficient for the entire questionnaire is 0.952, which shows a high internal consistency.

#### Discussion:

Although the factors were not regrouped into five dimensions as the structure defined by Meignant (2006) it integrates not only the pedagogical evaluation of the effects of training but also the issue of assessing the satisfaction, that is seeking the views of participants on the training. The evaluation is interested in information about the resources acquired through training, resource utilization in practical situation, the representations that were built on acquisitions and the impact (Massingue, 2011). The references of these authors explain how they grouped the dimensions of this instrument. It is noted that the factor weights usually have high values, which indicates again that the factor solution obtained has good quality.

Healthcare institutions should take the training as a development strategy for the provision of quality health services. Including training moments facilitators of transformation of practices, however these moments should be evaluated with valid measurement instruments, increasing a circle of continuous improvement.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Dias, S. (2004). *Formadores. Que desempenho?* Lisboa: Lusociência.
- Durand, & Blais. (2003). *A medida*. In Gauthier, *Investigação social - da problemática à colheita de dados* (pp. 175-201). Loures: Lusociência.
- Fortin. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Massingue, B. (2011). *Pilotage des politiques de formation*. In P. C. Carré Philippe, *Traité des sciences et des techniques de la formation*. France: Dunod.
- Meignant, A. (2006). *Manager la formation*. France: Liaisons.
- Polit, Beck, & Hungler. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (5ª ed.). Porto alegre: Art med.
- Vilelas. (2009). *Investigação, o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Sílabo.

**AUTORES/AUTHORS:**

Ecem Koroglu, Meltem Yildirim

**TÍTULO/TITLE:**

The Factors Affecting Academic Procrastination Levels in Nursing Students

**Objectives:** Every individual has their own tasks to finish. However it is a common situation that individuals procrastinate those tasks till the last moments. Most of these people are unhappy with this result and decide not to procrastinate again. However; at the end, they find themselves in the same vicious cycle. Procrastination is a problem which affects millions of people (Cakici 2003).

Academic procrastination is defined as tendency to postpone academic tasks such as reading assignments, doing homework and creates problems in school life such as bad grades. (Deniz et al. 2009). Academic procrastination is common among university students and it is known that 90% of university students have procrastinated an academic task at least once in their education life (Ozer and Altun 2011).

There can be many factors which affect the level of academic procrastination in university-degree students. Therefore the purpose of this study was to investigate the factors affecting academic procrastination levels in nursing students.

**Material and Methods:** This cross-sectional descriptive study was conducted in a nursing department of a foundation university in Istanbul, Turkey between February 17th and 21st, 2014 with written permission from the department of nursing. There were 160 nursing students registered in the department. The sample included 122 nursing students who were presenting at the school during data collection and voluntary to participate in the study. The data collected by Information Form and Academic Procrastination Scale. Information Form was generated by the researchers after a literature research and consisted of 29 questions about demographic characteristics, academic status and the factors could affect academic procrastination. Academic Procrastination Scale was generated by Aitken is 1982 and adapted to Turkish language by Balkis in 2006. The data were evaluated by descriptive statistics, independent sample t-test, one way ANOVA and Pearson's correlation analysis.

**Results:** The average age of the students was found  $21,71 \pm 1,59$  years. The average days of clinical practice per week was found  $1,63 \pm 1,17$  days. The students stated that normally they are sleeping  $7,39 \pm 1,20$  hours a day in average; however this ratio decreases to  $5,5 \pm 1,59$  hours of sleep in average during the exam week. Eighteen point nine percent ( $n=23$ ) of the students were working in a extra job and among these students, 73.9% ( $n=17$ ) were working in a hospital and 56,5% ( $n=13$ ) stated that they have a heavy workload. Ninety-eight point four percent ( $n=120$ ) of the students stated that they have at least one account in a social networking website and 30.3% ( $n=37$ ) stated that they are spending at least 1 hour a day in those websites. It was found that 51.6% ( $n=63$ ) of the students don't use an agenda regularly. Academic procrastination levels of the students who work in a job were found statistically higher than the students who don't work ( $p<0.05$ ). Among 4th year students, academic procrastination levels were found statistically higher than the 2nd and 3rd year students ( $p<0.01$ ). Demographic characteristics, leisure activities, academic passing grades, studying habits, sleeping pattern, and hours of clinical practice were not significantly associated with the level of academic procrastination in nursing students ( $p>0.05$ ).

**Discussion:** Studying in the last year of nursing education and working in a job were found statistically associated with academic procrastination in nursing students. According to the results of this study; it can be suggested that the academicians should consider the increasing number of working students in the last years of their education; support and provide consultancy for the students in the

previous years about how to maintain an academic life on a regular basis.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Cakici D. C. (2003). Lise ve Üniversite Öğrencilerinde Genel Erteleme ve Akademik Erteleme Davranışlarının İncelenmesi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Master's Thesis. ANKARA.
2. Deniz M. E., Tras Z., Aydoğan D. (2009). Akademik Erteleme ve Denetim Odasının Duygusal Zeka Açısından İncelenmesi. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri Dergisi, 9(2): 607-632.
3. Ozer A., Altun E. (2011). Üniversite Öğrencilerinin Akademik Erteleme Nedenleri. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 21: 45 – 72.

**AUTORES/AUTHORS:**

ilker murat avcibasi, seher ünver, figen digin, ilknur dindar, ümmü yıldız findik

**TÍTULO/TITLE:**

NURSING STUDENTS' SATISFACTION LEVELS IN EAST THRACE

**Objective:** In Turkey, there are three types of schools to have bachelor degree on nursing, which are called Nursing faculty, Health Science Faculty and School of Health in universities. Even though they have the same title, there is a dissimilarity on acceptance to department; so that, their demographic and educational features may show differences (El Ansari, 2002a, 2002b). Nurse training institutions determine student satisfaction levels year after year for reshaping their educational attitudes (Baykal, Sokmen, Korkmaz, & Akgun, 2005). Researchers and practitioners try to figure out what effects on student satisfaction such as gender, socioeconomic status and in fact religious affiliation (Bowman & Smedley, 2013). This descriptive research paper's aim was to determine student satisfaction levels on nursing students in Northwest of Turkey, known as East Thrace.

**Methods:** This study was carried out with voluntary students in nursing classes in Trakya University Health Science Faculty and Kırklareli University School of Health on May, 2014. Data gathered from Trakya University Health Science Faculty's and Kırklareli University School Of Health's 1st, 2nd, 3rd and 4th grades nursing students via "Students' Satisfaction Scale – Short Form" which is 5 point Likert scale and developed by Baykal et al. (Baykal et al., 2005); Then, 519 (found to be eligible) of them were evaluated by SPSS 19.0 using Mann-Whitney, independent samples t test and frequencies.

**Results:** Evaluated data showed that; 84.8% were female, average age was  $20.96 \pm 1.715$ , 26.4% and 27.6% was respectively 1st and 4th grades, 65.7% was mostly lived last 10 years in northwest region of Turkey, 40.1% was accommodate in state dormitory, average monthly spending was  $569.49 \pm 292.51$  TL ( $197.61 \pm 101.50$  €; currency 1 TL = 0,347 €) and 16.4% was not willing to be a nurse. Participant's total satisfaction level was  $2.90 \pm 0.652$  and it was lower than the median degree.

Similar results were seen on all 5 subscales between grades 1-3, 1-4, 2-3 and 2-4, which were satisfaction of teaching staff, administration, participation to decision, social – scientific – technical facilities and education. Analyzing subscales by grades, 3rd and 4th grades were less satisfied than 1st and 2nd grades ( $p = .000$ ).

According to the results, there was a meaningful difference between faculty students and health school students figuring that the faculty students were more satisfied than the other by all 5 subscales ( $p = .000$ ).

Results indicated that students' mean figure of satisfaction levels, who were members of any cultural, sport or artistic student community, was higher than the non-members. Analyzing these two groups' means showed that being a member of a community had a positive impact on students' satisfaction levels ( $p = .000$ ).

The fact that the students who stated had an idealistic personality had lower satisfaction on participate to decision subscale than the others ( $p = .033$ ) proved to be meaningful in statistical terms.

**Discussion:** The results show that students' average satisfaction level was  $2.90 \pm 0.652$  out of 5 point, so it means students have moderate satisfaction level like Yangin et al.'s study on Antalya School of Health Science in 2013, however, unlikely of Kaynar et al.'s study on Trabzon School of Health Science in 2006.

According to the results, it was obtained that satisfaction levels of students were going down after second years of education. This was same with the sub titles of this scale. In order to prevent the decrease in satisfaction levels, students should be encouraged to participate in school activities, to join student communities and to continue being student delegators.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Baykal, U., Sokmen, S., Korkmaz, S., & Akgun, E. (2005). Determining student satisfaction in a nursing college. *Nurse Educ Today*, 25(4), 255-262. doi: 10.1016/j.nedt.2004.11.009

- Bowman, N. A., & Smedley, C. T. (2013). The Forgotten Minority: Examining Religious Affiliation and University Satisfaction. *Higher Education: The International Journal of Higher Education and Educational Planning*, 65(6), 745-760.
- El Ansari, W. (2002a). Student nurse satisfaction levels with their courses: part I -- effects of demographic variables. *Nurse Educ Today*, 22(2), 159-170. doi: 10.1054/nedt.2001.0682
- El Ansari, W. (2002b). Student nurse satisfaction levels with their courses: Part II--effects of academic variables. *Nurse Educ Today*, 22(2), 171-180. doi: 10.1054/nedt.2001.0683
- Kaynar, A., Sahn, A., Bayrak, D., Karakoç, G., Ülke, F., & Öztürk, H. (2006). Karadeniz Teknik Üniversitesi Trabzon Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Öğrencilerinin Doyum Düzeyleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(3), 12 - 19.
- Yangin, H. B., & Kirca, N. (2013). Antalya Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Öğrencilerinin Memnuniyet Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörler. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 2(1), 78 - 94.



**AUTORES/AUTHORS:**

Seher Ünver, İlker Murat Avcıbası, Zeynep Kızılcık Özkan, Figen Digin, Ümmü Yıldız Findik, İlknur Dindar

**TÍTULO/TITLE:**

DETERMINATION OF HEALTH ANXIETY LEVELS OF NURSING STUDENTS IN FIRST AND LAST CLASS

**Objectives:** Health anxiety refers to the negative interpretation and fears about the meaning of bodily sensations (Hadjistavropoulos et al., 2012). It is not clear medical education is particularly more stressful than other higher education (Firth-Cozens, 2001). In addition, clinical experiences, theoretical implications and learning kinds of diseases can provoke anxiety in nursing students (Kleehammer, 1990). As known, nurses are needed to emphasize on their thoughts and feelings in care plans, but this should be without sympathy (Abdoli and Safavi, 2010). High anxiety may contribute to decreased learning and may influence lifestyle or future life. Because physical well-being is essential to our survival, it is not surprising that most people experience health-focused thoughts and concerns from time to time (Looper, 2001; Abramowitz, 2007). The aim of this descriptive study was to determine the health anxiety levels of nursing students.

**Methods:** This study was carried out with 274 voluntary students in the first and last classes of nursing in Faculty of Health Sciences at Trakya University and Health High School at Kırklareli University between 12.02.2014 and 09.05.2014. For the data collection, questionnaire form that consists of socio-demographics questions and short form of Health Anxiety Inventory (SHAI) were used. Salkovskis et al. (2002) developed this inventory and it was modified to Turkish population by Aydemir et al (2013). It is sensitive to both mild and more severe forms of health anxiety and is suitable for use in both medical and nonmedical samples. It has 18 items and each item of the SHAI consists of four statements rated from "I do not" (0) to "I spend most of my time" (3). The total score ranges from 0 to 54 and high score shows higher anxiety levels. Items assess worry about health, awareness of bodily sensations or changes, and feared consequences of having an illness (Alberts et al., 2011). The SHAI has demonstrated adequate-to-excellent internal consistency in undergraduate students and strong construct validity (Alberts et al., 2013). The data were evaluated by frequency statistics and Mann-Whitney U test via SPSS 21.0 for Windows. Three data of nursing were excluded to set a normally distributed data.

**Results:** The mean age of all nursing students was  $21.05 \pm 2.05$  and 85.4% of them female. Ten of them (10/274) had chronic illness themselves (diabetes mellitus-3; cardiac problem-1; asthma-6). The mean of total inventory score was  $16.64 \pm 5.86$  and any significant difference was found between having a chronic illness and total inventory scores ( $z: -0.978, p > 0.05$ ). Forty-eight point nine percent of them (134/274) were from first class in nursing and any statistically significant difference was found between class years and HAI scale total scores ( $z: -0.140, p > 0.05$ ).

**Discussion:** In this study, we investigated health anxiety levels of nursing students using the SHAI. We suggested that students in the first class 2 begin to learn about diseases, but do not yet have sufficient knowledge of them. Thus, they may have feelings of having some symptoms and diseases which they learn during their education in faculty. Furthermore, clinical practices are stressful periods during education. In the literature, Morris and Petri (2001) showed that medical students, compared to other students, experience higher degrees of health anxiety. On the other hand, similar to our study results, Sing et al. (2004) found that, health anxiety was significantly lower in medical students in years 1 and 4 than in control group students ( $p < 0.001$ ). Overall, medical students had significantly lower levels of health anxiety than non-medical students ( $F = 30.257, p < 0.001$ ).

A variety of factors are considered to be important in health anxiety as like, personality and mood characteristics, the potential for adaptation, the ability to withstand emotional and physical distress (Shahidi et al, 2012). In this study, these factors weren't evaluated but any relationship between having a chronic illness and total inventory scores were found either ( $p > 0.05$ ).

According to the results, health anxiety wasn't rising with the education including disease knowledge and lessons about illness had no affect on them in direction of fear. This was a good result for patient based nursing care without health anxiety related to illness fear. It

is recommended other trainers to determine their students' health anxiety levels before training to avoid transition of this anxiety to their patients and help them to decrease their anxiety.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Abdoli S, Safavi SS (2010) Nursing students' immediate responses to distressed clients based on Orlando's theory. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 15(4): 178–184.
- Abramowitz JS, Olatunji BO, Deacon BJ (2007) Health Anxiety, Hypochondriasis, and the Anxiety Disorders. *Behavior Therapy*, 38:86–94.
- Alberts NM, Sharpe D, Kehler MD, Hadjistavropoulos HD (2011) Health anxiety: Comparison of the latent structure in medical and non-medical samples. *J Anxiety Disord*;25:612–614.
- Alberts NM, Hadjistavropoulos HD, Jones SL, Sharpe D (2013) The Short Health Anxiety Inventory: a systematic review and meta-analysis. *J Anxiety Disord*;27:68–78.
- Aydemir Ö, Kirkpinak I, Sati T, Uykur B, Cengiz C (2013) Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe için Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Archives of Neuropsychiatry*, 50:325-331.
- Firth-Cozens J (2001) Medical student stress. *Med Educ*; 35 (1):6–7.
- Hadjistavropoulos HD, Janzen JA, Kehler MD, Leclerc JA, Sharpe D, Bourgault-Fagnou MD (2012). Core cognitions related to health anxiety in self-reported medical and non-medical samples. *J Behav Med.*;35: 167–178.
- Kleehammer K, Hart AL, Keck JF (1990) Nursing students' perceptions of anxiety-producing situations in the clinical setting. *The Journal of Nursing Education*, 29(4):183-187.
- Looper KJ, Kirmayer LJ (2001) Hypochondriacal concerns in a community population. *Psychological Medicine*, 31, 577–584.
- Moss-Morris R, Petrie KJ (2001) Redefining medical students disease to reduce morbidity. *Med Educ*; 35(8): 724-8
- Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HM, Clark DM (2002) The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med*;32: 843–853.
- Shahidi S, Molaie A, Dehghani M (2012) Relationship between health anxiety and alexithymia in an Iranian sample. *Procedia Soc Behav Sci*;46: 591–595.
- Singh G, Hankins M, Weinman JA (2004) Does medical school cause health anxiety and worry in medical students? *Med Educ*; 38(5): 479-81.

**AUTORES/AUTHORS:**

Annette Floyd, Dikaios Sakellariou

**TÍTULO/TITLE:**

Experiences of non-literate, non-English-speaking refugee women accessing health care in Vancouver, Canada

Background: Inability to communicate in the local language and lack of literacy has been shown to be barriers to accessing healthcare for new immigrants to Canada. African refugee women may face additional challenges as they simultaneously belong to several marginalized groups. Non-English or French speakers are underrepresented in sampling frames for research on immigrant's access to health care in Canada. This study was undertaken in the greater Vancouver area. Objectives: (1) To explore the experience of accessing health care for recently-arrived government-assisted refugee women who were non-literate and non-English-speaking; (2) To identify barriers to accessing and utilizing health care for this population; (3) To identify strategies that the population use to gain access to health care. Methods: A qualitative design using descriptive phenomenology was used. In-depth, semi-structured interviews were done with eight women who met the inclusion criteria. Interviews were digitally recorded and transcribed, then analyzed using Moustakas' modification of Van Kaam's method. Results: Four major themes emerged: (1) Dependence, which resulted in (a) lack of choice in where to access healthcare and (b) lack of autonomy when accessing care; (2) Isolation, which manifested as (a) rejection by community members or healthcare providers, (b) confusion around appointments and healthcare encounters, (c) fear while trying to navigate the system or during the healthcare encounter, and (d) shame due to lack of English or literacy; (3) Resourcefulness in finding ways to access healthcare; (4) Feeling cared for when receiving healthcare. Conclusions: Although the women in the study experienced significant challenges in accessing healthcare in the greater Vancouver area, they also described their own resourcefulness and skills that they employed in order to gain access to healthcare. Implications for practice: A greater understanding of the experiences of accessing healthcare from the perspective of these women can guide healthcare workers and policy makers in improving services for this population. By viewing the women's experience through the lens of social justice and structural violence, nurses, nurse educators and health care policy makers are encouraged to examine both their own and their organization's attitudes and service provision to similar clients.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Beiser M. The health of immigrants and refugees in Canada. *Can J Public Health* [Internet]. 2005 [cited 2013 Mar 3]; 96(Supplement 2):[S30-S44 pp.]. Available from: <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/view/1494/1683>

Bowen S. Language Barriers in Access to Health Care. *Health Canada* [Internet]. Ottawa;2001 [cited 2012 Nov 20]. Available from: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-lang-acces/index-eng.php>

Dossa P. *Racialized bodies, disabling worlds*. Toronto: University of Toronto Press; 2009.

Fennelly K. Listening to the experts: provider recommendations on the health needs of immigrants and refugees. *J Cult Divers* [Internet]. 2006 [cited 2013 Feb 10]; 13(4):[190-201 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17338489>

Gagnon A. Responsiveness of the Canadian health care system towards newcomers. [Internet]. Ottawa: Commission on the Future of Health Care in Canada 2002 [cited 2013 Mar 3]. Available from: <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-79-40-2002E.pdf>

Lebrun LA. Effects of length of stay and language proficiency on health care experiences among Immigrants in Canada and the United States. *Soc Sci Med* [Internet]. 2012 Apr [cited 2013 Mar 5]; 74(7):[1062-72 pp.]. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.11.031 Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22326103>

Moustakas C. Phenomenological Research Methods. Thousand Oaks: Sage; 1994.

Van Manen M. Researching Lived Experience: human science for an action sensitive pedagogy. Albany, New York: State University of New York Press; 1990.

Vissandjee B, Weinfeld, M., Dupere, S. and Abdool, S. Sex, gender, ethnicity, and access to health care services: research and policy challenges for immigrant women in Canada. J Internat Migrat Integr [Internet]. 2001 [cited 2013 Mar 7]; 2(1):[55-75 pp.]. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12134-001-1019-7#>

Wahoush EO. Equitable health-care access: the experiences of refugee and refugee claimant mothers with an ill preschooler. Can J Nurs Res [Internet]. 2009 [cited 2012 Nov 20]; 41(3):[186-206 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19831061>

**AUTORES/AUTHORS:**

DEMET AKTAS, FATMANUR ÖZTÜRK, YASEMIN KAPAN

**TÍTULO/TITLE:**

The Prevalence of Obesity and Affecting Factors in University Students and Eating Habits.

**Objective:** Obesity is considered to be a major public health concern, both in developed and developing countries. Obesity is chronic and progressive disease that limits physical activity, causes social and psychological problems. It reduced life expectancy and is associated with many health problems like cardiovascular illnesses, asthma, stroke, type 2 diabetes mellitus, hypertension and cancer. In the World, the prevalence of obesity has increased substantially over the last several decades. By 2010, there was approximately 1.6 billion overweight and more than 400 million obese individuals worldwide. It is expected that the prevalence of obesity will increase and By 2015 there was approximately 2.3 billion overweight and more than 700 million obese individuals worldwide. The prevalence of obesity in Turkey (2010) were reported to be 21.2% among men, 41.5% among women and 6.2% among children. The rapid cultural and socio-economic changes were associated with an alarming increasing in obesity among young adults. Unhealthy eating habits (animal-based food, processed foodstuffs e.g), smoking, sedentary behavior, physical inactivity, family history of obesity, are major factors to weight problem among young adults. The purpose of this study was to investigate the prevalence of obesity and affecting factors in university students and eating habits.

**Method:** The study is a cross-sectional study. The data were collected using two different questionnaires (the sample characteristics questionnaires and the eating habits index), Body Mass Index and Waist-to-Height ratio. Obesity and overweight are measured using Body Mass Index and Waist-to-Height ratio. The research was carried out at the School of Nursing and the School of Physical Therapy and Rehabilitation of Turgut Ozal University between November 2013 and May 2014. This study was conducted with 260 university students. The data were analysed using frequency, chi-square tests, independent t-test and ANOVA.

**Result:** The average age of university students was  $20.8 \pm 2.29$  years. For body mass index, 25.0-29.9 was accepted as overweight,  $\geq 30.00$  was accepted as obesity. The study found that 23.1% of the students were overweight and 6.5% of the students were obese. For waist-to-height ratio  $\geq 1.0$  was accepted as obesity. The study found that 16.9% of the students have higher waist-to-height ratio than 1.0. This study found that gender, family history of obesity, speed of eating, the frequency of eating fast food were related with obesity.

**Conclusion:** The prevalence of overweight and obesity was 23.1% and 6.5% respectively. Overweight and obesity are an important public health problem that is commonly seen in young adults worldwide and that negatively affects quality of life. Young adults should be educated and counseled to determine the affecting factors and to increase the use of an effective prevention and treatment methods

**Keywords:** Obesity, Body Mass Index, Waist-to-Height Ratio, University students, Affecting factors.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

## References

1. Ferreira Marques CD, de Cássia Ribeiro Silva R, Machado MEC, et al. (2013). The prevalence of overweight and obesity in adolescents in Bahia, Brazil. *Nutr Hosp.*, 28(2):491-496.
2. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM (2012). Prevalence of obesity and trends in body mass index among US children and adolescents, 1999-2010. *JAMA*, 307(5):483-490.
3. Prasanna Kamath BT, Bengalorkar GM, Deepthi R, Muninarayan C, Ravishankar S, (2012). Prevalence of overweight and obesity among adolescent school going children (12-15years) in urban area, South India. *Int J Cur Res Rev*, 4(20):99-106.

4. Stice E, Presnell K, Shaw H (2005). Psychological and behavioral risk factors for obesity onset in adolescent girls: a prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2):195–202.
5. Mahmood S, Perveen T, Najjad M, et al. (2013). Overweight and obesity among medical students of public sector's institutes in Karachi, Pakistan. *J Obes Wt Loss Ther*, 3(1): 2-4.
6. Yahia N, Achkar A, Abdallah A et al. (2008). Eating habits and obesity among Lebanese university students. *Nutrition Journal*, 7(32): 2-6.
7. Aksoydan E, Çakir N (2011). Evaluation of nutritional behavior, physical activity level and body mass index of adolescents. *Gülhane Tıp Derg*, 53(1): 264-270.
8. Yosmaoglu HB, Baltaci G, Dermene O (2010). Effectiveness of body fat measurement methods in obese adolescents. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*, 21(3):125-131.
9. Simsek F, Ulukol B, Berberoglu M (2005). Obesity prevalence in a primary school and a high school in Ankara. *Medical Sciences*, 58(1):163-166.
10. Menten E, Menten B, Karacabey K (2011). Obesity and exercise in adolescent period. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(2): 973-988.

**AUTORES/AUTHORS:**

Zeynep Kizilcik Özkan, Seher Ünver, Figen Digin, Ümmü Yıldız Findik

**TÍTULO/TITLE:****DRAIN FOLLOWING ABILITIES OF NURSING STUDENTS**

**Objectives:** Drains are used for abdominal, orthopedic, breast surgeries etc (1). After surgery, follow of patients who have drain is very important (2). Following of drain assist to identify drain-related complications (excessive hemorrhage, wound healing and infection) (3-4). Surgically placed drains have been associated with increased rates wound of infection, decreased comfort and satisfaction, and prolonged hospital stay (5). Therefore; surgical nurses should check whether drain works or not, monitor drainage and drainage from drain should be evaluated in terms of the amount, odor and color. The character of drainage must be recorded (6-7) surgical nurses should follow fluid intake- output (1, 4) and the duration of drainage should be recorded (8).

Drainage and tubes management is located education activities of Intensive Care Unit Liaison Nurse (ICULN) in an Argentinean hospital (9). Perioperative nurses must know potential complications of surgical drains. Moreover they are responsible for care of drain and education of patient with drain (10). As know that surgical nursing education aims to give students the basic principles and concepts of nursing care, by taking the surgical nursing lesson, they get the ability of follow-up drainage system. The purpose of surgical nursing course is to know the basic principles and concepts of nursing care, to gain the ability to apply (11).

**Methods:** In this study; 66 nursing care plans of nursing students were investigated in the spring education term 2013-2014 education years. Data were evaluated by using numbers, percentages, arithmetic average.

**Results:** All of the nursing students (n: 66) belonged to second year and took surgical courses during the term and all nursing care plans were done in surgical clinics at university hospital. The mean age of nursing students was  $20.18 \pm 0.83$  years (range 19- 25). According to students' care plans, drainage was applied in 44 (64.7%) patients and 39 (57.4%) students monitored drainage. Twenty students point out number of drain. None of students followed characteristic of inserted drains. 89.7 % of students also followed fluid intake- output.

**Discussions:** Amount of drainage from the incision was measured by thirty-nine of students. In Yüceer's study, it was found that 80% of nurses who worked in the neurosurgery intensive care unit were monitored for prevention surgery site infection color and amount of drainage (12). In this study; only one student followed color of drainage and wrote type of drain. In literature, 7.2% of nurses followed color of drainage (13). Two students recorded specify area of drain 48.9 % of students stated number of drains. In Babacan's study (2006), it was determined that 23, 3% of nurses were followed drainage in postoperative period.

According to the literature; the most important interventions in the care of surgical wound; controlling of wound, keeping clean, follow-drained (14). Patients who have drain are at high risk for surgical infections, re-hospitalization (15). Given this condition, nurses have great responsibility. This study demonstrated that a majority of the students didn't did not have the general points to be aware of patients with drain following.

We recommend that critical points of drainage following should be added to nursing care form. In addition, academician and clinical supervisor should impose that drainage following is very significant on account of hemorrhage and infection. In clinical application clinical supervisors should provide that active participate of students post-operative patients care. During nursing education, nurses' knowledge and skills should be developed.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Scardillo J Postoperative care of patients with surgical drains, Perspectives 4:4.
2. Yüceyar S, Cerrahi yaraların takip ve tedavisi, I.Ü Cerrahpasa tıp fakültesi sürekli tıp eğitimi etkinlikleri yara bakimi ve tedavisi sempozyum dizisi No: 67 s. 17-24.

3. Ay F (2001) Preoperatif hazirlik- postoperatif bakim ve takip (Temel Hemsirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar) Ed: Ay F. 1.basim. Istanbul medikal yayincilik. Istanbul 393-406.
4. Kartoglu S. Cerrahi yaralarda hemsirelik bakimi, I. Ü Cerrahpasa tip fakültesi sürekli tip eğitimi etkinlikleri yara bakimi ve tedavisi sempozyum dizisi no: 67:25-30.
5. Memon Z.A, Amed G, Khan S, Khalid M, Sultan N (2012) Postoperative use of drain in thyroid lobectomy a randomized clinical trial conducted at civil hospital, Karachi, Pakistan, Thyroid research 5:9.
6. Degnim A et all (2013) randomized controlled trial to reduce bacterial colonization of surgical drains after breast and axillary operations Ann surg. Aug 2013; 258(2): 240–247.
7. LeMone P, Burke K, Bauldoff G (2011) Nursing care of patients with ventilation disorders , Medical Surgical Nursing:critical thinking in patient care, 5.baski 1209
8. Laws D, Neville E, Duffy J (2003) BTS guidelines for the insertion of a chest drain, 58 Thorax 58:suppl 2:53-9.
9. Alberto L et all (2014) A description of the ICU liaison nurse role in Argentina, Intensive and critical care nursing, 30:31-37.
10. Durai R, C.H.NG P(2010) Surgical vacuum drains: types, uses, and complications, Association of perioperative registered nurses journal, 91:2.
11. <http://ybu.edu.tr/saglikbilimleri/hemsirelik/contents/files/lisans/akts/lisans%20AKTS.pdf>
12. Yüceer S, Bulut H (2010) Beyin cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışan hemsirelerin hastane enfeksiyonların önlenmesine ilişkin uygulamaları, Dicle tip dergisi, 37:4;367-74.
13. Babacan F, Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışan hemsirelerin bakıma yönelik uygulamaları, Yüksek lisans tezi, Ankara, 2007.
14. Erdil F (2001). Cerrahi Hemsireliği (Cerrahi Hastalıkları Hemsireliği) Edt: Erdil F, Elbas N. 4. baski. Aydogdu ofset. Ankara. 97-136.
15. Ezer A ve ark.lari (2010) Perfore apandisit ameliyatında dren kullanımının komplikasyonlara etkisi, Ulusal travma acil cerrahi dergisi 16 (5):427-432.



## Sesión de Comunicaciones Orales Breves IX

### Session of Oral Brief Presentations IX

#### AUTORES/AUTHORS:

Alba Canteli Diez

#### TÍTULO/TITLE:

Análisis de los conocimientos y percepciones, de las estudiantes de Enfermería de Zamora, sobre anticoncepción hormonal.

#### OBJETIVOS

Objetivo general:

- Evaluar los conocimientos que las estudiantes de Enfermería de la EUE de Zamora tienen sobre métodos anticonceptivos.

Objetivos específicos:

- Describir la percepción que tienen sobre los anticonceptivos hormonales.
- Evaluar las fuentes de información sobre métodos anticonceptivos y la influencia que ejerce cada una de ellas.
- Describir los métodos anticonceptivos más utilizados.
- Comparar los resultados en función del curso en el que se encuentran

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y transversal, realizado a partir de los datos obtenidos en 135 cuestionarios de mujeres de la Escuela, de una población total de 198 mujeres.

Para la obtención de datos se empleó un cuestionario de papel, autocumplimentado y anónimo entregado en las aulas, rellenado "in situ" y recogido a continuación. Dicho cuestionario se obtuvo a través de la Sociedad Española de Contracepción (SEC)<sup>1</sup>, con autorización para hacer uso de él.

Para el análisis estadístico de los datos se emplearon frecuencias y porcentajes de cada variable, así como tablas de contingencia para valorar variabilidades significativas entre unos cursos y otros, en función de haber cursado o no la asignatura Enfermería Materno Infantil I donde se imparte dicho tema. Los programas informáticos empleados para ello fueron Access y Spss 20.0

#### RESULTADOS

Se obtuvo respuesta del 68% de las mujeres de la Escuela, 86,7% de las cuales, emplean métodos anticonceptivos de manera regular, siendo el preservativo el más utilizado (66,7%), seguido de la píldora (26,7%).

Se averiguó el aspecto más preocupante sobre anticoncepción hormonal, siendo la posible peligrosidad para la salud en un 79,8% de los casos.

El medio informativo más empleado por las estudiantes ha sido los programas formativos de los centros educativos (85,2%), y el medio más influyente es el médico (51,1 %), seguido de la enfermera (48,1%).

El 85,9% del total de encuestadas se consideran lo suficientemente informadas a cerca de la píldora, seguido del anillo vaginal (57,8%). Mientras que el implante (20%) y los inyectables (11,9%) son los métodos en los que hay un mayor desconocimiento.

#### DISCUSIÓN

Los resultados de la evaluación llevada a cabo a las alumnas sobre anticoncepción hormonal, no muestra variabilidad significativa alguna entre 1º y 2º curso (los cuales no habían cursado la asignatura Enfermería Materno- Infantil I, donde se imparte los temas sobre contracepción y salud reproductiva), respecto 3º y 4º.

Aspectos vistos en clase, muchos de ellos creencias falsas presentes en la sociedad y que fueron aclarados en la asignatura, siguen presentado elevados porcentajes de respuesta, tales como el riesgo a producir futuros problemas de fertilidad (51,1%), o la posibilidad de que produzcan problemas en la piel (64,4%). Pero sin duda el aspecto más llamativo, es el elevado índice de creencia existente entre las estudiantes (82,2%) del efecto que tienen los anticonceptivos hormonales en el aumento de peso, siendo un aspecto muy extendido en la sociedad y viéndose también reflejado en este estudio.

Se observa un gran desconocimiento del efecto que la toma de éstos produce en la disminución del riesgo a padecer carcinoma de ovario y endometrio, siendo conocido tan solo por un 10,4% del total de mujeres encuestadas. Por el contrario se observa una buena formación sobre los riesgos a nivel vascular que produce el consumo de anticonceptivos hormonales, así como los efectos que tienen regulando el ciclo menstrual y disminuyendo el dolor de éste.

En lo que se refiere a los medios de obtención de información y ante los resultados obtenidos, se justifica la necesidad de que sea personal especializado tal como enfermería, quien supervise la labor de los centros educativos para garantizar la veracidad de la información impartida. No hay que olvidar, que en numerosos casos estos programas formativos son la primera fuente fiable que entra en contacto con los jóvenes y su labor es fundamental para una buena formación desde un principio. Para ello es necesario que el personal sanitario se muestre más accesible dado que solo han informado a un 49,6% de las encuestadas, pese a ello se considera el medio más influyente, por lo que si aumentase su demanda de información, el nivel de educación sexual de la juventud mejoraría considerablemente.

Con este estudio, se ha visto la necesidad de desarrollar herramientas científicamente validadas que permitan llevar a cabo este tipo de evaluaciones. Tras reiteradas búsquedas en diferentes bases de datos, fue imposible encontrar un cuestionario validado científicamente. Finalmente se consiguió emplear uno proporcionado por la Sociedad Española de Contracepción (SEC)<sup>1</sup>.

Ante los resultados obtenidos en esta evaluación, resulta necesario seguir formando a las estudiantes en anticoncepción y salud reproductiva de forma más continuada y no solo en una asignatura. Se siguen observando fallos conceptuales y deficiencias en conocimientos sobre los distintos anticonceptivos hormonales y los efectos que éstos pueden producir. Conviene reforzar la formación, para que en un futuro éstas profesionales sean capaces de desarrollar programas formativos y de educación para la salud de máxima calidad desde sus consultas.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Kantar Health. Libro blanco sobre la percepción de los anticonceptivos entre las mujeres españolas [Internet]. Madrid: Sociedad española de contracepción (SEC); 2012 [acceso 14 de diciembre del 2013]. Disponible en:

[http://sec.es/descargas/LIBRO\\_B\\_2012.pdf](http://sec.es/descargas/LIBRO_B_2012.pdf)

2. OMS. Problemas de la adolescencia [Internet]. Informe de un comité de Expertos de la OMS [acceso en Febrero del 2014]. Serie de Informes Técnicos nº308. Ginebra, 1965. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_308\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_308_spa.pdf)
3. Llopis Pérez A. Anticoncepción en la adolescencia. La consulta joven [Internet]. En: Buil Rada C, Lete Lasa I, Ros Rahola R, De Pablo Lozano JL. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Zaragoza: Sociedad española de contracepción; 2001. P 705-732. [Acceso en Febrero del 2014]. Disponible en: [http://sec.es/descargas/AA\\_1999\\_Manual\\_Salud\\_Reproductiva\\_Adolescencia.pdf](http://sec.es/descargas/AA_1999_Manual_Salud_Reproductiva_Adolescencia.pdf)
4. Correa Rancel M. Infecciones de transmisión sexual. Matronaysaludmujer. 2013; 4 (2): 25-28.
5. García Alcaraz F, Alfaro Espin A. Sexualidad y anticoncepción en jóvenes universitarios de Albacete. Revistadeenfermeria.2001 (14):12-20.
6. Equipo Daphne. VII encuesta Bayer de Anticoncepción en España 2011 [Internet]. [Acceso en Enero del 2014]. Disponible en: <http://www.acaive.com/pdf/Encuesta-anticoncepcin-Equipo-Daphne-26-10-11.pdf>
7. Delgado M, Zamora F, Barrios L, Cámara N. Pautas anticonceptivas y maternidad adolescente en España. 1ª Ed, Madrid: Sociedad española de contracepción (SEC); 2011.
8. Santín C, Torrico E, López MJ, Revilla C. Conocimiento y utilización de los métodos anticonceptivos y su relación con la prevención de enfermedades de transmisión sexual en jóvenes [Internet]. Anales de Psicología. 2003; 19 (1): 81-90. [Acceso Marzo del 2014]. Disponible en: [http://www.um.es/analesps/v19/v19\\_1/08-19\\_1.pdf](http://www.um.es/analesps/v19/v19_1/08-19_1.pdf)
9. Correa Rancel M. Embarazo en adolescentes. Matronaysaludmujer. 2012; 3 (3): 35-37.
10. Coll i Capdevilla C, Ramírez Polo I, Martínez San Andrés F, Ramírez Hidalgo A, Bernabéu Pérez S, Díez Febrer E. Anticoncepción en la adolescencia. Métodos de barrera, naturales y DIU [Internet]. En: Buil Rada C, Lete Lasa I, Ros Rahola R, De Pablo Lozano JL. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Zaragoza: Sociedad española de contracepción; 2001. P 729-771 [Acceso en Febrero del 2014]. Disponible en: [http://sec.es/descargas/AA\\_1999\\_Manual\\_Salud\\_Reproductiva\\_Adolescencia.pdf](http://sec.es/descargas/AA_1999_Manual_Salud_Reproductiva_Adolescencia.pdf)

**AUTORES/AUTHORS:**

Raúl Quintana Alonso, Daniel Muñoz Jiménez, Maribel Buceta Toro, Carmen Bango Álvarez, Beatriz Losa García, Óscar Álvarez López, Elena Chamorro Rebollo

**TÍTULO/TITLE:**

Accidentes biológicos en una Facultad de Enfermería en periodos pre y post implantación de las medidas de bioseguridad.

**OBJETIVOS:** El objetivo del presente trabajo es describir y comparar la incidencia de accidentes biológicos y sus características en alumnos de enfermería de una Facultad española entre los periodos pre y post-implantación de las medidas de bioseguridad en los centros públicos de la red sanitaria.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo prospectivo de los accidentes biológicos declarados en dos periodos de corte, 2003-2005 (P0) y 2011-2013 (P1). La recogida de datos se realizó a través del registro de accidentes biológicos de la facultad. Las variables incluidas fueron: sexo, curso, número de accidente, fecha y hora del accidente, tipo de centro y servicio de ocurrencia, mecanismo de accidente y material del accidente, siendo descritas las variables cualitativas mediante sus frecuencias absolutas y relativas y las cuantitativas mediante la media y la desviación típica. La comparación de variables cualitativas se realizó mediante el test de X<sup>2</sup>. Se calculó la incidencia en cada uno de los periodos y el riesgo relativo (RR) con un IC 95% tomando como referencia el primer periodo. Se aceptó un valor de significación del 5%.

**RESULTADOS:** Fueron declarados 47 accidentes en P0 sobre 354 alumnos matriculados en prácticas clínicas, lo que supuso una incidencia de 0,13 accidentes/alumno. Para P1 fueron 30 accidentes sobre 401 alumnos con una incidencia de 0,07. La distribución de accidentes por sexo fue de 2,1% (1) en hombres y 97,9% (46) en mujeres para P0 y de 20% (6) en hombres y 80% (24) en mujeres mostrando diferencia significativa ( $p=0,008$ ). Las técnicas en las que con más frecuencia se dieron accidentes fueron venopunción 29,8% (14) en P0 y 16,7% (5) en P1, administración subcutánea 25,5% (12) en P0 y 46,7% (14) en P1, determinación de glucemia 14,9% (7) en P0 y 10% (3) en P1. Se determinó una reducción en el RR de sufrir un accidente en P1 de un 40,6% (RR 0,59; IC: 95%: 0,38-0,92) con significación  $p=0,019$ .

**DISCUSIÓN:**

La recolección y análisis de estos datos han permitido conocer la incidencia y características de los accidentes biológicos en los alumnos de enfermería incluidos en este estudio. Según los mismos, evidenciamos que un 13,27% de los alumnos en P0 y un 7,48% de los mismos en P1 han declarado haber sufrido algún tipo de accidente biológico durante sus prácticas clínicas. Si comparamos los datos de ambos periodos con los aportados por otros estudios, los datos son positivos. Según los datos presentados por Ortiz Molina S. en su estudio sobre accidentes biológicos en estudiantes de enfermería en el curso 2000-2001, un 42,2 % de los mismos declaró haber sufrido un accidente biológico, esto supone una accidentalidad declarada superior a la manifestada por los alumnos de nuestra facultad en ambos periodos. Asimismo si la comparación la realizamos con estudios más recientes, en concreto con el presentado por Merino-de la Hoz F et al. en el año 2009 en el que se cifraba la accidentalidad biológica en un 32,2%, también evidenciamos un dato inferior en los alumnos de nuestra facultad. Con respecto al material implicado, el accidente con aguja continúa siendo el más frecuente en la actualidad. La comparación entre periodos muestra una disminución del 13,1% de los accidentes asociados a venopunciones e inversamente un incremento del 21,2% en los accidentes asociados a la administración subcutánea. En este sentido cabe destacar que la implantación de los dispositivos de bioseguridad, por parte de las instituciones sanitarias, asociados a objetos punzantes afectó mayoritariamente a agujas, catéteres y lancetas pero ciertos materiales con partes punzantes como fármacos subcutáneos precargados, bolígrafos de insulina, etc., no disponían o disponen de mecanismos de

autoencapsulado tras su uso.

En relación con el riesgo relativo de sufrir un accidente es muy importante destacar que fuera un 40,6% menor en P1 que en P0, sobre este hecho sería fundamental analizar si tiene relación directa con la implantación de las medidas de bioseguridad o existen otros factores que hayan podido influir. Asimismo no se debe obviar que, pese a que existe una reducción en las declaraciones de accidentes entre ambos periodos, éstos siguen estando presentes por lo que su prevención debe ser una prioridad tanto para la facultad en particular como para las instituciones sanitarias en general.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- 1.Ortiz Molina S. Riesgos Biológicos de los estudiantes de enfermería. *Enferm Clin.* 2003; 13(5): 285-9.
- 2.Merino-de la Hoz F, et al. Conocimiento y cumplimiento de las medidas de bioseguridad y accidentes biológicos de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Enferm Clin.* 2010; 20(3): 179-185.
- 3.Hernández Navarrete MJ, Campins Martí M, Martínez Sánchez EV, Ramos Pérez F, Codes Llarío AG, Arribas Llorente JL. Exposición ocupacional a sangre y material biológico en personal sanitario. Proyecto EPINETAC 1996-2000. *Medicina Clínica.* 2004; 122(3): 81-6.
- 4.Orden 827/2005, de 11 de mayo, de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, por la que se establecen e implantan los procedimientos de seguridad y el sistema de vigilancia frente al accidente con riesgo biológico en el ámbito sanitario de la Comunidad de Madrid. (BOCM, núm 116, 17/5/2005).
- 5.Resolución de 8 de febrero de 2006, del Director General de Salud Pública y Alimentación, por la que se amplían los plazos del artículo 9 y se actualiza el Anexo I de la Orden 827/2005, de 11 de mayo, de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, por la que se establecen e implantan los procedimientos de seguridad y el sistema de vigilancia frente al accidente con riesgo biológico en el ámbito sanitario de la Comunidad de Madrid. (BOCM, núm 46, 23/2/2006).
- 6.Gómez-Salgado J, Sobrino Luengo S. Riesgos biológicos en los estudiantes de enfermería: dimensionamiento del problema y sus soluciones. *Evidentia* 2005 sept-dic; 2(6). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n6/142articulo.php> [Consulta: 30 may 2014].
- 7.Cicolini G, Di Labio L, Lancia L. Prevalence of biological exposure among nursing students: an observational study. *Prof Inferm.* 2008; 61(4):217-22.
- 8.Lukianskyte R, Gataeva J, Radziunaite L. Needlesticks and sharps injuries experienced by staff nurses and nursing students and their prevention. *International Journal of Infection Control.* 2011; 8(1):3-9.
- 9.Hambridge K. Needlestick and sharps injuries in the nursing student population. *Nursing Standard.*2011; 25(27): 38-45.
- 10.Cararro TE, Gelbcke FL, Sebold LF, Kempfer SS, Zapelini MC, Waterkemper R. Nursing students point of view on biosecurity and patient safety. *Rev Gaucha Enferm* 2012; 33(3):14-9.

**AUTORES/AUTHORS:**

Matilde Fernandez y Fernandez-Arroyo, Isabel Muñoz San Roque, Jorge Torres Lucas

**TÍTULO/TITLE:**

:"Modelos de evaluación para los programas de educación para la salud. Revisión".

**JUSTIFICACIÓN:** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), "la salud mundial solo mejorará cuando los propios interesados participen en la planificación, aplicación y toma de decisiones acerca de su propia salud" [1]. Este enfoque, cuyo objetivo es el empoderamiento de la población, requiere que los profesionales sanitarios innoven su metodología de atención sanitaria y desarrollen estrategias que permitan que los individuos y las comunidades sean autorresponsables en materia de salud [1-3]. El camino para lograr este cambio de posicionamiento profesional es el desarrollo de la Educación para la Salud a nivel individual y de programas grupales [1]. Y si todas las intervenciones precisan del apartado de "evaluación" para su desarrollo continuo y aumento de la calidad, los programas de educación para la salud grupal requieren un desarrollo especial que permita medir los indicadores de cobertura, proceso y resultado [4]. En el ámbito académico hay mucha experiencia en programas de formación [5], sin embargo, en el ámbito sanitario hay menos experiencia en el diseño de programas de educación para la salud desde la perspectiva de la evaluación continua que permita incrementar su calidad [6]. Ello hace que se plantee la revisión de los modelos de evaluación de programas existentes en el ámbito académico y sanitario que permitan organizar la información que se ha de recabar de acuerdo a los objetivos educativos y los estándares de calidad.

**OBJETIVOS:** Identificar y analizar los principales modelos de evaluación educativa disponibles en la literatura científica susceptibles de ser aplicables en educación para la Salud.

**MÉTODO:** Se realizó una revisión sistemática en la base de datos de ámbito sanitario Medline/Pubmed, y en la de ámbito educativo ERIC, desde 1 de enero 1981 al 1 de mayo 2014. Fue utilizado como límite de tiempo el año 1981 por la repercusión en Educación para la salud de las recomendaciones de la Organización Mundial de la salud [1]. Se limitó el idioma de la publicación a inglés, francés y castellano. Se incluyeron estudios sobre los modelos educativos de evaluación en el ámbito académico y sanitario. Se utilizaron los siguientes descriptores (MeSHTerms): assessmentmodels, Educationprogram, QualityAssurance, healtheducation. La calidad metodológica de los estudios fue evaluada con la escala Newcastle-Ottawa. La selección de las publicaciones y la extracción de los datos fue realizada por dos revisores de forma independiente.

**RESULTADOS:** En la base de datos ERIC se encuentran infinidad de trabajos con modelos de evaluación educativa y su análisis permite apreciar su evolución de simples pruebas de conocimiento a modelos integrados de competencias y desarrollo profesional. Dentro de estos destacan los modelos metaevaluativos: Tyler (1950), Cronbach (1963), Stake (1967), Rossi, Freeman, Wright y Chen (1989), Parker (1971), Bell System (1983), Stufflebeam y Shinkfield (1993), Gento (1996), Kirkpatrick (1999), Pérez Yuste (2000) y Mizikaci (2006). En la base de datos Pubmed se encuentran escasos trabajos de evaluación de programas de Educación para la salud con modelos de evaluación. Se encuentra más la utilización de cuestionarios sin cualidades psicométricas, escalas de satisfacción y la utilización de test. En el ámbito de la formación académica sanitaria, especialmente en la formación postgraduada se encuentra, que el modelo de Kirpatric es el más utilizado y en el área de la formación de profesionales en psicogeriatría han surgido nuevos modelosde competencias, siendo el de Pikes Peak el más difundido y extendido por Estados Unidos, Canadá y Australia [7].

**DISCUSIÓN:** La evaluación forma parte integrada de los procesos de educación académica pero, a la luz de los resultados a tenido menor peso en la evaluación de la educación para la salud. En educación académica sanitaria el modelo más es el de Kirpatric aunque están surgiendo modelos de evaluación en competencias en áreas especializadas de la formación postgraduada. En Educación para la Salud no se encuentra ningún modelo de evaluación con amplia utilización. Por ello se realiza un análisis de los modelos de evaluación académica y social. El resultado del análisis indica que el modelo de Gento es de fácil utilización en el marco

de la educación para la salud por contemplar los indicadores de calidad de uso habitual en el ámbito sanitario (eficacia, funcionalidad, eficiencia e impacto) [8].

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA: Conocer los modelos de evaluación va a permitir replantear el diseño de los programas de educación para la salud para aumentar su calidad. Así mismo las evaluaciones según un modelo podrán organizar mejor la información de cobertura, proceso y resultados que se obtienen con un programa [6]. El haber encontrado un modelo de evaluación de gran aplicabilidad al ámbito sanitario puede facilitar el desarrollo de herramientas de evaluación con garantías psicométricas que faciliten la evaluación estandarizada de los programas de educación para la salud. Estas evaluaciones permitirán la evolución y el desarrollo continuo de los programas en aras de obtener mayor calidad asistencial y de empoderar a la población [9-12].

PALABRAS CLAVE: Assessment models, Education program, Quality Assurance, Health education.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Organización Mundial de la Salud. Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 1989. Pág.7.
- 2- Zimmerman, M.A., Stewart, S.E., Morrel-Samuels, S., Franzen, S., Reischl, T.M. Youth Empowerment Solutions for Peaceful Communities: combining theory and practice in a community-level violence prevention curriculum. *Health PromotPract*, May. 2011;12 (3): 425-39.
- 3- Asoh, D.A., & Rivers, P.A. The empowerment and quality health value propositions of e-health. *Health Services Management Research*. 2010;23:181-4.
- 4- Rowe, A.K. The effect of performance indicator category on estimates of intervention effectiveness. *Int J Qual Health Care*. 2013; Jul, 25(3):331-9.
- 5- Castillo, S., Cabrerizo, J. Evaluación de programas de Intervención Socioeducativa: Agentes y Ámbitos. Madrid: Pearson Education S.A. 2004.
- 6- Fernández, M. Elaboración de una herramienta de evaluación de Programas de Educación Maternal de los centros de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid (Thesis doctoral). ComillasPontificalUniversity, Faculty of Humanities and Social Sciences. Madrid (Spain). 2012.
- 7- Wharton T, Shah A, Scogin FR, Allen RS. Evidence to Support the Pike's Peak Model: The UA Geropsychology Education Program. *Train Educ Prof Psychol*. 2013 May;7(2):139-144.
- 8- Gento, S. Instituciones educativas para la calidad total. Madrid: La Muralla. 1996.
- 9- Dixon, N. Proposed standards for the design and conduct of a national clinical audit or quality improvement study. *Int J Qual Health Care*. 2013 Sep;25(4): 357-65
- 10- Klassen, A., Miller, A., Anderson, N., Shen, J., Schiarti, V., O'Donnell, M. Performance measurement and improvement frameworks in health, education and social services systems: a Systematics review. *Int J Qual Health care*. 2010; 22(1): 44-69.
- 11- Rowe, A.K. The effect of performance indicator category on estimates of intervention effectiveness. *Int J Qual Health Care*. 2013 Jul;25(3):331-9.
- 12- Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J.M., Odgaard-Jensen, J., French, S.D., O'Brien, M.A., Johansen, M., Grimshaw, J., Oxman, A.D. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Jun; 13;6:CD000259.

**AUTORES/AUTHORS:**

Gloria Muñoz Pérez, Juan José Rodríguez Mondéjar, Javier Iniesta Sánchez, M<sup>a</sup> Teresa Rabadán Anta, Beatriz Caballero Guerrero, Ángeles del Rosario Sáez Soto, M<sup>a</sup> José Terón Martínez, Concepción Corbalán Dólera, Alfonso José Ruíz Sánchez

**TÍTULO/TITLE:**

Diseño del mapa docente: adaptando la oferta a la demanda

**Introducción**

Según la Ley 4/1994, de 26 de julio, de salud de la Región de Murcia, toda la estructura asistencial de los servicios de salud, públicos o concertados, debe estar en disposición de ser utilizada para la docencia de los profesionales sanitarios.

Recibimos un elevado número de alumnos que han de ajustarse a los recursos disponibles, ya que cada año la demanda de plazas es más elevada.

El alumno de enfermería va asociado al turno de un tutor por lo que es imprescindible disponer de un banco de enfermeros tutores comprometidos. Las prácticas conforman una asignatura propia por lo que la puntuación del tutor es fundamental para el expediente académico.

**Objetivo general**

Diseñar un mapa docente que garantice una realización de las prácticas clínicas orientadas al logro de las competencias de los alumnos.

**Objetivos específicos**

1. Valorar las inquietudes de los tutores en relación al número de alumnos.
2. Valorar la capacidad de cada servicio para hacerse cargo de alumnos pregrado.
3. Establecer unos criterios para ubicar a los alumnos de enfermería, auxiliares de enfermería y técnicos en las unidades.

**Metodología**

Se realizó un estudio cualitativo mediante técnica de grupo nominal, y bajo el marco del convenio que regula el desarrollo de las prácticas clínicas en una Gerencia de Área Única compuesta por un Hospital General Universitario y 11 Centros de Salud.

Mediante la técnica de lluvia de ideas se detectaron las dificultades que los enfermeros tienen para realizar su función docente, durante todo el año.

Se realizó un análisis de la capacidad tanto de las unidades de enfermería como de los centros de salud, fijando los criterios que responden a las necesidades de competencia a adquirir según practicum y prácticas clínicas, al tiempo que se atendía a la disponibilidad de tutores.

Finalmente y con toda la información recogida se elaboró un mapa docente del área para alumnos tanto de enfermería como del resto de las ramas de ciencias de la salud.

**Resultados**

En relación a las inquietudes de los profesionales enfermeros de cada unidad destacamos ideas como: "Son demasiados alumnos"; "Es que es todo el año. Incluso en verano"; "Necesitamos descansar"; "La evaluación es complicada"

Se elaboró un documento en el que se recogen los criterios de capacidad para cada unidad y el ratio alumno/enfermera, en el caso de las prácticas de alumnos de enfermería:

- UCI: 1 alumno cada 2 enfermeras.
- Urgencias: 1 por cada 2.75 enfermeras.
- Quirófanos: 1 alumno por quirófano, con un ratio de 1 alumno por cada 3 enfermeras.
- Unidades de hospitalización: ratio en 1 alumno cada 2.
- Psiquiatría: 3 alumnos de pregrado.



- Hemodiálisis, CMA, y Reanimación con una asignación máxima de 2 alumnos.
  - Pruebas funcionales, Radiodiagnóstico, Laboratorio y Hospital de día, con 1 alumno.
  - Consultas externas: 1 alumno.
  - Capacidad de los centros de salud desde 2 plazas en los centros más pequeños hasta 5 en aquellos con más recursos.
- En relación a las prácticas de los alumnos de ciclos formativos, la capacidad que se ha ofertado es la siguiente:

- Unidades de hospitalización: 4 plazas.
- Urgencias: 8 plazas.
- UCI: 4 alumnos.
- Quirófano: 2 plazas.
- Reanimación: 3 plazas.
- CMA: 2 plazas.
- Consultas: 3 plazas en distintas consultas.
- Radiodiagnóstico: 12 plazas.
- A parte se ofertan de 2 a 4 plazas para los técnicos de laboratorio, farmacia, anatomía patológica, nutrición, documentación e higiene dental.

#### Discusión

Los profesionales de enfermería son conscientes de la necesidad de participar en la formación de los alumnos. Consideramos que les sirve de aliciente para mantenerse actualizados ya que el alumno de enfermería debe participar en sesiones que posteriormente se les pide para ser evaluados.

Con los criterios establecidos se hace posible que solo la mitad de la plantilla esté en un rotatorio, tutorizando a algún alumno. El mapa docente elaborado facilita de esta manera la asignación y rotación de tutores para evitar la fatiga de los mismos en la formación de los alumnos.

En el Hospital el alumno lleva el turno del tutor, incluyendo mañanas, tardes, noches y festivos. Consideramos este método, beneficioso tanto para el alumno como para el profesional que adquiere más implicación en la formación del alumno.

Para la implantación de dicho mapa, se han tenido en cuenta cuales son las competencias y los objetivos que los alumnos deben conseguir en cada practicum.

Los alumnos de los ciclos formativos suelen venir en turno de mañanas ya que los servicios donde realizan sus prácticas están operativos en ese turno, a excepción de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería que tienen las prácticas programadas en turnos de mañanas y tardes.

Consideramos que disponer de un mapa docente por unidades de enfermería nos permite adaptar la oferta a la demanda de plazas de forma adecuada a las necesidades del alumno para la adquisición de competencias.

#### Implicaciones para la práctica

El mapa docente facilita la gestión de los tutores de forma que pese a que siempre haya presencia de alumnos en todos los servicios, hay la posibilidad de rotar los tutores con el fin de que estos descansen de las funciones docentes durante un tiempo.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Resolución de 3 de julio de 2014 del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se establecen las condiciones para suscribir convenios y los criterios de asignación de plazas para la realización de prácticas docentes en los Centros Dependientes del Servicio Murciano de Salud. BORM 159 julio 2014

Fernández Pardo J, Guirao Sastre J, Vicente López JC, Esteban Ruíz ME, Sáez Soto A. Plan de gestión de la calidad docente del Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia 2008.

**AUTORES/AUTHORS:**

Carolina Rascón-Hernán, Sandra Gelabert-Vilella, MCarmen Malagón-Aguilera, Anna Bonmatí-Tomàs, Concepció Fuentes-Pumarola, David Ballester-Ferrando, Cristina Bosch-Farré

**TÍTULO/TITLE:**

Percepción de estudiantes y profesores de los Practicum específicos en el Grado de Enfermería de la UdG.

Las actuales directrices específicas del Título de Grado en Enfermería recogidas en la Orden Ministerial CIN/2134/2008, del 3 de julio, hace énfasis en la importancia del Practicum en el proceso formativo de los estudios de Enfermería, y plantean la necesidad de realizar un elevado número de créditos de Practicum. (1). Diferentes estudios (2-5) corroboran la importancia de las prácticas clínicas en la formación de enfermería.

En el marco del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), se considera al estudiante el centro del proceso enseñanza-aprendizaje. Es el propio estudiante quien ha de desarrollar las competencias a partir de las actividades de aprendizaje diseñadas para ello (5). De acuerdo con ello el desarrollo del programa de las asignaturas de Practicum de los diferentes cursos, tiene como objetivo la consecución de 19 competencias mediante las actividades de aprendizaje formativas y sistemas de evaluación como son el portafolios, diario reflexivo, tutorías y la observación por parte de la enfermera tutora de la actividad práctica en los centros adscritos a la Facultad de Enfermería.

Objetivo: Valorar las competencias, las actividades de aprendizaje formativas y los sistemas de evaluación utilizados en los Practicum específicos en los estudios de Grado de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Girona desde la percepción del estudiante y del profesorado.

Método: Estudio cualitativo fenomenológico. La recogida de datos fue mediante 2 grupos focales. La selección de la muestra fue de conveniencia: cinco estudiantes y cinco profesores, aquellos que aceptaron su participación. El análisis temático del contenido a partir de la codificación y la categorización de los datos, se realizó con el soporte del programa informático: Atlas.tiv.7. Los participantes dieron su consentimiento para la grabación de los grupos y se les garantizó la confidencialidad de los datos.

**Resultados:**

Los estudiantes afirmaron lograr las competencias durante los distintos periodos de Practicum. Para ellos, existen múltiples factores que influyen en su aprendizaje entre los cuales destacan las relaciones personales que se establecen con las enfermeras tutoras (enfermera asistencial con tareas docentes) y con el profesor/a tutor/a (profesor del Departamento de Enfermería que realiza el seguimiento y evaluación del Practicum). Refirieron la importancia de desarrollar un espíritu crítico mientras realizan la formación dando valor al "hacer" y en la toma de sus propias decisiones en relación al cuidado del paciente. Reconocieron el valor de los conocimientos impartidos desde la Facultad. En relación a las metodologías, consideraron que hay una repetición en las actividades y una gran variabilidad de criterios entre los profesores tutores.

El profesorado refirió una percepción positiva tanto en el funcionamiento del Practicum, como en la evolución en el aprendizaje y consolidación de las competencias del alumno. Los profesores valoraron la consecución de las competencias, destacando la importancia que los estudiantes dan a las técnicas, anteponiéndolas a las habilidades comunicativas, de relación y también por delante de la visión integral del enfermo, especialmente en unidades clínicas complejas aunque consolidándose en las unidades de Geriatría y Salud Mental. Consideraron la práctica reflexiva como un soporte al estudiante, a su vez que para las enfermeras tutoras. Valoraron las tutorías como apoyo para el estudiante en la gestión del tiempo y los recursos. Además destacaron las habilidades en relación a la búsqueda de información y comunicación de los estudiantes.

**Discusión/Conclusión:**

Los estudiantes y el profesorado coinciden en que las diferentes actividades de aprendizaje que permiten la consolidación de las competencias a lo largo de los Practicum específicos. Ambos refieren de forma positiva el espíritu crítico o práctica reflexiva como

soporte en la atención y cuidado integral del paciente (7).

Los estudiantes destacan que las relaciones personales que se establecen entre la enfermera tutora y el alumnado determina como serán aquellas prácticas (8). Coincidiendo con otros estudios recientes (9) los estudiantes describen la existencia de una disparidad de criterios de evaluación de las enfermeras tutoras durante el seguimiento y evaluación de los mismos. Por el contrario los profesores destacan competencialmente a los estudiantes en relación a la buena comunicación y las habilidades de búsqueda de información.

La valoración de los Practicum específicos ayudará en la mejora de la formación de profesionales competentes en el cuidado del paciente y contribuye positivamente a la calidad académica de los estudios.

### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero
2. Lofmark A, Wikblad K. Facilitating and obstructing factors for development of learning in clinical practice: a student perspective.2001.Journal of Advanced Nursing.34: 43–50
3. Spouse J. Workplace learning: preregistration nursing students' perspectives.2001.Nurse Education in Practice.1:149–156
4. Andrews GJ, Brodie DA, Andrews JP, Hillan E, Thomas BG, Wong J, Rixon L. Professional roles and communications in clinical placements: a qualitative study of nursing students' perceptions and some models for practice.2006.International Journal of Nursing Studies.43:861–874
5. Wolff Skaalvik M, Ketil Normann H, Henriksen N. Clinical learning environment and supervision:experiences of Norwegian nursing students-a questionnaire survey.Journal of clinical nursing. 2011;20: 2294-2304
6. Universitat de Girona. Guia per a l'adaptació a l'Espai Europeu d'Educació Superior. Competències. Girona: Universitat de Girona; 2006
7. Medina Moya JL, Castillo Parra S. La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva. Texto contexto - enferm. [serial on the Internet]. 2006 June [cited 2014 Sep 15];15(2):303-311.  
Available from:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000200015&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200015&lng=en).  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000200015>.
8. Ballardo Porras, M<sup>a</sup>D, Cano Planas S. Evaluación de competencias en el Prácticum de Enfermería. Metas de Enfermería.2012; 15 (1):15-22
9. Zafrir H, Nissim S. Evaluation in clinical practice using an innovative model for clinical teachers. The Journal of nursing education. 2011; 50 (3): 167-171

**AUTORES/AUTHORS:**

Azucena Santillán García, Carmen Villar Bustos, Yolanda Martín Vaquero, Luis Real López, Maria Eugenia Diez Esteban

**TÍTULO/TITLE:**

Calidad de las páginas web de salud: percepción de los alumnos de enfermería

**OBJETIVOS:**

- 1-Analizar la percepción que tienen los alumnos de enfermería en cuanto a la calidad de la información de las páginas web de salud.
- 2-Conocer la predisposición de los alumnos para utilización de estas páginas web.

**MÉTODO:**

Diseño cualitativo aplicando la observación participante en el aula. La población son los 55 alumnos matriculados en la asignatura "Psicosocial II" en la Escuela Universitaria de Enfermería de Burgos (España), durante el curso académico 2013-2014. Una de las partes de esta asignatura abarca las nuevas formas de relación y comunicación entre profesionales y pacientes, refiriéndonos a Internet como escenario. En este contexto se aborda el tema de la evaluación de las páginas web de salud y para ello se trabaja un taller en grupos de 17-20 alumnos, reforzándolo con una clase magistral a todos los alumnos y poniéndolo en práctica mediante la elaboración de trabajos grupales (5-6 alumnos) sobre prescripción de enlaces de Internet a grupos específicos de pacientes (enfermedades pulmonares, alergias e intolerancias, Alzheimer y demencias, diabetes, enfermedades cardiovasculares, embarazo y parto, cáncer, obesidad, depresión, VIH/SIDA). Estos trabajos se expusieron en clase y se generaron debates respecto a la calidad actual de las páginas web en español de salud. Durante toda la experiencia se recogió la información mediante notas de campo y se han analizado tanto los debates como los contenidos de los trabajos escritos.

**RESULTADOS:**

La falta de regulación en materia de calidad de las páginas web en salud es percibida como una gran limitación. Las páginas institucionales generan mayor confianza que las particulares aunque los autores de estas estén bien identificados y se pueda verificar su expertez. Se valora altamente la corrección gramatical y los contenidos basados en evidencia científica: "Cuando está bien escrito y te viene bibliografía, te lo crees más..."

Las redes sociales son consideradas como una fuente más de información pero no se perciben como un recurso de información fiable aunque sí de apoyo emocional: "Están bien pero hay que tener ojo".

Los sellos de calidad no brindan confianza porque no están emplazados en todas las páginas de calidad y a veces están en páginas de cuyos contenidos los alumnos recelan. Piensan que las instituciones públicas deberían modular la información de salud que hay en Internet: "Tienen que hacerlo ellos, para eso están".

Los alumnos reconocen no haber sido conscientes del potencial de Internet para la mejora de los cuidados hasta la realización del taller y se muestran receptivos a su utilización (prescripción de enlaces) cuando sean profesionales. También reconocen que han estado utilizando información extraída en Internet para usos personales sin filtrar las fuentes y que ahora le dan más importancia a este filtrado: "Pensaba que quien escribe en Internet lo hace porque sabe de lo que escribe..."

**DISCUSIÓN (implicaciones para la práctica):**

Es importante la formación en lectura crítica de la calidad de los recursos electrónicos disponibles en Internet para que los profesionales seamos capaces de utilizarlos a nivel profesional y recomendarlos a los pacientes con suficientes garantías de calidad y seguridad.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- 1-Cuesta Benjumea, Carmen de la. "Naturaleza de la investigación cualitativa y su contribución a la práctica de Enfermería". *Metas de Enfermería*. Vol. 9, n. 5 (jun. 2006). ISSN 1138-7262, pp. 50-55
- 2-Coll, Cesar (1999). *El constructivismo en el aula*. Barcelona: Serie Pedagógica.
- 3-Valdés Payo, L. (2013). Evaluación de sitios web de salud: método y aplicación. *No Solo Usabilidad*, (12).
- 4-Bermúdez-Tamayo C, Jiménez-Pernett J, García-Gutiérrez JF, Azpilicueta I, Silva-Castro MM, Babio G, Plazaola J. Cuestionario para evaluar páginas web sanitarias según criterios europeos. *Aten Primaria* 2006; 38(5):268-274
- 5-Decálogo para el uso de webs de salud [página principal en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; c2012 [actualizada 27 de Nov. 2012, citado 19 de Mayo 2014]. Decálogo para el uso de webs de salud [1 página]. Disponible en: <http://www.guiasinfosalud.es/cast/home.html>
- 6-Lupiáñez-Villanueva, F. (2011). Salud e internet: más allá de la calidad de la información. *Revista Española de Cardiología*, 64(10), 849-850.

**AUTORES/AUTHORS:**

ESTRELLA MARTÍNEZ SEGURA, GEMMA MARIA MARCH PALLARÉS, CARMEN SERRA TOMÁS, LAURA ÉREZ BERTOMEU

**TÍTULO/TITLE:**

Evaluación del dolor en urgencias desde la visión del paciente y enfermero/a de triage.

Objetivos: Unificar criterios de valoración del paciente con dolor mediante escala validada para poder aplicar una guía de triage avanzado a todo paciente que acude a urgencias con dolor. Valorar el cumplimiento del registro de la quinta constante vital por parte del enfermero/a de triage. Valorar el registro de la reevaluación del dolor mediante la misma escala.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo cuantitativo de las hojas de Enfermería. Periodo estudiado del 01 enero hasta el 31 mayo de 2014. Se realiza un corte mensual de éstas escogiendo muestra inicial aleatoria de 30 hojas mensuales en diferentes turnos. Las variables a estudiar son: número de paciente, edad, sexo, país de origen, registro del dolor mediante escala, nivel de triage enfermero asignado, administración de analgesia, revaloración escala y turno. Creación de un grupo de trabajo de Enfermería experta en Urgencias y triaje que forman parte del núcleo de Seguridad y Calidad del Servicio con propósito de valorar los resultados obtenidos e implantar posibles medidas correctoras.

Resultados: Se han valorado 150 registros de Enfermería correspondiendo al 100% de la muestra. El periodo de edad más valorado ha sido el de 20-29 años y de 40 a 49 años con el 18,87% ambos, siendo el rango de edad de 6 a 94 años. El país de origen más frecuente es España, seguido de Marruecos. Sólo el 35,33% de la muestra tiene registrada la valoración del dolor (N 53 pacientes). Sólo consta la reevaluación del dolor en el 3,78% de los pacientes. Según la percepción del paciente el 33,97% refiere dolor ligero, 39,62% moderado y 26,41% intenso. Según el nivel de triage asignado por el enfermero/a el 52,83% de los pacientes se clasifican en nivel III (urgente) y 47,17% nivel IV (menos urgente). Al 47,17% de los pacientes no se les ha administrado analgesia. El turno donde se evalúa y registra más el dolor al paciente es en el turno de mañana.

Discusión: El paciente que acude a urgencias con dolor agudo tiene un dolor moderado mayoritariamente según su percepción. Según el nivel de triage asignado por el enfermero/a la mayor parte de la muestra se encuentra en el nivel III (urgente) aunque un 26 % de los pacientes afirma tener dolor intenso y la percepción del enfermero/a es diferente. De aquí la necesidad de implantar una escala de valoración del dolor adecuada y que refleje ambas percepciones. Creemos que la escala visual de caras es la que más se ajusta. El personal de enfermería no registra el nivel de dolor como quinta constante vital. Durante el periodo estudiado ha habido un discreto aumento del registro. Creemos necesario continuar con el estudio para mejorar la atención al paciente con dolor agudo en urgencias y hacer del registro enfermero un indicador de buenas prácticas clínicas para avanzar hacia la excelencia profesional. Concluimos también que el enfermero/a de triage debe ser un profesional con suficiente competencia para valorar al paciente con dolor desde una visión global y de forma segura para éste.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

-----  
Pardo C, Muñoz T, Chamorro C y grupo de Trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de Trabajo de la analgesia y sedación de la SEMICYUC. Med. Intensiva 2006, 30; 379-85.

Vilarman MT, Nogueres A, Real J. Ausencia de correlación en la evaluación de la intensidad del dolor por parte de pacientes, médicos y enfermeras. Med. Clin. (Barc.). 2002; 119-435.

Todd KH, Ducharme J, Choiniere M, Crandall CS, Fonsocut DE, Homel P et al. Pain in the emergency department: results of the pain

and emergency medicine initiative (PEMI) multicenter study. *J.Pain.* 2007; 8: 460-6.

Guías de buenas prácticas en Enfermería. Valoración y manejo del dolor (consultado el diciembre de 2013). Disponible en <http://www.evidenciaencuidados.es>

Programa de ayuda al triaje (consultado el noviembre de 2013). Disponible en <http://www.triajeset.com>

**AUTORES/AUTHORS:**

Violeta Serrano Monge, Angela Cristina Barrias da Costa, Alejandro Lendínez Mesa, Ana Sofia Fernandes Ribeiro, Beatriz Ogando Díaz

**TÍTULO/TITLE:**

¿Conocer el diagnóstico y/o pronóstico influye en el dolor percibido por el paciente oncológico?

**Objetivo:** El objetivo principal del siguiente trabajo es explorar la percepción del dolor en pacientes oncológicos con conocimiento de diagnóstico y/o pronóstico ingresados en una Unidad de Cuidados Paliativos (UCP).

**Método:** Se ha llevado a cabo un estudio observacional, transversal, de corte cualitativo basado en la fenomenología de Husserl con el objetivo de estudiar los fenómenos entendidos como las experiencias vividas y la manera en que los vive la propia persona(1). La muestra fue constituida por pacientes oncológicos ingresados en la UCP de la Fundación Instituto San José (FISJ) de Madrid de Febrero a Abril de 2014 mediante muestreo no probabilístico e intencionado. Los individuos que participaron en el estudio debían cumplir los siguientes criterios de inclusión: Ser hispanoparlantes, con previsión estimada de supervivencia no superior a 6 meses, con síntoma de dolor. Como criterios de exclusión: Pacientes en agonía, en estado estuporoso, comatoso o confuso; con incapacidad para expresarse o comunicarse por alguna alteración a nivel oro-faríngeo o deterioro físico o por padecer algún trastorno psíquico. Antes de la recogida de datos se entregó un consentimiento informado y una hoja de información (2,3). Estos documentos fueron aprobados y autorizados por el centro hospitalario. La recogida de datos se realizó recogiendo los datos más relevantes de la historia clínica al igual que el conocimiento o no de diagnóstico y pronóstico. A continuación se realizó una entrevista semiestructurada de preguntas abiertas y definidas según los objetivos propuestos en el estudio, con grabación de la misma. Además se recogieron otros datos relevantes en un cuaderno de campo. Tras la ejecución de las entrevistas, se procedió a la transcripción de las mismas y revisión del cuaderno de campo. Se compuso una redacción de las entrevistas escuchadas y los datos recogidos con anotaciones de sentimientos, gestos, actitudes mantenidas durante la entrevista, que a posteriori se codificaron y sometieron a análisis de contenido, donde se agruparon en categorías (4).

**Resultados:** Los resultados obtenidos fueron un total de 3 pacientes entrevistados varones con edades de 59, 75 y 83 años, en tratamiento analgésico de tercer escalón. El primer paciente con conocimiento de diagnóstico y pronóstico. En el momento de la entrevista refería tener el dolor controlado con la medicación. Expresó claramente sentimientos de frustración, desesperación y miedo relacionados con el dolor incontrolable e insufrible. Además comentó que el dolor había enturbiado su relación familiar y social además de su trabajo, generándole mayor frustración aún. También expresó sentimientos de esperanza, comprensión e ilusión ya que el dolor estaba más controlado y conseguía mantener una mínima calidad de vida. El segundo paciente tuvo un rol más retraído con un discurso poco claro. Con una negación del diagnóstico absoluto durante la entrevista, según su historia clínica él conocía diagnóstico y pronóstico. Refiere estar mejor del dolor (6 en Escala EVA) (5), pero ha tenido mucho dolor. Durante la entrevista expresó un dolor descontrolado. En su discurso expresó sentimientos de: miedo, frustración, desconocimiento, pérdida, desamparo, soledad, inquietud.

El tercer paciente tenía una posición colaboradora pero fue muy conciso en sus respuestas. Con un dolor relacionado al momento de la comunicación del diagnóstico de la enfermedad, expresó que lo tenía controlado en ese momento. Este paciente estaba en conocimiento de diagnóstico y pronóstico al igual que su familia lo que les generó mayor unión. Él lo expresaba con sentimientos de gran amor y respeto por ella. Además reflejó tranquilidad y sinceridad porque el dolor estaba controlado y estaba siempre acompañado de los suyos.

**Discusión:** Basándonos en que el dolor es algo más complejo que los desencadenantes fisiológicos (6), en un paciente oncológico con poca información puede ser un síntoma totalmente descontrolado. Los componentes psicológicos tienen un claro peso en el desarrollo del dolor (7). Junto con esto, los estudios revisados explican que la información que puede llegar a tener los pacientes, es



un artículo de poder que no siempre tienen en su mano (8). Basándonos en estos datos la discusión realizada en este trabajo es la de si la información ayuda a controlar el dolor en los pacientes oncológicos plasmándose con los valores de las escala de valoración de dolor EVA. Se podría considerar que los pacientes con mayor grado de información tienen el síntoma del dolor más controlado. Los pacientes 1 y 3 conocedores de diagnóstico y pronóstico referían los niveles más bajos en la escala EVA además de que precisaban menor medicación analgésica. En cambio, el segundo paciente que realizó una negación del diagnóstico tenía el síntoma más descontrolado generándole mayor sufrimiento. Las conclusiones obtenidas del trabajo implican que los pacientes con una buena información de base en su trayectoria de la enfermedad son capaces de controlar mejor los aspectos que acompañan a la sintomatología dolorosa que no son meramente fisiológicas.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- (1) Fenomenología de Husserl. <http://www.fyl.uva.es/~wfilosof/gargola/1997/sergio.htm> [Visitada el 14 de Mayo de 2014]
- (2) Ley de protección de datos. BOE 1999 12/13/1999; 15/1999.
- (3) Declaración de Helsinki. BOE 1964 09/1989; 10/2008
- (4) Íñiguez Rueda L. Investigación y evaluación cualitativa: Bases teóricas y conceptuales. *Aten Primaria* 1999;23(8):496-592.
- (5) Enfer-Mary. Controlando en dolor. 2013; <http://enfer-mery.blogspot.com.es/2013/03/controlando-el-dolor.html>. [Visitada el 3 de Enero de 2014].
- (6) Castel Riu A. Aportaciones de la psicología en la valoración funcional del dolor. V Congreso de la Sociedad Española de Dolor. Salamanca. 2003.
- (7) Gil-Julιά B, Bellver A, Ballester R. Duelo: Evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología Rev Interdiscip Invest Clin Biopsich Oncol.* 2008;5(1):103-116.
- (8) Labrador FJ, Bara E. La información del diagnóstico en pacientes de cáncer. *Psicoonco.* 2004;1(1):51-66.

**AUTORES/AUTHORS:**

Ana María Cordero Lázaro, Josune Aguirre, Estibaliz Ansotegui, Ana Bartolome, Itziar Garcia de Iturraspe, Yessica Gonzalez, Amaia Goñi, Elena Ibañez, Itxaso Martinez de Aguirre

**TÍTULO/TITLE:**

ANALISIS DETECTA - UNIDAD HOSPITALIZACION DE CIRUGÍA Y DE GINECOLOGIA DE HUA -SEDE SANTIAGO

En la Unidad de Hospitalización (UH) de Cirugía y Ginecología (CG/G) se implantó el "PROYECTO DE EQUIPO DE ATENCIÓN AL PACIENTE DE RIESGO: DETECTA" en Mayo de 2012

Este estudio se planteó para analizar la respuesta dada desde la UH a la implantación de DETECTA

**Objetivos**

Definir el perfil de paciente atendido y su permanencia en DETECTA en UH.

Evaluar la situación clínica que motiva la activación y signos de alerta

Describir el destino asistencial dado a estos pacientes tras activación

**Método**

Estudio observacional retrospectivo realizado en HUA Santiago en dos periodos: Julio 2012-Abril 2013 y Julio-Noviembre 2013. La población a estudio la constituye el 100% de pacientes incluidos en DETECTA

La recogida de datos se realiza a través de historia clínica:

Variable sociodemográficas y clínicas: edad, sexo, tipo y fecha de intervención quirúrgica (IQ), ASA e Índice de comorbilidad de Charlson.

Variables asistenciales: especialidad, días en DETECTA, motivo y nivel de riesgo en el momento de alarma, reactivaciones por paciente.

Variables de destino tras activación

Las variables se registraron en base de datos Excel y exportaron a SPSS 20.0. Las variables cualitativas se describieron con porcentajes y las cuantitativas con medidas de tendencia central y dispersión. Para analizar la relación estadística entre nivel de gravedad y tiempo transcurrido desde aviso de enfermera hasta activación se realizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis y para analizar relación entre nivel de gravedad de los signos de alarma y tiempo transcurrido hasta activación la prueba de Chi Cuadrado y correlación de Spearman. En el análisis se empleó un nivel de significación estadística del 0,05

**Resultados**

La Población estudiada ha sido de 46 pacientes, 100% CG, al primer periodo corresponden 30 y 16 al segundo. En ambos periodos la distribución por sexo es equitativa. Respecto a la edad en el 1º periodo es  $75,4 \pm 14,7$  años y en el 2º periodo:  $70,8 \pm 14$  años. El 39,1% fue intervenido de C.Intestinal, 28,3% de C.Vías biliares, 9,2% de C.Gástrica. Respecto a la valoración ASA en el 1º periodo el 68,0% fue ASA II y en el 2º periodo la suma de II y IV es 59,3%. Tras IQ hasta activación en el 1º periodo transcurrieron 4 días y en el 2º periodo 3 días, el 52,3% se activo entre el 1º y 3º día. La mediana de I. comorbilidad Charlson ajustada por edad se sitúa en el 1º periodo en 6 y en 5 en el 2º. De ambos periodos la mediana de días en DETECTA es 3. Tras detectar la enfermera signos de alarma no se activa DETECTA en el 1º periodo hasta transcurridas 10,5 horas mientras que en el 2º se activa a las 1,7 horas.

El Nivel de riesgo en el momento de alarma en el 1º periodo (n=28) es de Nivel 1 y 3 el 33,3% y de 2, 26,7%

Hay una relación significativa entre el Nivel de gravedad y demora en activar DETECTA:  $p=0,021$

El nº de signos de alarma está directamente relacionado con la demora en activar DETECTA,  $p=0,016$

La tendencia se mantiene en el 2º periodo

Se reactiva DETECTA en el 1º periodo en 10 ocasiones en 8 pacientes y en el 2º periodo 3 veces en 3 pacientes. Tras atención DETECTA en el 1º periodo 20 se mantienen en UH (66,66%), 7 ingresan en UMI (23,33%) y 3 exitus (10%), en el 2º periodo 7

permanece en UH (43,75%), 6 Ingreso UMI (37,35%) y 3 exitus (18,75%)

#### Discusión

La especialidad CG es la que ha originado el 100% de DETECTA dado que es de mas complejidad en esta sede que la C. Ginecológica y la década de los 70/80 años la mas afectada, no encontrandose relación con ASA elevado.

Los procedimientos de C.Intestinal originan el mayor porcentaje de pacientes (36,7-46%), seguido de la C.de vías biliares (25-26%) La disminución del tiempo desde que la enfermera detecta signos de alarma a la activación de DETECTA en el segundo indica una respuesta muy positiva a la alarma de la enfermera

Los pacientes con DETECTA activado que permanecen en UH tienen seguimiento medio de tres días necesitando vigilancia y cuidados superiores a la media.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Buist MD, Moore GE, Bernard SA, Waxman BP, Anderson JN, Nguyen TV. Effects of a medical emergency team on reduction of incidence of and mortality from unexpected cardiac arrests in hospital: preliminary study. *BMJ*. 2002 Feb 16;324(7334):387-90.

Bellomo R, Goldsmith D, Uchino S, et al. Prospective controlled trial of effect of medical emergency team on postoperative morbidity and mortality rates. *Crit Care Med*. 2004 Apr;32(4):916-21.

Bellomo

R, Goldsmith D, Uchino S, et al. Prospective controlled trial of effect of medical emergency team on postoperative morbidity and mortality rates. *Crit Care Med*. 2004 Apr;32(4):916-21.

Rosas-Carrasco, O., González-Flores, E., Brito-Carrera, A. M., Vázquez-Valdez, O. E., Peschard-Sáenz, E., Gutiérrez-Robledo, L. M., & García-Mayo, J. E. Evaluación de la comorbilidad en el adulto mayor.

Marchena-Gomez, J., Acosta-Merida, M. A., Hemmersbach-Miller, M., Conde-Martel, A., Roque-Castellano, C., & Hernandez-Romero, J. (2009, August). El índice de comorbilidad de Charlson ajustado por edad como variable pronostica en pacientes con isquemia mesentérica aguda. In *Anales de Cirugía Vasculard*(Vol. 23, No. 4, pp. 505-512). Elsevier Doyma.

Acutely ill patient in hospital.NHS.Recognition of and response to acute illness in adults in hospital. 2007.

Mitchell, I. A., McKay, H., Van Leuvan, C., Berry, R., McCutcheon, C., Avard, B., ... & Lamberth, P. (2010). A prospective controlled trial of the effect of a multi-faceted intervention on early recognition and intervention in deteriorating hospital patients. *Resuscitation*, 81(6), 658-666.

**AUTORES/AUTHORS:**

Xosé Manuel Meijome Sánchez, Ana María Prieto Blanco, Antonio Basante Rodriguez, Aranzazu González Cea, Santiago Fernandez Colinas

**TÍTULO/TITLE:**

Fallo en la identificación del paciente con deterioro cognitivo; comparación entre pregunta abierta y pregunta cerrada

**OBJETIVOS:**

Se trató de cuantificar los errores de identificación por parte de los pacientes mayores de 75 ingresados en nuestro centro por fractura de cadera en relación con el tipo de pregunta de identificación realizada por un profesional sin conocimiento previo del caso. Se relacionó también el posible error en la identificación con la edad, el sexo, los resultados del test de Pfeiffer, la escala de Barthel y el número de medicamentos que se tomaban antes del ingreso.

**MATERIAL Y MÉTODO:**

Se ha realizado un estudio aleatorizado con cegamiento simple.

En un primer momento personal de enfermería entrenado para ello localizaba en un período máximo de 48 horas los casos de pacientes mayores de 75 años que ingresaron con diagnóstico de fractura de cadera; a estos pacientes se les realizaban una valoración geriátrica que incluía el número de medicamentos que se tomaban, la escala de Barthel referida a antes de la causa de ingreso y el test de Pfeiffer. Tras esta valoración se procedía a obtener el consentimiento informado para tomar parte en el estudio. A continuación se informaba al investigador principal de la localización (Número de habitación y cama) de los pacientes de los que se había obtenido el consentimiento; este procedía a incluir el caso en la tabla de datos del estudio para obtener la aleatorización. El investigador se desplazaba a la habitación del paciente y realizaba la identificación del paciente mediante una pregunta de tipo abierto ("¿cómo se llama usted?") o cerrado ("¿es usted XXX?") según aleatorización procediendo simultáneamente a la comprobación de la presencia de la pulsera identificativa correcta.

Se realizó el análisis estadístico de los datos obtenidos con el paquete de macros XLstatistics para Excel 2003.

**RESULTADOS:**

177 Pacientes cumplieron los criterios de inclusión y consentimiento. Edad de  $86,39 \pm 5,23$ , un 78% de mujeres, tomaban una media de  $5,32 \pm 2,99$  medicamentos, con una puntuación media de  $71,97 \pm 30,55$  en la escala Barthel de dependencia y una media de  $5,35 \pm 3,96$  respuestas correctas en el test de Pfeiffer.

Resultaron aleatorizados 93 pacientes en el grupo de pregunta de identificación de tipo cerrado y 84 en el de tipo abierto. Ambos grupos no muestran diferencias significativas respecto a Sexo, Edad, Número de medicamentos, puntuación en la escala de Barthel o puntuación en el Test de Pfeiffer.

En el grupo de "Pregunta cerrada" fallaron en la identificación un 8,6% de los pacientes (8 en total; 5 no respondieron y 3 dieron una respuesta ininteligible). 1 de estos pacientes no portaba la banda identificativa. El fallo en la identificación resultó significativo respecto a la escala de Barthel ( $X 30 \pm 33,2$  vs  $X 74,47 \pm 29,12$   $p < 0,01$ ) y test de Pfeiffer ( $X 0$  vs  $X 5,25 \pm 4,04$   $p < 0,01$ ) pero no respecto a sexo, edad o número de medicamentos.

En el grupo de "Pregunta abierta" fallaron en la identificación un 7,14% de los pacientes (6 en total; 4 no respondieron, 1 dio una respuesta ininteligible y 1 dijo "no lo sé") 2 pacientes no portaban la banda identificativa. El fallo en la identificación resultó

significativo respecto a la escala de Barthel ( $X=29,16 \pm 35,13$  vs  $X=76,97 \pm 25,76$   $p < 0,01$ ) y test de Pfeiffer ( $X=0,66 \pm 1,21$  vs  $X=6,35 \pm 3,5$   $p < 0,01$ ) pero no respecto a sexo, edad o nº de medicamentos.

No presentaron diferencias significativas entre las distintas modalidades de pregunta (abierta o cerrada) respecto al resultado en la identificación del paciente ( $p=0,72$ ).

Respecto al total de la muestra (177 pacientes) un 7,9% de los pacientes falló en la pregunta de identificación; el número de aciertos en el test de Pfeiffer resultó significativo ( $p < 0,001$ ) entre la respuesta correcta a la pregunta de identificación ( $X=5,78 \pm 3,82$ ) y la errónea ( $X=0,28 \pm 0,82$ ). La puntuación en la escala de Barthel resultó significativa ( $p < 0,001$ ) entre la respuesta correcta ( $X=75,65 \pm 27,53$ ) y la errónea ( $X=29,64 \pm 32,72$ ).

Si tomamos en consideración únicamente a los 46 pacientes con "0" aciertos en el test de Pfeiffer el error de identificación se observa en un 26,08% de los casos sin que exista significación entre el tipo de pregunta (12 casos; 8 de "pregunta cerrada" y 4 de "pregunta abierta"  $p=0,64$ ).

Se observa una diferencia significativa en la escala de Barthel ( $X=22,5 \pm 29,11$  vs  $X=50,15 \pm 32,34$   $p=0,013$ ) pero no en edad, sexo o número de medicamentos.

## DISCUSIÓN

El estudio pone en relieve que en pacientes ancianos con patología aguda existe un riesgo de error en la identificación principalmente por falta de respuesta del mismo. Aún tratándose de un riesgo pequeño en términos absolutos la gravedad de las consecuencias que puede tener un error de identificación refuerzan la recomendación de usar pulseras identificativas en los diversos ámbitos de atención con internamiento. Dado que el test de Pfeiffer es una prueba sencilla y validada para la realización de la valoración cognitiva su empleo como 'alerta' de riesgo en identificación puede ser una medida eficaz donde no se disponga de pulseras para todos los usuarios.

Pese a ser una práctica recomendada en la iniciativa europea PaSQ (4) la realización de pregunta abierta no mostró ser mejor que la pregunta cerrada en esta muestra tanto en general como en los casos con nula respuesta a las preguntas del test de Pfeiffer.

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

### Bibliografía:

- 1) Philip L. Henneman PL, Fisher DL, Henneman EA, Pham TA, Campbell MM, Nathanson BH. Patient identification errors are common in a simulated setting. *Annals of emergency medicine* 2010; 55(6): 503-9.
- 2) Meijome Sánchez XM. Errores de identificación de pacientes. *Enfermería Clínica* septiembre de 2011; 21(5):295-6.
- 3) Lichtner V, Galliers J.R. y Wilson S. The challenging nature of patient identifiers: an ethnographic study of patient identification at a London walk-in centre. *Health Informatics Journal* June 2008 vol. 14 no. 2 141-150
- 4) Short description of the SCP and information on implementation [Internet]. [citado 11 de septiembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.pasq.eu/Wiki/SCP/WorkPackage5ToolBoxes/SurgicalSafetyChecklist/ShortDescription.aspx>

**AUTORES/AUTHORS:**

Diego Carrera Martínez, Beatriz Braña Marcos

**TÍTULO/TITLE:**

Uso de sujeciones físicas en un centro residencial de ancianos. Percepción del personal.

El uso de sujeciones físicas forma parte del arsenal terapéutico disponible en centros residenciales de personas mayores. No obstante, su uso debe ser racional y racionado, ya que no está exento de complicaciones (1). La eliminación o la reducción del uso de sujeciones físicas están ampliamente descritas en la literatura, siendo posible y recomendable llevarlo a cabo (2). El objetivo de los cuidados de enfermería de calidad, debería ser el cuidado libre de sujeciones (3). Consideramos necesario conocer las actitudes y creencias sobre sujeciones físicas de nuestro personal como paso previo al abordaje del uso de este tipo de medidas en el centro. Objetivo: Conocer la percepción y las actitudes entre el personal de nuestro centro acerca del uso de sujeciones físicas. Asimismo, estudiar las posibilidades de reducción de su utilización.

Métodos: Grupo nominal (4) entre el personal de atención directa del centro residencial de ancianos Clara Ferrer. Como primer paso, se establecen dos sesiones grupales para la valoración de la experiencia y actitudes respecto a las sujeciones físicas en ancianos. La participación es voluntaria y es entendida en el contexto de un proyecto de protocolización del uso de sujeciones físicas en nuestro centro, cuyo objetivo principal es la reducción de su utilización al mínimo posible y la valoración de otras alternativas al uso de estos dispositivos.

Resultados: De la transcripción y análisis del discurso recogido durante las sesiones, se obtienen varias categorías que aglutinan la percepción del uso de sujeciones entre los trabajadores. Categoría 1: Indicaciones: evitar caídas ("es para que no se caiga, por miedo a que se levante y caiga"), facilitar las Actividades Básicas de la Vida Diaria ("las muñequeras que están puestas yo las veo muy bien. Para acostarlo y levantarlo una sola y poder asearlo también. No les hacen daño ninguno, son muy buenas"), mantener la postura ("hay mucha gente que aguanta unas horas en la silla y cuando no quiere más tira y se escurre y lo obligas con un cinturón, y eso que significa..., que quiere acostarse y que no aguanta tantas horas, y entonces ponemos el cinturón y evitamos el que...").

Categoría 2: Problemas relacionados con su uso: mala colocación ("cuando se salen de los cinturones es porque están mal puestos"), cronificación de su uso ("ya se acostumbran, y no lo necesitan para nada. Puntualmente tuvo una temporada cinturón y ya no se quita", "lo puntual se hace crónico"), pérdida de capacidades ("hubo una temporada que estaba con cinturón y ya no sabía hacer nada, y se le quitó y ya empezó a hacer sus cosas"). Categoría 3: Responsabilidad: en el uso, pauta y suspensión de los dispositivos. Categoría 4: Alternativas de uso: pautas parciales ("a lo mejor hay que buscar un sistema de poner hasta que se duermen y luego desenganchar"), cambio en rutina de trabajo, fomento de autonomía ("ver a qué se da prioridad si a la autonomía del propio residente o al riesgo de caídas"), seguimiento personalizado ("se necesita un seguimiento, valorar caso por caso, pero no solo ahora con un taller, necesita un seguimiento en el tiempo y coger hábito de valorar las contenciones").

Discusión: La bibliografía consultada, coincide con nuestros resultados en que el uso de sujeciones viene determinado por las actitudes y creencias del personal (5,6). En el estudio se observa una consideración errónea de las indicaciones de uso de sujeciones. Pese a reconocer diversos problemas reales o potenciales de su uso, y el uso innecesario en ciertos casos, no se plantea que su incidencia sea elevada y, ni siquiera, que pueda, a priori, reducirse su utilización. No obstante, en algunos casos, sí hay una actitud crítica, pero no se traduce en demandas de reducción claras. Esto nos hace pensar en una utilización anclada en usos y costumbres y en la idea de sobreprotección del usuario. A pesar de que una revisión bibliográfica pone de manifiesto la insuficiente evidencia científica disponible acerca de la efectividad de intervenciones educativas sobre el personal de enfermería en la reducción del uso de sujeciones físicas en centros geriátricos de larga estancia (3), existen en nuestro ámbito programas con resultados positivos.

Implicaciones para la práctica: El estudio de los conocimientos y actitudes del personal respecto a las sujeciones físicas, permite adecuar la formación a impartir y el modelo de actuación en función de las necesidades detectadas, de cara a una mejor utilización de las mismas.

### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

#### Bibliografía:

- 1.- JBI, 2002 Physical Restraint – Pt 1: Use in Acute and Residential Care Facilities, Best Practice Vol 6 Iss 3, Blackwell Publishing Asia, Australia. Sujeciones Mecánicas – 1ª parte: Uso en unidades de agudos y residencias. Volumen 6, número 3, 2002 ISSN 1329 – 1874. Actualizado: 20-03-07.
2. - JBI, 2002 Physical Restraint – Pt 2: Minimisation in Acute and Residential Care Facilities, Best Practice Vol 6 Iss 4, Blackwell Publishing Asia, Australia. Sujeciones Mecánicas – 2ª Parte: Disminución del uso en unidades de agudos y residencias. Volumen 6, número 4, 2002 ISSN 1329-1874. Actualizado: 10-04-07.
- 3.-Möhler R, Richter T, Köpke S, Meyer G. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Feb 16;(2):CD007546.
- 4.-Amezcu M. La entrevista en grupo. Características, tipos y utilidades en investigación cualitativa. Enfermería Clínica 2003;13(2):112-17
- 5.-Moore K, Haralambous B. Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities. J Adv Nurs. 2007 Jun;58(6):532-40.
- 6.-Ben Natan M, Akrish O, Zaltkina B, Noy RH. Physically restraining elder residents of long-term care facilities from a nurses' perspective. Int J Nurs Pract. 2010 Oct;16(5):499-507.

**AUTORES/AUTHORS:**

GLORIA REQUENA BERRAL, MARÍA DEL PILAR CORONADO CARVAJAL, PEDRO EMILIO VENTURA PUERTOS

**TÍTULO/TITLE:**

Cuidar al paciente terminal en el contexto de conspiración del silencio

**1. Objetivos:**

Objetivo principal: Conocer la experiencia de cuidar de los enfermeros con el paciente terminal en el contexto de conspiración del silencio.

Objetivos específicos: Analizar cómo influye la conspiración del silencio en el afrontamiento de la muerte desde la perspectiva enfermera, explorar su influencia en la relación enfermera-paciente y evaluar la formación de enfermería sobre derechos del paciente en esta situación.

**2. Métodos:**

Se trata de un estudio cualitativo de diseño fenomenológico que nos permitió profundizar en la experiencia de los enfermeros que cuidan en el contexto de conspiración del silencio. El estudio se ha realizado en el ámbito hospitalario, entre enfermeros de la Unidad de Oncología y la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. La muestra se seleccionó de forma intencional, eligiendo informantes adecuados y de conveniencia, ya que era un entorno accesible a los investigadores. Los criterios de inclusión fueron: ser enfermero con experiencia de más de dos años en el cuidado de pacientes terminales y tener interés en participar en el estudio. Se seleccionaron finalmente ocho participantes. La recogida de datos se llevó a cabo entre febrero y mayo de 2014, mediante entrevista semiestructurada. Éstas fueron grabadas en formato audio digital y posteriormente se analizaron mediante análisis de contenido.

**3. Resultados:**

Se hallaron dos grandes categorías que agrupan a su vez varias subcategorías, a través de las cuales se pudo comprender el fenómeno "cuidar en el contexto de conspiración del silencio":

- Percibiendo la experiencia del paciente en la conspiración del silencio: Los participantes perciben que el paciente conoce su situación aunque no se le informe. Esto lo lleva a vivir el proceso en soledad y le dificulta el afrontamiento de la muerte.
- Vivenciando el cuidado en la conspiración del silencio: Según nuestros participantes, esta situación afecta a la relación enfermera-paciente al empobrecer la comunicación entre ellos, lo que dificulta también el cuidado. Se observa una importante labor por parte de enfermería mediando con la familia para hacerles ver los inconvenientes de ocultar la información al paciente. Por otro lado, se encontró un escaso conocimiento por parte de los enfermeros de la legislación sobre los derechos del paciente en este ámbito.

**4. Discusión**

Los participantes observan que el paciente suele ser consciente de su situación a pesar de la ausencia de información, hecho que queda reflejado en diferentes estudios.(1) Además, en consonancia con los hallazgos encontrados en la literatura, expresan que la conspiración del silencio propuesta por los familiares del paciente terminal, a veces por el pensamiento de que son débiles para asumir el diagnóstico fatal, o en un intento de protegerlos, tiene repercusiones negativas para el paciente, que se siente muy sólo, con desconfianza hacia los profesionales sanitarios y hacia la familia e incapaz de resolver su propio duelo, ya que se le impide tomar decisiones, utilizar sus propios recursos de adaptación y despedirse.(2), (3) Además, esa falta de información puede relacionarse con una agudización de los síntomas.(4), (5) Los participantes opinan que esta conspiración del silencio también afecta a los profesionales sanitarios que, como se muestra en otros estudios, (6) ven mermada su capacidad comunicativa, afectando gravemente la relación terapéutica. Se destaca también el papel mediador del enfermero entre paciente, médico y familia y se



evidencia la necesidad de aumentar la formación sobre derechos del paciente en cuanto a información sobre su situación clínica. Las limitaciones del estudio han sido la escasez de bibliografía sobre el tema, así como la imposibilidad de triangular los datos con pacientes y familiares por falta de tiempo, lo que hubiese aumentado la calidad del estudio. Implicaciones para la práctica: Se propone que los profesionales de enfermería mejoren su formación sobre resolución de situaciones de conspiración del silencio, a través de estrategias de comunicación del enfermero con la familia, así como sobre derechos del paciente en materia de información sobre su estado de salud, para cuidar de forma adecuada cuando se dé el contexto de conspiración del silencio.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Núñez Olarte JM, Gracia Guillén D. Cultural Issues and Ethical Dilemmas in Palliative and End-of-Life Care in Spain. *Cancer Control*. 2001; 8(1): 46-54.
2. Ruiz-Benítez de Lugo Comyn MA. La conspiración del silencio en los familiares de los pacientes terminales [tesis doctoral]. Universidad de la Laguna; 2007.
3. Mialdea MJ, Sanz J, Sanz A. Situaciones difíciles para el profesional de Atención Primaria en el cuidado al enfermo terminal. *Psicooncología*. 2009; 6(1): 53-63.
4. Jurado Martín MA, Esteve Zarazaga R. Dolor y sufrimiento en enfermos oncológicos al final de la vida: el papel del conocimiento de la verdad. *Med Pal*. 2009; 16(4): 229-234.
5. Barbero J. El derecho del paciente a la información: El arte de comunicar. *Anales Sis San Navarra*. [Revista on-line] 2006 [Consultado 2 febrero 2014]; 29 Supl 3. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272006000600003&lang=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600003&lang=pt)
6. Schmidt RJ, García CMP, Montoya JR, Prados PD, Muños VA, Pappous A, et al. Bad news for the patient and the family? The worst part of being a health care professional. *Journal of Palliative Care*. 2009; 25(3): 191-196.

**AUTORES/AUTHORS:**

MARÍA TERESA DE LAS HERAS MAYORAL, MARÍA CARMEN MARTÍNEZ RINCÓN

**TÍTULO/TITLE:**

Conocimiento y percepción nutricional en diálisis: su influencia en la transgresión y adherencia. Estudio inicial.

**Introducción:** La insuficiencia renal crónica terminal es una enfermedad progresiva que degenera en una pérdida irreversible de la función renal. La prevalencia de Enfermedad Renal Crónica en población española es relativamente elevada, en especial los individuos de edad avanzada. Los pacientes dializados presentan problemas a la hora de mantener una conducta correcta de adherencia a la dieta y a los líquidos prescritos en la consulta nefrológica. Lo indican la ganancia de peso interdiálisis, el potasio y fósforo sérico junto con instrumentos de autoinforme, marcadores que se han utilizado como indicadores de no adherencia a la dieta. La mayor parte de las veces no se cuenta en las unidades de diálisis con dietistas-nutricionistas. Nefrólogos y enfermeros no disponen del tiempo y/o conocimientos suficientes para establecer y supervisar la adherencia a una dieta individualizada a estos pacientes, detectar incumplimientos y actuar sobre ellos. **Objetivos:** El objetivo principal es determinar la adhesión a las pautas dietéticas y de fluidos en hemodiálisis mediante el cuestionario DDFQ y establecer su relación con el hábito dietético de los pacientes, valorado mediante test de hábitos dietéticos y procedimientos culinarios. Los objetivos secundarios son medir la adherencia mediante el DDFQ y relacionar los resultados con marcadores bioquímicos de ingesta y con ganancia de peso interdiálisis (GID). Establecer relaciones entre el seguimiento de la dieta y los líquidos referidos por el paciente, los marcadores bioquímicos de ingesta, la ganancia de peso interdiálisis y el resultado del DDFQ. Determinar la adhesión en base al sexo, tiempo en hemodiálisis, ser diabético o haber sido trasplantado alguna vez. Y relacionar los hábitos dietéticos manifestados por los pacientes en el test de hábitos dietéticos y procedimientos culinarios con el conocimiento de los pacientes de las pautas prescritas por los nefrólogos en consulta antes de iniciar diálisis. **Metodología:** Estudio piloto descriptivo transversal. Muestra de conveniencia de 52 pacientes. Cumplieron criterios de selección 42 pacientes. La muestra se obtuvo de pacientes que acuden al Servicio de Diálisis del Hospital Universitario 12 de Octubre de la Comunidad de Madrid durante tres días alternos a la semana en horario de mañana y tarde. **Variables sociodemográficas:** edad y sexo. **Variables clínicas:** diabético, paciente trasplantado alguna vez, tiempo en diálisis, peso seco y GID. **Marcadores bioquímicos:** potasio y fósforo sérico. **Variables adhesión a dieta** medidas con cuestionario DDFQ. **Análisis estadístico:** SPSS 20. Descriptivo, pruebas correlación Spearman, prueba t-Student, prueba U Mann-Whitney y tabla contingencia. **Resultados:** 42 pacientes; 59,5% hombres, 40,5% mujeres. Edad  $63,64 \pm 16,17$  años. Diabéticos 11,9%. Trasplantados 47,62%, es decir, sujetos que por fallo del injerto han vuelto a tratamiento renal sustitutivo en diálisis. GID  $1,96 \pm 0,70$  Kg. Potasio  $5,08 \pm 0,86$  meq/l y fósforo  $4,71 \pm 1,63$  mg/dl. Medido con DDFQ el 50% de pacientes no tiene adherencia a la dieta en 2 días de los 14 días valorados, es decir, presentan adherencia en 12 días y 50 % de pacientes no tiene adherencia a líquidos en 1 día de los 14 días, es decir, tienen adherencia en 13 días. El grado de intensidad de desviación de la dieta es leve, 40,48%. El grado de desviación a los líquidos es de 47,62%. Existen correlaciones entre adherencia a dieta y fósforo ( $p=0,304$ ) y adherencia a líquidos y GID ( $p=0,413$ ). El 80,95% de los pacientes manifiestan seguir una conducta correcta en el cumplimiento de la dieta frente a un 19,05% que perciben no la hacen adecuadamente. **Discusión:** según el cuestionario DDFQ, indican que los pacientes tenían dificultad para el seguimiento de la dieta (70,05%) y para la restricción de líquidos (52,38%). Estos valores están por debajo de otros estudios que lo sitúan en un 81,4% para la dieta y en un 74,6% para los líquidos. Sin embargo los valores obtenidos por Kim y Evangelista hablan de un 21,5% de no adhesión de líquidos y 31,8% de no adhesión a dieta. Si bien en este estudio no se utilizó el cuestionario DDFQ sino el cuestionario ESRD, AQ de adherencia a enfermedad renal. Al valorar la perspectiva de cada paciente ante su propia adhesión a las pautas dietéticas de dieta y fluidos, obtenemos que casi el 81% manifiestan seguir las pautas de dieta y líquidos correctamente. Este valor se aproxima a los resultados obtenidos por Iborra-Moltó y colaboradores quienes valoran la adhesión a líquidos igualmente desde la perspectiva del propio paciente. Otros estudios refieren

la percepción del paciente de su propia adhesión, entre el 26% y el 63%. Esta medida de autoinforme presenta una correlación significativa con el DDFQ. Implicaciones en la práctica clínica: Existe una falta de adhesión a las pautas dietéticas en los pacientes en diálisis, en contraste con la adhesión referida por los mismos. La revisión de las pautas dietéticas y de fluidos se hace necesaria en estos pacientes. De aquí la importancia de formar y apoyar a la enfermería que con ayuda de herramientas sencillas pueda detectar incumplimientos y actuar sobre ellos con una mayor educación dietética y una mejora en la calidad de vida.

### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- 1 Kugler C, Vlaminc H, Haverich A, Maes B. Nonadherence with diet and fluid restrictions among adults having hemodialysis. J. Nurs. Scholarsh. 2005; 37(1): 25-9.
- 2 Iborra-Moltó C, López-Roig S, Pastor MA. Prevalencia de la adhesión a la restricción de líquidos en pacientes renales en hemodiálisis: indicador objetivo y adhesión percibida. Nefrología 2012; 32(4):477-85. Doi:10.3265/Nefrologia.pre2012.Feb.11236.
- 3 Kim Y, Evangelista LS. Relación entre las percepciones de edad, la adherencia al tratamiento y los resultados clínicos en pacientes en hemodiálisis. J. Nephrol Enferm 2010; 37 (3): 271-81.
- 4 Vlaminc H., Maes B., Jacobs A, Reyntjens S, Evers G. The dialysis diet and fluid non-adherence questionnaire: validity testing of a self-report instrument for clinical practice. J. Clin. Nurs. 2001; 10: 707-15.
- 5 Leggat JE, Orzol SM, Hulbert-Shearon TE, Golper TA, Jones CA, et al. Noncompliance in hemodialysis: predictors and survival analysis. Am J Kidney Dis. 1998; 32 (1): 139-45.
- 6 Iborra Moltó C, López-Roig S, Roca Alonso M, Pastor Mira MA. Adhesión al tratamiento y edad: variaciones en función de los parámetros utilizados. Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2010; 13 (1): 78-81.
- 7 Otero A, Francisco A, Gayoso P, Garcia F. EPIRCE Study Group. Prevalence of chronic renal disease in Spain: Results of the EPIRCE study. Nefrología 2010; 30(1):78-86. Doi: 10.3265.
- 8 Chung S, Koh ES, Shin SJ, Park CW. Malnutrition in patients with chronic kidney disease. Open J. Intern. Med. [on line]. 2012; 2: 89-99 OJIM doi:10.4236/ojim.2012.2201. Disponible en: <http://www.SciRP.org/journal/ojim/>.
- 9 Ruperto López M, Barril Cuadrado G, Lorenzo Sellares V. Guía de nutrición en Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA). Nefrología 2008; Suppl 28 (3):79-86.
- 10 National Kidney Foundation, Inc. 0272-6386/00/3506-0205\$3.00/0 doi:10.1053/kd.2000.6673. Am. J. Kidney Dis. 2000; 35(6) Suppl 2 (June): 137-40. K/DOQI Nutrition in Chronic Renal Failure.
- 11 Aguilera Flórez AI, Prieto Velasco M, González Romero L, Abad Toral B, Martínez Crespo E, Robles del Rio, et al. Una estrategia poco utilizada en el cuidado de pacientes con Enfermedad Renal Crónica: la educación en grupo y multidisciplinar de pacientes y sus familiares. Enferm Nefrol. 2012; 15 (1):14-21.

**POSTER 1****AUTORES/AUTHORS:**

Verónica Pindado Jiménez

**TÍTULO/TITLE:****EFFECTIVIDAD DE LA VACUNA FRENTE A LA VARICELA EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS: PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

**OBJETIVO:** Evaluar la efectividad de la vacuna frente a la varicela en niños menores de 5 años, en términos de ausencia de padecimiento de varicela.

**METODOLOGÍA:** Diseño: Estudio de Cohortes longitudinal, Ambispectivo. Sujetos de estudio: Niños/as con tarjeta sanitaria en el Área Urbana de Atención Primaria de Ávila nacidos en los años 2009 (666) y 2010 (617) con ausencia de registro en la Historia Clínica Electrónica (MEDORA) de padecimiento de varicela antes los 12-15 meses de edad. Variables Dependientes: Padecimiento de la varicela e Intensidad de la varicela. Variables Independientes: Variables relacionadas con la vacuna frente a la varicela, administrativas, sociodemográficas y las relacionadas con el seguimiento longitudinal. Análisis estadístico: Se realizarán medidas de frecuencia: Incidencia acumulada y Tasa de incidencia, Medidas de asociación: Riesgo Relativo, y Medidas de Impacto: Fracción Atribuible en los expuestos y Fracción de Prevención en los expuestos. Todas las pruebas se realizarán con un nivel de confianza del 95% a nivel bilateral y se utilizará el paquete estadístico SPSS versión 19. Aspectos éticos: Antes del inicio del estudio se solicitará su aprobación al Comité Ético del Área de Ávila, y durante su desarrollo se respetarán las normas de Buena Práctica Clínica vigentes y los requisitos de la Declaración de Helsinki.

**DESARROLLO DEL ESTUDIO:**

Fase 1: Reclutamiento e instrucción de los profesionales de Atención Primaria (AP):

- Primer contacto con los profesionales de AP: se les informará del proyecto, solicitando su participación en el mismo en calidad de investigadores asociados, firmando un impreso de compromiso.
- Comprobación de actividades y registros: los investigadores asociados explicarán al investigador principal cómo realizan la vacunación frente a la varicela y la valoración de la varicela en caso de que se produzca, así como el registro de todos estos datos en MEDORA.
- Coordinación del estudio y resolución de dudas: se mantendrá contacto durante todo el estudio para resolver aquellas inquietudes que pudieran surgir.

Fase 2: Reclutamiento de los sujetos de estudio y evaluación inicial (Cohorte expuesta y Cohorte no expuesta):

- Selección de los sujetos de estudio: este proceso se llevará directamente de la base de datos del programa informático MEDORA.
- Inclusión de los sujetos de estudio: tras revisar todos los registros, se contactará con los padres de los niños seleccionados y se les explicará el estudio, pidiéndoles tras ello la firma de un consentimiento informado para que sus hijos participen voluntariamente en el proyecto.
- Evaluación inicial de los sujetos de estudio: Tras la firma del consentimiento informado por parte de los padres/tutores de los niños, se comenzará a recoger los datos sobre las variables dependientes e independientes y se establecerán los dos grupos de estudio, Cohorte expuesta y Cohorte no expuesta, en base a si fueron o no vacunados frente a la varicela a los 12-15 meses de edad la primera dosis y a los 2-3 años de edad la segunda dosis.

Fase 3: Evaluación final (Cohorte expuesta y Cohorte no expuesta): Se recopilarán todos los datos de estudio, valorando el desarrollo o no de varicela, así como sus características en caso de que se produzca, estableciendo dos períodos de corte de seguimiento; a los 5 años de que los sujetos hayan cumplido la edad para recibir la primera dosis de la vacuna (12-15 meses), hayan sido o no vacunados a esta edad, y de igual forma, a los 10 años de la misma fecha.

- Recopilar la información recibida telefónicamente por parte de los profesionales de AP cada vez que detectan un nuevo caso de varicela en los sujetos de estudio.
- Revisar la Historia Clínica Electrónica (MEDORA) de los sujetos de estudio.
- Realizar llamada telefónica a los padres de los sujetos de estudio, con el fin de comprobar aquellos casos en los que exista duda sobre alguna de las variables de estudio.

Fase 4: Análisis de datos: Una vez recogidos todos los datos, se organizarán y se llevará a cabo su análisis, obteniendo un informe preliminar.

Fase 5: Difusión de los resultados: la interpretación de los datos nos permitirá obtener unos resultados y conclusiones con las cuales

elaboraremos un informe final para su difusión en diferentes escenarios científicos.

**PLAN DE TRABAJO:** El estudio se comenzará con la incorporación de los profesionales de AP al mismo, para lo que se necesitará un período de dos semanas. Se continuará con el reclutamiento de los sujetos de estudio y su evaluación inicial, para lo que se precisa de un intervalo de 6 meses. Se mantendrá un seguimiento durante 10 años desde la edad a la que se puede administrar la primera dosis de la vacuna (12-15 meses), con dos cortes de seguimiento: a los 5 y a los 10 años de dicha fecha. Por último, se analizarán los datos obtenidos y se difundirán los resultados, los cuales se prevé que estén disponibles a los 6-8 años del comienzo del mismo.

**PALABRAS CLAVE:** Varicela, Vacuna contra la varicela, Lactante, Preescolar, Efectividad.

### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Peña-Rey I, Martínez de Aragón MV, Villaverde A, Terres M, Alcalde E, Suárez B. Epidemiología de la varicela en España en los períodos pre y post vacunación. Rev. Esp. Salud Pública [serie en internet]. 2009 Oct [Citado 18 Feb 2014]; 83 (5): 711-724. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272009000500012&Ing=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000500012&Ing=es&nrm=iso)
2. Campins M, Cebrián AM, Díez J, García-Patos V, Medel J, Mesas A, et al. Herpes Zóster. 1ª edición. En: Campins M, editor. Barcelona: Marge Médica Books; 2011 Feb.
3. García M, Castilla J, Montes Y, Morán J, Salaberri A, Elía F, et al. Incidencia de la varicela y el herpes zóster antes de la introducción de la vacunación sistemática infantil en Navarra, 2005-2006. Un Sist Sanit Navar [serie en internet]. 2008 Abr [Citado 18 Feb 2014]; 31 (1): 71-80. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272008000100006&Ing=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272008000100006&Ing=es&nrm=iso)
4. Marín M, Güris D, Chaves SS, Schmid S, Seward JF; Division of Viral Diseases, National Center for Immunization and Respiratory Diseases, CDC. Prevention of Varicella: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm [serie en internet]. 2007 Jun [Citado 19 Feb 2014]; 56 (RR-4): 1-40. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5604a1.htm>
5. Seward J, Marin M, Vázquez M. Varicella Vaccine Effectiveness in the US vaccination Program: A review. The Journal of Infectious Diseases [serie en internet]. 2008 [citado 22 Feb 2014]; 197: S82-9. Disponible en: [http://jid.oxfordjournals.org/content/197/Supplement\\_2/S82.long](http://jid.oxfordjournals.org/content/197/Supplement_2/S82.long)
6. Kurugul Z, Halicioglu O, Koc F, Koturoglu G, Aksit S. Varicella rates among unvaccinated and one-dose vaccinated healthy children in Izmir, Turkey. International Journal of Infectious Diseases [serie en internet]. 2011 Mar [citado 16 Mar 2014]; e475-e480. Disponible en: [http://ac.els-cdn.com/S1201971211000725/1-s2.0-S1201971211000725-main.pdf?\\_tid=83a06f40-b36b-11e3-803c0000aacb35f&acdnat=1395676190\\_6c3f2e5a7c1d8316b7bee07bdb156e43](http://ac.els-cdn.com/S1201971211000725/1-s2.0-S1201971211000725-main.pdf?_tid=83a06f40-b36b-11e3-803c0000aacb35f&acdnat=1395676190_6c3f2e5a7c1d8316b7bee07bdb156e43)
7. Pinochet C, Cerda J, Hirsch T, Mieres J, Inostroza C, Abarca K. Efectividad de la vacuna antivariela como profilaxis post exposición en niños chilenos. Rev Chil de Infectol [serie en internet]. 2012 Dic [citado 12 Mar 2014]; 29 (6): 635-640. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182012000700008](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182012000700008)

**POSTER 2****AUTORES/AUTHORS:**

Ángeles Filoso Cuerva, Irene Torres González, Silvia Ugena Pavón

**TÍTULO/TITLE:**

Eficacia de la musicoterapia en la reducción de ansiedad ante la canalización de vía venosa periférica en preescolares

Introducción: Durante la hospitalización existen numerosos procedimientos médicos y enfermeros estresantes, que se han de realizar para completar el estudio de la enfermedad. La venopunción es uno de los procedimientos dolorosos más traumáticos para los niños hospitalizados en edad preescolar. En cada uno de ellos es inevitable la presencia del miedo o del dolor, que algunos de estos métodos e instrumentos provocan en el paciente. Para disminuir esta percepción se están estudiando diversas técnicas no farmacológicas. Hasta ahora, se ha prestado poca atención al efecto de la música en los enfermos pero existen datos que afirman que el uso de música ayuda a disminuir algunos aspectos negativos derivados de un proceso de enfermedad. La musicoterapia aparece reflejada como una intervención de enfermería definida como "utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico de conductas, sentimientos o estado fisiológico". Es por ello que el personal enfermero puede realizar dicha intervención de forma autónoma sin la necesidad de estar presente un musicoterapeuta. Esto le brinda a la enfermería una oportunidad única para poder utilizar la musicoterapia como medida no farmacológica dirigida al paciente.

Objetivo general: analizar la eficacia de la musicoterapia como método de reducción de la ansiedad ante la canalización de una vía venosa periférica (VVP) en pacientes en edad preescolar en el Hospital Universitario La Paz.

Objetivos específicos:

1. Identificar si existen diferencias en los valores de frecuencia cardiaca entre el grupo control y el grupo que recibe la musicoterapia.
2. Identificar si existen diferencias en los valores de saturación de oxígeno entre el grupo control y el grupo que recibe la musicoterapia.
3. Comparar la puntuación de los ítems de la escala LLANTO entre los dos grupos de la investigación.

Material y Método: Estudio cuasi experimental con grupo control no comparable en el cual serán estudiados dos grupos de niños/as en edad preescolar ingresados en el Hospital Universitario La Paz: grupo experimental (n=156) y grupo control (n=156). Cada grupo será reclutado mediante muestreo consecutivo. La intervención consistirá en la aplicación de musicoterapia o silencio (variable independiente) durante el procedimiento doloroso. Se registrarán los valores de frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno y puntuación en la Escala LLANTO, mediante los cuales se operativizaría la ansiedad (variable dependiente). Se analizarán los datos, en primer lugar desde una estadística descriptiva, para organizar y describir los datos obtenidos a fin de que nos resulten manejables y más fácilmente comprensibles. Y posteriormente, una estadística analítica para generalizar los datos obtenidos de la muestra de nuestro estudio a la población de la que procede. Calcularemos el grado de significación estadística a través de la prueba paramétrica de la t de student. Para controlar el sesgo de los investigadores utilizaremos el índice de Kappa.

Impacto clínico y Conclusiones: De ser cierta la hipótesis formulada en nuestro estudio, la ansiedad sufrida por los niños/as ante el procedimiento de canalización VVP sería reducida mediante el uso de la musicoterapia. Se podría extrapolar a otros ámbitos como la realización de otras técnicas y procedimientos enfermeros. Se conseguiría aumentar el bienestar experimentado por el paciente preescolar y por sus padres durante su hospitalización y los procedimientos o técnicas que se llevan a cabo durante la misma. No debemos olvidar el impacto que puede tener este estudio sobre la economía ya que es un recurso económico. Por último, queremos señalar que son pocos los estudios sobre la musicoterapia como técnica enfermera usada en la reducción de la ansiedad, y consideramos por ello, que el planteamiento de nuestro protocolo de investigación es un pequeño aporte en el desarrollo de la investigación de la musicoterapia.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Ortigosa J.M., Méndez F.X. Estrés por hospitalización. En: Ortigosa J.M., Méndez F.X. Hospitalización infantil. Repercusiones

psicológicas. Madrid: Biblioteca Nueva, S.L.; 2000. 31-40.

2. Pedroche S., Quiles M.J. Preparación psicológica basada en la información. En: Ortigosa J.M., Méndez F.X. Hospitalización infantil. Repercusiones psicológicas. Madrid: Biblioteca Nueva, S.L.; 2000. 80-81.
3. González P. Cuidados de enfermería a niños, niñas y adolescentes en la hospitalización. En: González P, Pedraz A. Enfermería de la infancia y la adolescencia. 1ª Edición. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2011 julio. 135-146.
4. Fernández-Castillo A, López-Naranjo I. Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización. International Journal of Clinical and Health Psychology 2006; 6631-645. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2110520>  
Consultado el 17 de febrero de 2014.
5. Kiese-Himmel C. Music-based intervention in children. Rev. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr. 2012; 61(4): 235-54. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22957397>
6. McCloskey J.C., Bulechek G. M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª Edición. Elsevier; 2005.

**POSTER 3****AUTORES/AUTHORS:**

Jara Varela Calvo, Isabel Ruiz-Calero Cabrera

**TÍTULO/TITLE:**

"La vivencia del/la niño/a escolar tras la quemadura"

Los/as niños/as que sufren quemaduras moderadas o graves se enfrentan a un proceso que comienza con la hospitalización y continúa con la vuelta a la vida anterior, con duros procesos de rehabilitación, curas e intervenciones quirúrgicas así como la aparición de secuelas que requerirán de procesos de asimilación y adaptación complejos. Las secuelas que puedan derivarse de esta situación van a estar ligadas, principalmente, a la vivencia que experimente el/la niño/a con respecto al dolor, los mecanismos de afrontamiento y el papel del autoconcepto.

En los últimos años, el incremento en el número de niños/as que sobreviven a estas quemaduras supone que son más las personas que deberán lidiar con un proceso que destaca por su fuerte carácter traumático. No obstante, y a pesar de la importancia del fenómeno, no se encuentran en la literatura estudios que de forma concreta nos permitan tener una idea global sobre dicha vivencia.

El objetivo principal de este proyecto de investigación es describir cómo es la vivencia del/la niño/a con quemaduras moderadas o graves en edad escolar en la Comunidad de Madrid. Los objetivos específicos se orientan a describir y analizar la vivencia del dolor, los procesos de afrontamiento y las dimensiones física, psicoemocional y social del/la niño/a con quemaduras. Se trata de un estudio descriptivo con abordaje cualitativo, el cual se encuadra en el tipo de investigación fenomenológica. El ámbito de estudio será el Hospital Universitario La Paz de Madrid, que cuenta con una Unidad específica en el tratamiento de quemaduras infantiles; y siendo la población de estudio aquellos niños y niñas que ingresen por quemaduras moderadas y/o graves, así como sus cuidadores/as, en dicho hospital. Se realizará una división en dos franjas de edad, los primeros, entre los 6 y 8, y los segundos, entre los 9 y 11 años; ya que debido a las características diferenciales que existen entre ambas etapas, existe la importancia de abordar el tema de forma adecuada a cada uno de estos intervalos etarios. El tipo de muestreo que se llevará a cabo será por conveniencia, hasta la saturación teórica, y el cual podrá modificarse durante el transcurso del estudio si se evidenciara la necesidad. La herramienta de recogida de datos utilizada será la entrevista cualitativa, la cual se adaptará al perfil de los informantes, teniendo en cuenta su etapa del desarrollo y nivel madurativo. En las dos franjas de edad, la entrevista se complementará con la realización de dibujos por parte de los niños sobre sí mismos y su situación y entorno actual. En el caso de los niños/as de entre 6 y 8 años, además, se incorporarán las marionetas como recurso expresivo-comunicativo que permitirá enriquecer la información obtenida a través de las herramientas anteriores y ejercerá un papel importante en la ruptura de barreras entre informante e investigador. Por otro lado, los/las cuidadores serán abordados/as mediante entrevistas en profundidad. Posteriormente, los datos serán codificados y analizados según los criterios propuestos por Taylor y Bodgan.

La importancia del presente estudio se halla en la repercusión que tendrá en el futuro en la práctica asistencial el conocer la vivencia del/la niño/a que ha sufrido quemaduras moderadas o graves, dando voz a un colectivo que sistemáticamente se margina en los estudios de investigación y que la bibliografía coincide en admitir, que no solo son capaces de dar cuenta de lo que les ocurre, sino que la percepción de su entorno respecto a su vivencia no suele corresponderse. Este nuevo conocimiento permitirá contar con nuevas herramientas como la elaboración de guías de práctica clínica adaptadas que permitirán realizar una atención continua, específica y eficaz a personas que sufran este tipo de lesiones, así como la mejora en la adaptación a su nueva circunstancia vital y, como no facilitar el proceso de retorno a la vida anterior.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Peden, M et al. World Report on child injury prevention. World Health Organization. Suiza: WHO Library; 2008
2. Pérez Boluda MT, Martínez Torreblanca P, Pérez Santos L, Cañadas Núñez F. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Sevilla: Junta de Andalucía; 2011
3. Instituto Nacional de Estadística [sede web]. España; 2012. [Consultado el 15 Enero de 2014] Encuesta de morbilidad hospitalaria 2012. Resultados nacionales.
4. Centros, servicios y unidades de referencia del sistema nacional de salud (CSUR) designados por resolución del ministerio de



sanidad, servicios sociales e igualdad en la comunidad de Madrid.

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DCSUR+Madrid+a+15-01-2014.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352845002506&ssbinary=true>

5. ABLIS Advisory Committee. Advanced Burn Life Support Course. Provider Manual. Chicago: American Burn Association; 2007.

[Consultado el 15 de Enero de 2014]. Disponible en: [http://ameriburn.org/ABLISProviderManual\\_20101018.pdf](http://ameriburn.org/ABLISProviderManual_20101018.pdf)

6. Rodríguez Bausá L. Características y déficit inherentes a la hospitalización infantil. Universidad de Castilla-La Mancha: 2009.

[Internet]. [Consultado el 26 de Diciembre del 2013]. Disponible en:

<http://www.uclm.es/varios/revistas/docenciaeinvestigacion/numero2/luisrodriguez.as>

7. Hernández Pérez, E, Rabadán Rubio, J. La hospitalización: un paréntesis en la vida del niño. Atención educativa en población infantil hospitalizada. Universidad de Murcia: España: 2013; 52(1): 167-181. [Consultado el 10 de Febrero del 2014]. Disponible en:

<http://www.perspectivaeducacional.cl/index.php/peeducacional/article/viewFile/117/67>

8. Acovou. The role of the nurse in the rehabilitation of patients with radical changes in body image due to burn injuries. Ann Burns Fire Disasters. 2005; 18(2): 89-94.

9. Sousa AD. Psychological Aspects of Paediatric Burns (A Clinical Review). Ann Burns Fire Disasters; 2010; 23: 155-9.

10. Guerrero Zarate G. Reacciones emocionales de los niños hospitalizados con quemaduras, así como de sus familiares. Revista latinoamericana de psicopatología fundamental: 2008;11(1), p. 29-38. [Consultado el 29 de Diciembre del 2013]. Disponible en:

<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n1/a04v11n1.pdf>

**POSTER 4****AUTORES/AUTHORS:**

IRENE DÍAZ GARCÍA

**TÍTULO/TITLE:**

APLICACIÓN DEL TEST DE APGAR PARA VALORAR LA DISFUNCIÓN FAMILIAR EN FAMILIAS CON NIÑOS CON TDAH: PROTOCOLO.

Objetivo: Demostrar la relación entre la disfunción familiar medida mediante el test de APGAR familiar y tener un hijo/a en edad escolar diagnosticado de TDAH. Este Protocolo de Investigación pertenece al trabajo de fin de grado en Enfermería.

Diseño: Estudio descriptivo.

Ámbito de estudio: Área urbana de Atención Primaria de Ávila durante un año.

Sujetos: Niños/as de entre 6 y 14 años diagnosticados de TDAH según DSM-IV o CIE 10 pertenecientes a cuatro centros de salud de Ávila.

Criterios de exclusión:

Niños/as con antecedentes de otra patología crónica.

Niños/as sin control periódico de su enfermedad durante más de un año.

Familias que se nieguen a participar o no firmen el consentimiento informado.

Criterios de retirada:

Traslado del paciente fuera de la ciudad de Ávila.

Tamaño muestral: El universo de la muestra se realiza partiendo de 4662 niños/as de entre 6 y 14 años de edad que pertenecen a los centros de salud urbanos de Ávila, a partir de esta cifra y tomando como referencia un 6.66% de prevalencia de TDAH en Castilla y León según el "Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España)" se estima una cifra de 307 niños/as de entre 6 y 14 años diagnosticados de TDAH en el área urbana de Ávila. El estudio es poblacional, se estudiará toda la población susceptible de participar en el estudio.

VARIABLES:

Dependientes: Puntuación del test de APGAR Familiar.

Entre 7-10 indica una alta funcionalidad familiar.

Entre 4-6 existiría una moderada disfunción familiar.

Entre 3-0 muestra una severa disfunción familiar.

Independientes: hijo/a diagnosticado de TDAH según criterios del DSM-IV o CIE 10, tratamiento farmacológico, psicoterapia, terapia familiar, sexo y edad niño/a y padres, nivel socio económico, grupo étnico, nivel académico de los padres, tamaño y estructura familiar y ciclo vital familiar.

Desarrollo:

FASE 1: Se solicita al Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) el visto bueno para la puesta en marcha del proyecto de investigación, así como permiso a la Gerencia de Atención Primaria de Ávila.

FASE 2: Información a los EAP del estudio que va a llevarse a cabo en los centros de salud urbanos de Ávila.

FASE 3: Elaboración de un protocolo y diseño del cuaderno de recogida de datos.

FASE 4: Reclutamiento de los pacientes.

a) Selección de los pacientes e inclusión en el estudio: Se solicitará un listado con los nombres de los niños que pertenecen a los cuatro centros de salud urbanos y que estén diagnosticados de TDAH, una vez que este protocolo de investigación haya sido aprobado por el CEIC.

b) Posteriormente se contactará con las familias por vía telefónica para explicarles el estudio e invitarles a participar en el mismo. En este mismo acto se les dará una cita para entregarles el consentimiento informado.

c) Una vez acepten participar en el estudio y hayan firmado el consentimiento informado, se procederá a citarles para la valoración

de la función familiar mediante el test de APGAR Familiar.

FASE 5: Entrevista individual con la madre y el padre para obtener las variables independientes del estudio. Se les entregará el cuestionario impreso para proceder a la valoración mediante el test de APGAR Familiar. Ambos padre y madre, deben autocumplimentar el cuestionario por separado, excepto en el caso de familias monoparentales.

FASE 6: Análisis de los datos obtenidos.

FASE 7: Difusión de los resultados obtenidos.

Análisis estadístico: Para la descripción de las variables cuantitativas se utilizarán las medidas de tendencia central y de dispersión, y para las variables cualitativas se utilizarán frecuencias absolutas y porcentajes. Se realizará un análisis bivariante de las variables relacionadas con la disfunción familiar. Se propone un nivel de significación estadística para  $p < 0.05$  y el intervalo de confianza del 95%. El análisis estadístico se realizará con el paquete SPSS® v.19.0.

Aspectos éticos: Se solicitará aprobación al Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) y permiso a la Gerencia de Atención Primaria de Ávila. El proyecto de investigación se realizará respetando los principios éticos de regulación de la investigación médica en seres humanos que se establecen en la Declaración de Helsinki así como la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) y la 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 y como aparece reflejado en diversos artículos del Código Deontológico de la Enfermería Española.

Palabras claves: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Familia, Salud Familiar, Funcionamiento Familiar, Puntaje de Apgar.

### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Federación Española de Asociaciones de ayuda al déficit de atención e hiperactividad [Internet]. España: FEAADAH; c2002-2014 [actualizado 2 Abr 2014; citado 2 Abr 2014]. Disponible en: <http://www.feaadah.org/es/sobre-el-tdah/>

Molinero L, López JA, Garrido M, Sacristán AM, Rivera MT, et al. Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2009 [citado 2 Abr 2014]; 11(42): 251-270. Disponible en: <http://www.pap.es/files/1116-908-pdf/1038.pdf>

López JA, Rodríguez L, Sacristán AM, Garrido M, Martínez MT, et al. Validez de los criterios DSM-IV según respuesta de los padres en el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq [Internet]. Junio 2011 [citado 2 Abr 2014]; 31(2): 271-283. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352011000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

Davis CC, Claudius M, Palinkas LA, Wong JB, Leslie LK. Putting families in the center: family perspectives on decision making and ADHD and implications for ADHD care [base de datos en Internet]. Boston: J Atten Disord. c2012 [citado 5 Abr 2014]; 16(8):675-84. doi: 10.1177/1087054711413077

Lima JS, Lima M, Jiménez N, Domínguez I. Consistencia interna y validez de un cuestionario para medir la autopercepción del estado de salud familiar. Rev Esp Salud Pública [Internet]. Septiembre 2012 [citado 3 Mar 2014]; 86 (5): 509-521. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17024508005>.

Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J fam pract [Internet]. 1978 [citado 9 Mar 2014]; 6(6) 1231-9. Disponible en: <http://www.neiu.edu/~circill/F494V.pdf>

Palomino Y, Suárez M. Instrumentos de Atención a la familia: el familiograma y el Apgar familiar. RAMPa [Internet]. Julio 2006 [citado 9 Mar 2014]; 1 (1): 48-57. Disponible en: <http://www.idefiperu.org/RAMNRO1/N9C-PG48-CADEC%20Instrum%20Familia2A.pdf>

Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Rev Aten Primaria [Internet]. 1996 [citado 8 Abr 2014]; 18(6): 289-296. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/articulo/validez-fiabilidad-del-cuestionario-funcion-14357>

**POSTER 8****AUTORES/AUTHORS:**

M<sup>ra</sup> Dolores Jiménez Moreno, Silvia Jiménez Mercado, Rocío Gómez Matías, Rosa Guillén Ávila, Pilar Hernández Barrera, Yara Prieto Carpintero

**TÍTULO/TITLE:**

Intervención educativa en el centro penitenciario de mujeres de Alcalá de Guadaira

**INTRODUCCIÓN**

El centro penitenciario de Alcalá de Guadaira es uno de los 4 centros exclusivos de España para mujeres. Consta de 14 módulos con un total de 144 celdas. Existe un módulo de madres que acoge a mujeres con niños y embarazadas, y cuenta con celdas individuales dotadas de cama para la madre, cuna, aseo y ropero.

La tipología delictiva en la que se ven envuelta son las siguientes: delitos contra la salud pública, robos, hurtos, delitos contra las personas y otros.

Existen muchas mujeres madres y embarazadas dentro de la cárcel y son situaciones muy difíciles, con familias desestructuradas, adopciones, internamientos en centros, viviendo con familiares o con su madre en la prisión hasta los 3 años.

Por lo que se refiere a la situación de las mujeres presas embarazadas, las Reglas mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de los reclusos, en relación con las madres reclusas, disponen en su artículo 23, la necesidad de que en los establecimientos para mujeres existan instalaciones especiales para el tratamiento de las reclusas embarazadas, de las que acaban de dar a luz y de las convalecientes. Recomiendan igualmente que, en la medida de lo posible, se eviten los partos dentro del centro penitenciario y que, cuando ello no fuera posible, no se haga constar este hecho en su partida de nacimiento.

Por lo que se refiere a las actividades culturales y formativas, se procura adecuar la participación de las internas madres adaptadas a las necesidades de atención y cuidado de sus hijos, pero nada sobre cursos sobre maternidad.

La información que las madres obtienen durante el embarazo y el parto en el centro penitenciario es a veces escasa o inexistente. Por ello nos planteamos investigar el grado de conocimiento sobre el embarazo, el parto, el puerperio y la prevención del cáncer de mama que tienen las madres que se encuentran recluidas. Realizamos un estudio cuantitativo-descriptivo.

Para el estudio de nuestra investigación, hemos podido tener contacto con una muestra aleatoria de 20 mujeres internas de la prisión.

Palabras clave: maternidad-prisión, educación maternal, autoexploración mamaria.

**OBJETIVOS**

- Conocer los cuidados que reciben las mujeres internas durante el embarazo, el parto y el puerperio en prisión.
- Identificar el grado de conocimiento sobre la lactancia materna y la prevención del cáncer de mama.
- Demostración de habilidades en cuanto a la autoexploración mamaria y las posturas de amamantamiento.

**MÉTODO**

El estudio se llevó a cabo mediante la recogida de información con una encuesta auto-administrada, anónima, de elaboración propia.

La encuesta consta de 3 bloques:

- DURANTE EL EMBARAZO: se investigó sobre alimentación, higiene/belleza, ropa/calzado, sueño/descanso, ejercicio/ocio y relaciones sexuales.
- EN EL PARTO: cuestiones como:
  - o Lugar del parto
  - o Contacto piel con piel
  - o Libre elección de la posición del parto
  - o Si contaba con información suficiente sobre el parto
  - o Si asistió algún acompañante al parto
- EN EL PUERPERIO: se analizó el apoyo psicosocial de la puerpera y cuidados del recién nacido.

Para completar el estudio, realizamos una charla con debate sobre temas relacionados con la lactancia materna, para las posibles dudas que pudieran tener y elaboramos y repartimos un tríptico con toda la información que se impartió durante la exposición.

#### RESULTADO

Durante la realización de las encuestas, se observó que las internas tenían un déficit de conocimientos para responder a las cuestiones planteadas, tanto en materia de conocimientos como de idiomas.

De las encuestas pudimos extraer muchos datos relevantes, como: el 0% de las encuestadas seguían una dieta especial durante el embarazo, se realizaban autoexploración mamaria, llevaban ropa para embarazadas, o se les había impartido algún curso de maternidad en la cárcel. El 50% había podido estar acompañada durante el parto. El 70% tenía pareja estable y el embarazo había sido deseado. El 75% conocía los beneficios de la lactancia materna. Un 25% había tenido infecciones vaginales durante el embarazo. Todo esto entre otros datos.

#### DISCUSIÓN

Las mujeres que se encuentran en este medio tienen poca información sobre la lactancia, maternidad, parto y otros problemas de salud relacionados con la mujer, ya que tienen dificultades para acceder a ella, o porque no consideran importante conocerla.

Por lo que llegamos a la conclusión que para mejorar la calidad de vida de personas en estas circunstancias se debería mejorar el acceso a la información y ampliar los servicios sanitarios y sociales, ofrecer cursos de maternidad y mantener un diagnóstico precoz de los procesos de cáncer, mastitis y grietas en los pezones, tal y como se realizan en centros de Atención Primaria a mujeres embarazadas.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Mujeres privadas de libertad en centros Penitenciarios de Andalucía (2006). Informe especial al parlamento. Disponible en: [http://www.defensordelpuebloandaluz.es/sites/default/files/mujeres\\_presas\\_0.pdf](http://www.defensordelpuebloandaluz.es/sites/default/files/mujeres_presas_0.pdf)

**POSTER 9****AUTORES/AUTHORS:**

Sofía Álvarez Ortega, Laura Laso de la Vega Pardo

**TÍTULO/TITLE:**

Teléfono móvil: ¿uso racional o dependencia?

**INTRODUCCIÓN**

El teléfono móvil es un instrumento tecnológico muy atractivo. En la actualidad, su uso ha sufrido un progresivo aumento entre toda la población y un importante cambio en su utilización, esto es debido a que antes sólo se utilizaba para llamar y mandar mensajes, y hoy en día se emplea en la mensajería instantánea (WhatsApp, Line...), las redes sociales, la cámara de fotos...

Estudios recientes describen que el promedio diario en la utilización del teléfono móvil es de tres horas por persona, lo que anualmente supone mil horas.

Reseñar que el exagerado uso del teléfono móvil puede crear dependencia.

**OBJETIVOS**

Objetivo principal: Analizar la existencia de dependencia de los estudiantes de la Escuela Universitaria de Enfermería de Burgos al teléfono móvil.

Objetivos secundarios: Definir el uso que del teléfono móvil y clarificar el tiempo que dedican.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un estudio descriptivo transversal a 217 universitarios de la Escuela de Enfermería de Burgos entre febrero y abril de 2014.

Se utilizó un cuestionario de 35 ítems, elaborado por las autoras del proyecto, el cual fue pilotado con estudiantes universitarios de diferentes grados. El cuestionario recogía variables sociodemográficas (edad, sexo, curso universitario) y variables relacionadas con los objetivos del estudio (tiempo, uso específico y dependencia al móvil).

Para realizar este estudio se pidió permiso a la dirección de la Escuela de Enfermería de Burgos.

**RESULTADOS**

La tasa de respuesta fue del 95,18% (n=217 alumnos) de ellos 33 hombres y 184 mujeres, con una media de edad de 22,76, una desviación estándar de 6,25 y un rango de 17 a 51 años.

El 81,57% de los estudiantes confirman que utilizan el móvil principalmente para el WhatsApp siendo lo menos utilizado la cámara de fotos.

Respecto al número de horas destinadas al uso del teléfono móvil un 38,25% pasa entre una y dos horas diarias, un 27,19% entre dos y tres horas, un 21,66% dedica más de tres horas diarias y el 12,90% de los alumnos menos de una hora diaria.

La mayor parte de los alumnos no presentan dependencia al teléfono móvil puesto que un 94,47% afirma no utilizarlo mientras está reunido con sus familiares y amigos, y un 89,4% informa que el uso de su teléfono móvil no ha influido en su rendimiento académico.

**IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA**

A partir de los resultados de este estudio se podría plantear realizar una intervención educativa con los alumnos universitarios para informarles sobre el correcto uso del teléfono móvil y proporcionarles pautas para prevenir y solucionar la posible dependencia. Se reforzaría con material escrito.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:****BIBLIOGRAFÍA**

Ruiz-Olivares R, Lucena V, Pino MJ, 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 28 febrero 2014]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 28 febrero 2014]Sept-dic;13(3):481-493. Disponible en: <http://ibecs.isciii.es/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/70465>

**POSTER 10****AUTORES/AUTHORS:**

DANIEL AUSÍN FERNÁNDEZ, SANDRA VILLANUEVA PADRONES, SARA SEVILLA MOVILLA, PAOLA VELASCO SORIA, ANA MARTÍN PUJOL, LAURA DEL POZO LÓPEZ

**TÍTULO/TITLE:**

Consumo de alcohol en los adolescentes de la ciudad de Burgos

**INTRODUCCIÓN**

El consumo de alcohol es uno de los factores más importantes de riesgo sanitario en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2005). A su vez, la adolescencia es un período de cambio, inestabilidad, curiosidad, rebeldía y oposición a las normas. Debido a esto, la adolescencia es una etapa vulnerable para la iniciación al consumo de alcohol, que además se realiza de manera abusiva. Según las características personales del consumidor y múltiples factores socioeconómicos, como el fácil acceso que existe actualmente; irán asociadas una serie de consecuencias negativas que repercuten en su salud y en sus conductas, entre las que destacan las conductas sexuales de riesgo, menor rendimiento académico, el consumo de otras sustancias y menor percepción del riesgo. Las propias creencias que los adolescentes asocian al consumo están relacionadas con la sociabilidad (más hablador, perder la vergüenza, ayudar a relacionarse con los demás), el conseguir un estado de ánimo positivo (sentirse más confiado, seguro de sí mismo), la afectividad interpersonal (llegar a ser más cariñoso, más sensual o poder entablar relaciones sexuales con mayor facilidad).

La aceptación social del consumo de alcohol entre la población adulta está tan arraigada en nuestra cultura que dificulta que padres y educadores transmitan a los adolescentes el mensaje de que el alcohol puede afectar seriamente su salud.

Hemos decidido realizar una investigación ya que el consumo de alcohol en la actualidad afecta a la gran mayoría de la "sociedad adolescente". Además creemos importante la formación de sanitarios para promover actividades de prevención.

**OBJETIVO**

Analizar los hábitos de consumo de alcohol y aspectos relacionados con ello en los adolescentes de la ciudad de Burgos.

**MÉTODO**

Estudio descriptivo transversal sobre el consumo de alcohol en 234 adolescentes de la ciudad de Burgos con estudios de Educación Secundaria Obligatoria, Bachillerato, Formación Profesional y Universidad, de edades comprendidas entre 14 y 24 años. Para ello, se realizó una encuesta que incluía distintas variables como la frecuencia de consumo, acceso, motivaciones, influencias, etc.

**IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA**

Se elaborarán mecanismos de prevención y ayuda para los adolescentes con los cuales se podría mejorar los factores de riesgo y la salud de la población. Proponemos que estas actividades se deben de llevar a cabo en los colegios en edades tempranas.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Salamó Avellaneda A, Gras Pérez ME, Font- Mayolas S. Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema* [Revista en Internet]. 2010, [Citado 5 Mar 2014], 22(2): 189-195. Disponible en: <http://www.adicciones.es/files/193-202%20Calafat.pdf>
2. Moral Jiménez MV, Ovejero Bernal A. Consumo abusivo de alcohol en adolescentes españoles: tendencias emergentes y percepciones de riesgo. *Univ. Psychol* [Revista en Internet]. 2001; [Citado 26 Feb 2014] 10(1):71-87. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/820/782>
3. Ballester R, Gil MD. ¿Por qué los jóvenes se dan atracones de alcohol los fines de semana? Estudio sobre creencias y actitudes relacionadas con este patrón de consumo y diferencias de género. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* [Revista en Internet]. 2009; [Citado 5 Mar 2014], 14(1):25-35. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Documento.pdf>



**POSTER 11****AUTORES/AUTHORS:**

Maialen Gorricho Genua

**TÍTULO/TITLE:**

Fomento de la seguridad en la atención al paciente mediante el uso correcto del sistema venoso permanente

**Objetivo:**

Se calcula que en todo el mundo cerca de 400.000 pacientes tienen implantados sistemas de acceso venoso permanente(1). Un catéter venoso central es un sistema de acceso venoso que se ajusta de forma íntegra debajo de la piel y que empezó a utilizarse clínicamente y tal y como se conoce hoy por Niedenhuber et al. en 1982(2).

Estos dispositivos, constan de un catéter radiopaco conectado a una cámara, localizada en una bolsa subcutánea. El extremo de este catéter queda situado, por lo general, en la vena cava superior, con todos los riesgos y beneficios que eso implica(3). Se accede a través de la piel intacta y permite múltiples punciones, por lo que presenta menos incidencias de complicaciones trombóticas y de lesiones de la pared vascular, disminuyendo el riesgo de infección(4).

Los catéteres venosos centrales son esenciales en la gestión de muchos trastornos malignos, pero las infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con estos catéteres son significativas en términos de morbilidad, mortalidad y gasto sanitario(5).

El correcto manejo e importancia del buen uso por parte de la enfermería es esencial, puesto que los portadores de reservorio son pacientes frecuentemente inmunodeprimidos. Una mala praxis puede dar lugar a que el sistema falle, a una infección, una extravasación, una obstrucción, una necrosis o incluso, generar una trombosis, embolia pulmonar o endocarditis infecciosa por lo que es fundamental evitar su contaminación y deterioro(1,2 y 6).

La carga clínica y económica de las infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con el catéter es muy significativa. D En 2007, Worth, Slavin, Brown y Black afirmaban que los costes directos atribuibles a la bacteriemia se habían estimado en 3200 dólares por paciente en EEUU(5).

Todas las personas que tratan a pacientes con cáncer con sistemas portuarios deben asumir la responsabilidad de cuidar meticulosamente del sistema. El acceso al catéter requiere una punción con una aguja específica a través de la piel y la membrana de silicona de la cámara. Los sistemas venosos permanentes siempre se perforan en condiciones estériles, con preparación de la piel y guantes estériles, para prevenir las infecciones o cualquier otra complicación(2).

Uno de los momentos clave en la manipulación de estos sistemas es cuando se procede a la limpieza. Se ha visto que uno de los métodos más efectivos para retirar los residuos de los fármacos del catéter es realizar cinco lavados extrayendo y a continuación, volviendo a infundir la sangre del propio paciente(7).

Debido al carácter multidisciplinar de la enfermería, en ocasiones se deben realizar técnicas con las que no se está familiarizado. Por este motivo existe una amplia variedad de protocolos relacionados con la técnica, sin embargo en la práctica diaria, por diferentes motivos, estas pautas no se siguen al completo provocando un aumento del riesgo de complicaciones.

Se ha demostrado que las intervenciones de enfermería son eficaces siempre y cuando se definan los diferentes factores que se utilizan como el grupo poblacional, el tipo de intervención, el tiempo y la rigurosidad de aplicación, así como los elementos teóricos metodológicos y pedagógicos a desarrollar(8).

La difusión de las buenas prácticas actualmente no garantiza la correcta utilización del reservorio, por lo que la implantación de una intervención educativa en los alumnos de enfermería sensibilizará en cuanto a la importancia de la seguridad del paciente y aumentará la confianza a la hora de manejar los reservorios.

Sensibilización, del futuro profesional de enfermería, sobre la importancia de la seguridad del paciente. Mejorar los conocimientos a la hora de aplicar las técnicas de enfermería. Visualizar el uso correcto de los reservorios como aportación a la seguridad en la atención. Evaluar el impacto de una intervención destinada al uso seguro de los reservorios en estudiantes de enfermería de 3º grado.

**Material y Métodos:**

El estudio descriptivo-analítico se llevará a cabo en la Facultad de Enfermería de Salus Infirmorum (UPSA), en Madrid. La población objeto de estudio serán los alumnos de 3º de Grado de Enfermería matriculados en el curso académico 2014-2015. Se realizará una valoración del programa experimental con un diseño pretest-posttest. Los estudiantes responderán antes y después de la intervención a un cuestionario realizado ad-hoc.

Se realizará un análisis de los diferentes protocolos de hospitales nacionales y con la selección del más adecuado en función de las

referencias.

Se preguntará a los alumnos mediante un cuestionario a cerca de sus conocimientos sobre la seguridad en la práctica de la enfermería y en detalle, a cerca del manejo de los reservorios.

Se difundirán los conocimientos tanto teóricos como prácticos para la buena praxis a la hora de manipular los reservorios mediante una intervención a modo de taller.

A continuación se volverá a realizar un cuestionario para medir la eficacia y la difusión de la intervención.

Resultados esperados:

Aumentar la sensibilización por la seguridad del paciente en los estudiantes de enfermería. Proporcionar un mayor conocimiento a la hora de realizar la práctica y en particular, a la hora de manipular un sistema venoso permanente.

### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Corella JM, et al. Reservorios, acceso venoso de larga duración. Abordaje y complicaciones. Consorci. Hospital General Universitari. València. ISBN 978-84-694-6956-9. Disponible en:  
<http://chguv.san.gva.es/Inicio/ServiciosSalud/ServiciosHospitalarios/Documents/CirurgiaGeneral/RESERVORIOS%20ACCESO%20VENOSO%20DE%20LARGA%20DURACI%C3%93N%20ABORDAJE%20Y%20COMPLICACIONES.pdf>
2. Teichgräber UK, Pfitzmann R, Hofmann HA. Central venous port systems as an integral part of chemotherapy. Dtsch Arztebl Int. 2011 Mar;108(9):147-53; quiz 154. doi: 10.3238/arztebl.2011.0147. Epub 2011 Mar 4. Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21442071>
3. Alvarado Y. Cuidados enfermeros: inserción de aguja en el reservorio venoso subcutáneo. Mediar. 20 agosto [acceso agosto 2014]. Disponible en:  
<http://medicarteoncologia.com/cuidados-enfermeros-insercion-de-aguja-en-el-reservorio-venoso-subcutaneo/>
4. Tratado de Enfermería en Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales [sede Web] [Fecha actualización 26 de febrero de 2014; acceso agosto de 2014]. Quesada C. Reservorio Venoso Subcutáneo y demás catéteres venosos de larga duración. Capítulo 45. Disponible en:  
<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion3/capitulo45/capitulo45.htm>
5. Vorth LJ, Slavin MA, Brown GV, Black J. Catheter-related bloodstream infections in hematology: time for standardized surveillance? Cancer. 2007 Apr 1;109(7):1215-26. Review. Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17326048>
6. Reservorio venoso subcutáneo. Guía para el paciente. Instituto Donostia de onco-hematología. Hospital Donostia. Osakidetza. Edición: Unidad de Comunicación Hospital Donostia. Depósito Legal: SS-400-2011. Disponible en:  
[http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-sida01/es/contenidos/informacion/hd\\_publicaciones/es\\_hdon/adjuntos/Guia\\_Reservorio\\_Venoso\\_C.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-sida01/es/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Guia_Reservorio_Venoso_C.pdf)
7. Skolnik JM, Zhang AY, Barritt JS, Adamson PC. Approaches to clear residual chemotherapeutics from indwelling catheters in children with cancer. Ther Drug Monit. 2010 Dec; 32(6):741-8. Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20962707>
8. Escuela superior de Enfermería de Coimbra [sede Web]. Manrique FG, Barrera LF, Chaparro DF, Fernández AR. Autocuidado y eficacia de las intervenciones educativas en enfermería. Innovación y transferencia de conocimiento. Disponible en:  
[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:-0RnkoPyl60J:www.esenfc.pt/event/event/abstracts/exportAbstractPDF.php%3Fid\\_abstract%3D1827%26id\\_event%3D64+&cd=1&hl=es&ct=clink&gl=es](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:-0RnkoPyl60J:www.esenfc.pt/event/event/abstracts/exportAbstractPDF.php%3Fid_abstract%3D1827%26id_event%3D64+&cd=1&hl=es&ct=clink&gl=es)

**POSTER 12****AUTORES/AUTHORS:**

Cristina Martín Sánchez

**TÍTULO/TITLE:**

Relación entre la exposición a edredones y almohadas de plumas y desarrollo de Neumonitis por Hipersensibilidad Crónica

Objetivos: Describir la relación entre la exposición a edredones y almohadas de plumas y la Neumonitis por Hipersensibilidad Crónica.

Método: Estudio de casos y controles. Área de Salud de Ávila.

Sujetos de estudio: Definición de caso: 51 pacientes mayores de 17 años y ambos sexos con diagnóstico incidente de NHC diagnosticados durante el periodo 2013-2018. Definición de control: 51 pacientes mayores de 17 años y ambos sexos con diagnóstico de fibrosis pulmonar idiopática (FPI) incidente habiéndose descartado NHC, tuberculosis pulmonar y asma bronquial.

Proporción casos-contróles: 1:1. Muestreo: aleatorio estratificado por edad.

Variables de estudio: Dependiente: neumonitis por hipersensibilidad crónica (si/no). Independiente: exposición a edredón o almohada de plumas o a ambos (si/no). Covariables: sociodemográficas, relacionadas con manifestaciones clínicas, con pruebas complementarias y factores de riesgo (FR) de NHC.

Fases del estudio: FASE 1.- Preparación del estudio. FASE 2.- Prueba piloto. FASE 3.- Reclutamiento de los sujetos de estudio. FASE 4.- Selección de los sujetos de estudio. FASE 5.- Inclusión de los sujetos de estudio y recogida de datos. FASE 6.- Análisis de los datos y difusión de los resultados.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Editora. Manual de neumología ocupacional. Madrid: Ed. Ergón; 2007. p. 239-248.

2. J. Ancochea. Clasificación actual de las enfermedades pulmonares intersticiales difusas. En: XXXII Congreso Neumosur; 23-25 marzo 2006; Islantilla, Huelva, España: Neumosur; 2006. 18 (1): 7-19.

3. Neumonitisporhipersensibilidad. [Internet]. Washington: U.S. National Library of Medicine; 2011. [Citado EL 11 marzo 2014]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000109.htm>

4. Àlex Roger Reig. Estudios clínicos de Neumonitis por Hipersensibilidad: Espartosis, Suberosis y Pulmón del criador de aves [tesis doctoral]. Barcelona: Departamento de medicina, Universidad Autónoma de Barcelona; 2013.

5. Ordoqui García E, Orta Martiartu M, Lázcoz Rojas JL y Grupo de Trabajo de Salud Laboral de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia sanitaria específica para los/as trabajadores/as expuestos a neumonitis por hipersensibilidad o alveolitis alérgica extrínseca. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000. ISBN: 84-7670-576-X. NIPO: 351-00-020-X.

6. Koschel D, Lützkendorf L, Wiedemann B, Höffken G. Pubmed. Antigen-specific IgG antibodies in feather duvet lung. Eur J Clin Invest. 2010 Sep;40(9):797-802. doi: 10.1111/j.1365-2362.2010.02327.x. Epub 2010 Jun 28. Pubmed PMID: 20597960.

**POSTER 15****AUTORES/AUTHORS:**

Carmen María Ortiz Martínez

**TÍTULO/TITLE:**

INVESTIGACIÓN SOBRE ENVEJECIMIENTO: ANÁLISIS DE OBJETIVOS Y PACIENTES DE LOS ESTUDIOS SOBRE EFECTIVIDAD EN CUIDADOS

**1. Objetivos**

Partiendo de una investigación realizada por la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciiiii) cuyo objetivo es identificar y describir la publicación internacional sobre efectividad de intervenciones enfermeras, el presente trabajo tiene como objetivo principal determinar cuáles son los tipos de intervención más estudiados por la literatura científica en el área de envejecimiento así como identificar las áreas problemáticas de salud en las que se centran dichas aportaciones científicas. Igualmente se han relacionado dichas intervenciones con otras variables tales como: participante, año de publicación y tipo de diseño provenientes del estudio previo.

**2. Método**

En este trabajo, llevado a cabo entre los meses de febrero y junio de 2014 se ha realizado una revisión bibliográfica descriptiva, exhaustiva y sistematizada mediante el análisis de 313 resúmenes de artículos seleccionados por Investén-isciiiii de entre 12379 estudios publicados en revistas científicas indexadas en las bases de datos CINAHL y MEDLINE. Dicha selección ha sido llevada a cabo con los siguientes criterios de inclusión: que se trate de investigación en la prestación de cuidados y desarrollo de la práctica enfermera, que se estudie la efectividad de una intervención y que los estudios estén englobados en el campo del envejecimiento. Han sido excluidos 9 resúmenes por no ser considerados estudios sobre investigación enfermera, analizándose un total de 304.

Los resúmenes han sido clasificados de acuerdo con las siguientes variables cualitativas:

Para los tipos de intervención se ha procedido a una clasificación en las siguientes categorías excluyentes:

Educativa, Formativa, Nutrición, Dispositivos, Ejercicio físico, Atención domiciliaria, Terapia física, Administración de tratamiento, Psicoterapia, Terapia Alternativa, Terapia Tradicional y Gestión.

Según las áreas problemáticas relacionadas con la salud, los estudios se han clasificado en:

Trastornos neurológicos, Problemas cardíacos-vasculares, Problemas digestivos, Problemas respiratorios, Trastornos del sueño, Problemas de movilidad, Deterioro de la piel, Problemas osteoarticulares, Dolor, Incontinencia, Trastornos psíquicos, Diabetes, Cuidados paliativos, Cuidadores naturales, Personal sanitario y Sujetos sin patología específica.

El análisis estadístico se ha realizado mediante el uso de software de hoja de cálculo y de base de datos. Los resultados se han presentado en tablas, gráficos y tablas de doble entrada, con frecuencias absolutas y relativas.

**3. Resultados**

Se ha observado que los tipos de intervenciones más investigadas entre la producción científica analizada son: las educativas (23%) y las que se centran en estudios de gestión (17%). Por otro lado observamos una serie de intervenciones poco representadas, tales como la administración de medicación y la terapia física, con 2 y 4 estudios respectivamente para cada categoría.

El 36% de las intervenciones han ido dirigidas a sujetos que no presentaban patología específica, siendo los sujetos con trastornos neurológicos el segundo grupo más estudiado con un 16%.

No se encontró ningún estudio que investigase la prevención del dolor y sólo se analizó 1 dirigido a evaluar intervenciones en el área

de cuidados paliativos.

Las intervenciones educativas son mayoritarias para casi todas las áreas problemáticas relacionadas con la salud. Los sujetos que no presentan patología específica representan la categoría más estudiada en la mayoría de los tipos de intervenciones.

Los estudios cuyo objetivo es proporcionar educación han sido los que más han aumentado, con 40 investigaciones publicadas en el periodo 2005-2011. Por el contrario, los estudios que tienen como objetivo la investigación sobre administración de medicación, labor formativa y gestión han disminuido.

Tanto para la mayoría de los tipos de intervenciones como para las diferentes categorías de sujetos participantes en ellas el diseño de estudio llevado a cabo ha sido el ensayo clínico aleatorizado (ECA).

#### 4. Discusión

Se ha comprobado que algunas áreas han sido muy poco investigadas en comparación con la importancia que presentan para la práctica clínica enfermera. Los profesionales de enfermería deben aumentar la producción científica en aquellos campos en los que la investigación es mínima.

Igualmente se ha podido comprobar que los sujetos que no presentan un tipo de patología específica son los más estudiados en la investigación enfermera, tratándose de estudiar en éstos intervenciones cuyo fin es actuar sobre la problemática multifactorial asociada a la situación de vejez y mejorar, de este modo, la calidad de vida de los pacientes. Es por ello que la mayor parte de las intervenciones educativas son destinadas a este grupo y el análisis por fecha de publicación muestra que su importancia es creciente.

Este estudio puede abrir paso a nuevas líneas de investigación así como centrar la atención en aquellas áreas que requieren un mayor énfasis con el fin de implementar en la práctica clínica los mejores cuidados resultantes de la mejor evidencia.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Abad-Corpa E, La implantación de evidencias en la práctica enfermera: un proceso de cambio mediante una investigación-acción-participativa. [Tesis doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante; 2012.

Abad-Corpa E, Cidoncha-Moreno M.A, Feria-Rasposo I, González-María E, González-Pisano A, Moreno-Casbas T, et al., Efectividad de las intervenciones enfermeras: estudio descriptivo de la producción científica internacional (En prensa, 2014)

Bayley E, MacLean S, Desy P, McMahon M. ENA's Delphi Study on National Research Priorities for Emergency Nurses in the United States. *J. Emerg. Nurs.* 2004; 30: 12–21.

Comet-Cortés P, Escobar-Aguilar G, González-Gil T, Ormijana-Sáenz A, Rich-Ruiz M, Vidal-Thomas C, et al., Establecimiento de prioridades de investigación en enfermería en España: estudio Delphi. *Enferm Clin.* 2010; 20(2): 88-96.

DiCenso A, Guyatt G, Ciliska D. *Evidence-Based Nursing: a guide to clinical practice.* St. Louis: Elsevier Mosby; 2005.

Gerrish K, Lacey A. Investigación en enfermería. Barcelona. McGraw-Hill; 2008.

Morales Asencio J.M, Investigación de Resultados en Enfermería: El camino hacia la efectividad de los cuidados. Index Enferm [revista en Internet]. 2004. [fecha de acceso 12 de Marzo de 2014]; 13(44-45): 37-41. URL disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000100008&lng=es.%20http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962004000100008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100008&lng=es.%20http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962004000100008)

Moreno-Casbas T, La investigación de enfermería en España una realidad posible. Enferm. Cardiol. 2001; 8(22): 17-22.

Organización Mundial de la Salud OMS y Bienestar Social de Canadá. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa, Canadá: 1986. [Online]. [Fecha de acceso 8 de junio de 2014]. URL disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>

Pulpón A, Icart T. Análisis de las áreas prioritarias de investigación en enfermería en Cataluña. Enferm Clin. 1995; 5(4): 157-162.

**POSTER 17****AUTORES/AUTHORS:**

Irene Llagostera-Reverter, Ana María Ventura-Pérez, Isabel Pilar Ros-Cardo, Nuria Roda-Julio

**TÍTULO/TITLE:**

Calidad de vida y autocuidado de los enfermos de Parkinson

Introducción. La Enfermedad de Parkinson (EP) es un trastorno que afecta las células nerviosas, o neuronas, en una parte del cerebro que controla los movimientos musculares. En la EP, las neuronas que producen la dopamina mueren o no funcionan adecuadamente. Las características cardinales de la EP son la bradicinesia, rigidez, temblor e inestabilidad postural. La EP es la segunda enfermedad neurodegenerativa después de la enfermedad de Alzheimer, se estima que en España hay cerca de 70.000 enfermos, y una incidencia de 16/100.000 personas. Suele comenzar alrededor de los 60 años y es más común en hombres que en mujeres. (1)

La salud de las personas con EP en relación con la calidad de vida, se asocia a las limitaciones que tiene el autocuidado, limitaciones de movilidad y la duración de la enfermedad. (2)

La educación del paciente parece tener potencial como una intervención útil y factible, complementando el tratamiento médico. Enfermería se encuentra en una buena posición para educar a los enfermos a la autogestión de sus habilidades mediante el control de los síntomas y también evaluar y promoverla.(3)

Diversas investigaciones sobre los factores asociados con el deterioro de salud relacionada con la calidad de vida en la EP, sugieren que la depresión, función cognitiva y dependencia funcional son predictores de cambios posteriores en la calidad de vida. (4)

Objetivos. 1. Determinar el grado de autocuidado y calidad de vida de los EP.  
2. Analizar las variables relacionadas con el autocuidado y calidad de vida.

Método. Diseño y ámbito. Estudio observacional transversal en 2 entidades sanitarias de la Área de Salud 2 del departamento de Castellón de la Plana, EAP Gran Vía y H. General Universitario de Castellón (HGUC).

Población y muestra. Pacientes en edades comprendidas entre 55-85 años diagnosticados de EP (CIE-9-332) que acuden a las consultas de neurología de las entidades sanitarias descritas. Tamaño de la muestra: 214 sujetos, asumiendo que la población diana es de 478 sujetos, y aceptando un riesgo alfa de 0.95 con una precisión de 0.05 y una proporción estimada de 0.5 calculado mediante el programa informático GRANMO.

Variables e instrumentación: Grado de Autocuidado: práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, salud y bienestar. Se medirá a través de Escala de Valoración de la Autonomía para el Autocuidado (EVAA) (Dorsey,2010) (5). Calidad de vida: evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos del sistema personal y ambiental de un individuo. Se medirá a través de Cuestionario de Calidad de Vida para la Enfermedad de Parkinson (PDQ 39) (Martínez,1999) (6). Síntomas no motores en la EP: trastornos neuropsiquiátricos, asociados al sueño, síntomas gastrointestinales, autonómicos. Se medirá a través de la Escala de evaluación de síntomas no motores en la Enfermedad de Parkinson (Non-Motor Group, 2007)(7). Salud: para valorar el estado de salud del EP HOY utilizaremos el cuestionario de salud EuroQoL-5D (Herdmand, 2001)(8). Además se recogerán variables sociodemográficas relacionadas con el autocuidado y la calidad de vida del paciente (9).

La recogida de los datos se realizará a pacientes que voluntariamente acepten participar en el estudio y cumplan con los criterios de selección (inclusión y exclusión), acudan a los lugares y días planificados por el equipo investigador.

El protocolo de investigación ha sido valorado positivamente por el Comité deontológico de la Universitat Jaume I y solicitado al Comité de Ética e investigación del HGUC, respetando los principios éticos establecidos por la declaración de Helsinki y con el consentimiento informado.

Análisis de datos: Se realizará un análisis descriptivo de las variables según su naturaleza. Las variables cualitativas se compararán con Ji-Cuadrado o en su defecto por el test exacto de Fisher. Para la comparación de las variables cuantitativas con una distribución normal con el test de t-Student o en el caso de que no se cumpla la condiciones de aplicación se utilizará prueba de los rangos con signo de Wilcoxon. El nivel de significación será del 5%. SPSS v.20.

Implicaciones para la práctica. Identificar todo aquello que el EP conoce y realiza sobre su autocuidado contribuirá a mejorar la planificación del cuidado para proporcionarle una mayor calidad de vida y más independencia, así como información relevante para futuras investigaciones.

AUTORAS: Irene Llagostera-Reverter, Ana María Ventura-Pérez, Núria Roda-Julio, Isabel Pilar Ros Cardo. Este trabajo ha sido tutorizado por las Doctoras María Isabel Orts-Cortés y Yolanda Raquel Lapeña-Moñux.

### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- 1- Grandas F, Obeso FA, Tolosa E. Tratado sobre la enfermedad de Parkinson [3º edición]. Madrid. Sociedad Española de Neurología. 2004
- 2- Soh SE, McGinley JL, Watts JJ, Iansek R, Murphy AT, Menz HB, Huxham F, Morris ME. Determinants of health-related quality of life in people with Parkinson's disease: a path analysis. *Qual Life Res.* 2012 Oct 16. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 23070750.
- 3- Chenoweth L, Gallagher R, Sheriff JN, Donoghue J, Stein-Parbury J. Factors supporting self-management in Parkinson's disease: implications for nursing practice. *Int J Older People Nurs.* 2008 Sep;3(3):187-193. doi: 10.1111/j.1748-3743.2008.00123.x. PubMed PMID: 20925819.
- 4- Marras C, McDermott MP, Rochon PA, Tanner CM, Naglie G, Lang AE; Parkinson Study Group DATATOP Investigators. Predictors of deterioration in health-related quality of life in Parkinson's disease: results from the DATATOP trial. *Mov Disord.* 2008 Apr 15;23(5):653-9; quiz 776. PubMed PMID: 18076084.
- 5- Generalitat Valenciana. Escalas e Instrumentos para Valoración en Atención Domiciliaria. Valencia: Conselleria de Sanitat; 2006.
- 6- Martínez Martín P, Frades B, Jiménez Jiménez FJ, Pondal M, López Lozano JJ, Vela L, Vázquez A, del Val Fernández J, Diví M, Fabregat N, Tuldrá A, Crespo Maraver MC, Molinero LM. The PDQ-39 Spanish version: reliability and correlation with the short-form health survey (SF-36). *Neurologia.* 1999 Apr;14(4):159-63. PubMed PMID: 10363490.
- 7- Internacional Parkinson's Disease Non-Motor Group. Escala de evaluación de síntomas no motores en la enfermedad de Parkinson. [Monografía e Internet]\*. Internacional Parkinson's Disease Non-Motor Group [19 de noviembre de 2013]. Disponible en: [http://www.getm.info/documentos/Escala\\_de\\_evaluacion\\_de\\_sintomas\\_no\\_motores\\_E\\_Parkinson.pdf](http://www.getm.info/documentos/Escala_de_evaluacion_de_sintomas_no_motores_E_Parkinson.pdf)
- 8- Herdman M., Badia X., Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. Elsevier [revista en internet] 2001 Octubre. [acceso 20 de noviembre de 2013]; 28 (06). Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/el-euroqol-5d-una-alternativa-sencilla-medicion-calidad-13020211-cuestionarios-atencion-primaria-2001>
- 9- Observatorio Nacional de Salud Mental y Drogas [sede Web]\*. Colombia: MinSalud; 2011- [actualizada el 23 de septiembre de 2011; acceso 2 de mayo de 2013]. Disponible en: [http://www.onsm.gov.co/index.php?option=com\\_k2&view=item&layout=item&id=14&Itemid=200](http://www.onsm.gov.co/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=14&Itemid=200)



**POSTER 20****AUTORES/AUTHORS:**

Andrea López Sánchez

**TÍTULO/TITLE:**

Asociación entre los parabenos de los cosméticos de la axila y el Cáncer de Mama

**OBJETIVOS**

General:

Conocer la relación existente entre el uso de cosméticos de la axila, desodorantes y antitranspirantes que contienen parabenos, y el desarrollo de Cáncer de Mama.

Específicos:

- 1.- Conocer la relación existente entre el uso de cosméticos de la axila, desodorantes y antitranspirantes que contienen parabenos, y el desarrollo de Cáncer de Mama, estratificando por la edad de inicio del uso de este tipo de productos.
- 2.- Conocer la relación existente entre el uso de cosméticos de la axila, desodorantes y antitranspirantes que contienen parabenos, y el desarrollo de Cáncer de Mama, estratificando por si se aplican inmediatamente después de depilar la axila.

**MATERIAL Y MÉTODO**

DISEÑO: Estudio observacional analítico de casos y controles.

ÁMBITO DE ESTUDIO: Áreas de Salud de Castilla y León, incluyendo así población de un entorno urbano, semirural y rural.

**SUJETOS DE ESTUDIO:**

- Definición de caso: mujeres de edades comprendidas entre 25 y 75 años con diagnóstico de cáncer de mama incidente con confirmación histológica (código CIE-10 cáncer de mama: C50.0-C50.9) entre los años 2008-2013 en las Áreas de Salud de Castilla y León.
- Definición de control: mujeres de edades comprendidas entre 25 y 75 años sin diagnóstico de cáncer de mama ni de ninguna otra neoplasia ginecológica incidente tras examen clínico y mamográfico entre los años 2008-2013 en el Área de Salud de Ávila.
- Tamaño muestral: Aceptando un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.2 en un contraste bilateral, se precisan 1356 casos y 5424 controles para detectar una odds ratio mínima de 1,29. Se asume que la tasa de expuestos en el grupo control será del 0,619. Se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 5%. Se ha utilizado la aproximación de POISSON. Programa Granmo Versión 7.12.
- Tipo de muestreo: Aleatorio estratificado por edad y municipio.
- Proporción casos-contrroles: 1:4. Por cada caso incluido en el estudio se incluirán simultáneamente 4 controles mediante muestreo aleatorio estratificado por edad y municipio.

**VARIABLES DE ESTUDIO:**

Variable dependiente:

Cáncer de Mama

Variables independientes:

- Frecuencia de uso de antitranspirante axilar con parabenos - Frecuencia de uso de desodorante axilar con parabenos

Covariables:

- Variables socio-demográficas - Variables relacionadas con la historia toco-ginecológica - Variables relacionadas con el cáncer de mama - Variables relacionadas con los hábitos higiénicos de la axila -Variables antropométricas

- Variables relacionadas con hábitos de vida

**FASES DEL ESTUDIO:**

La secuencia de actividades sigue el esquema: Actividad-Descripción de la actividad-Semana –Responsable.

**FASE 1.- PREPARACIÓN DEL ESTUDIO:**

Actividad 1: Formación de los miembros del EI: M1-2. Investigador principal.

Actividad 2: Formación específica en cáncer de mama: M1-2. Personal del Grupo GEICAM.

**FASE 2.- PRUEBA PILOTO:**

Actividad 3: Prueba piloto. M2-3. Miembros del EI.

**FASE 3.-RECLUTAMIENTO DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO:**

Actividad 4: Reclutamiento de los casos mediante el CMDB de la comunidad de Castilla y León. M2-4. Miembros del equipo

investigador. I2, I3 e I4.

Actividad 5: Reclutamiento de los controles mediante el sistema de información de tarjeta sanitaria por muestreo aleatorio estratificado por edad y municipio. M2-4. I5, I6 e I7.

FASE 4.- SELECCIÓN DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO:

Actividad 6: Llamada telefónica a los sujetos reclutados en la fase 3, para comprobar los criterios de inclusión y exclusión del estudio. M2-5. I2, I4 e I6.

Actividad 7: Citación de los sujetos si cumplen los criterios y acceden telefónicamente a participar en el estudio. M2-5. I2, I4 e I6.

FASE 5.- INCLUSIÓN DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO Y RECOGIDA DE DATOS:

Actividad 8: Entregar en el primer contacto con el paciente la hoja de información del estudio y pedir la firma del Consentimiento Informado. M2-8. I3, I5 e I7.

Actividad 9: Recoger todas las variables del estudio en la entrevista individualizada mediante el cuaderno de recogida de datos y si es necesario se consultará la Historia Clínica Electrónica de la paciente con el fin de obtener la máxima información posible. M2-8. I3, I5 e I7.

FASE 6.- ANÁLISIS DE LOS DATOS Y DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS:

Actividad 10: Análisis de datos. M9-10. Persona experta ajena al equipo investigador.

Actividad 10: Elaboración del informe final. M11. Investigador principal, I2, I3 e I4.

Actividad 11: Difusión de resultados en diferentes escenarios científicos. A partir del M12. Todo el EI.

### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Cáncer de Mama [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica; 2013[citado 20 marzo 2014]. Disponible en: <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/cancer-de-mama-raiz/cancer-de-mama>
- 2- Cáncer de Mama [Internet]. Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer; 2011 [citado 23 marzo 2014]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/cancerdemama.aspx>
- 3- Estrategia en cáncer del SNS. Actualización aprobada por el consejo interterritorial del SNS, el 22 de octubre de 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. NIPO papel: 840-10-055-2.
- 4- Darbre PD. Environmental oestrogens, cosmetics and breast cancer. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2006 Mar;20(1):121-43. Pubmed PMID: 16522524
- 5- Antitranspirantes o desodorantes y cancer de seno [Internet]. Bethesda: Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de EE.UU; 2011 [citado 27 abril 2014]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/riesgo-causas/antitranspirantes-desodorantes>
- 6- Blanca DL, Felipe HM, Luis Conde-Salazar G. Parabens: ¿Mito o Realidad?. *Piel.* 2006; 21(5): 40-231.
- 7- Hardefeldt PJ, Edirimanne S, Eslick GD. Deodorant use and Breast Cancer Risk. *Lippincott Williams & Wilkins.* 2013; 24(1):172. Pubmed PMID: 23232621.
- 8- Darbre PD, Aljarrah A, Miller WR, Coldham NG, Sauer MJ, Pope GS. Concentrations of parabens in human breast tumours. *J Appl Toxicol.* 2004 Jan-Feb; 24(1):5-13. Pubmed PMID: 14745841.
- 9- Mirick DK, Davis S, Thomas DB. Antiperspirant use and the risk of breast cancer. *J Natl Cancer Inst.* 2002 Oct 16; 94(20):1578-80. Pubmed PMID: 12381712.
- 10- McGrath KG. An earlier age of breast cancer diagnosis related to more frequent use of antiperspirants/deodorants and underarm shaving. *Eur J Cancer Prev.* 2003 Dec;12(6):479-85. Pubmed PMID: 14639125.
- 11- Fakri S, Al-Azzawi A, Al-Tawil N. Antiperspirant use as a risk factor for breast cancer in Iraq. *Eastern Mediterranean Health Journal.* 2006;12:478-482. Pubmed PMID: 17037719.
- 12- Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; Strobe Case-Control. Declaración de la Iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology): directrices para la comunicación de estudios

observacionales. GacSanit. 2008;22(2):144-50. Pubmed PMID: 18420014.

**POSTER 21****AUTORES/AUTHORS:**

IRINA ERIZ IBARZABAL

**TÍTULO/TITLE:**

REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE LAS PREFERENCIAS DEL LUGAR DE MUERTE DE LOS PACIENTES EN FASE FINAL DE LA VIDA

**1. OBJETIVOS****1.1 Generales**

-Recopilar y sintetizar la información sobre estado actual de las preferencias del lugar de la muerte de los pacientes en fase final de la vida

**1.2 Específicos**

- Búsqueda de información sobre el estado actual de las preferencias del lugar de la muerte de los pacientes en fase final de la vida
- Analizar objetivamente los artículos obtenidos de las fuentes de información
- Comprobar en base a la evidencia científica si se cumplen las preferencias de los pacientes terminales
- Resumir información recopilada
- Sacar conclusiones y adaptarlos a las posibles aplicaciones futuras

**2. METODOLOGÍA**

Desde el mes de octubre hasta finales del mes de diciembre del año 2013 se realizaron búsquedas en las siguientes bases de datos: Web of Science, Medline, Pubmed, Scopus, La Biblioteca Cochrane plus y Cuiden y posteriormente se realizó una búsqueda en el catálogo de la biblioteca "Encore" de la Universidad del País Vasco. La evaluación de calidad de los estudios se realizó utilizando programas CASPe(1) y Fichas de Lectura Crítica 2.0(2).

**3. RESULTADOS**

En la búsqueda bibliográfica electrónica fueron seleccionadas 1388 referencias. Tras una lectura del título y el resumen de los artículos, 44 artículos fueron seleccionados. De éstos 10 son artículos repetidos, por lo que quedan 34 artículos para analizar. Los 34 artículos fueron evaluados mediante programa informático "Caspé parillas", y 7 de estos documentos pasaron a ser evaluados mediante FLC 2.0, finalmente 3 artículos fueron incluidos para el trabajo.

Los 31 artículos restantes fueron excluidos, los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Muestra no extrapolable – 7 artículos
- Los resultados no están claros – 2 artículos
- Los resultados son extraídos de los certificados de defunción – 4 artículos
- Responde a una pregunta que no es objetivo del trabajo – 11 artículos
- Resultados recogidos a partir de las perspectivas de personal sanitario, familia, cuidadores – 4 artículos
- Estudio de los lugares de la muerte (no las preferencias) – 2 artículos
- Revisión narrativa – 1 artículos

**4. DISCUSIÓN**

Tras revisión de los artículos se puede llegar a la conclusión de que la mayoría de las personas prefieren morir en sus casas(3,4). Las preferencias de los pacientes en estado Terminal se han inclinado básicamente y exclusivamente por la muerte en sus casas(3); a pesar de estas preferencias las estadísticas apuntan a que no fallecen donde prefieren, siendo las instituciones sanitarias donde pasan los últimos días estos pacientes(4,5,6).

Por otra parte, la búsqueda proporcionó información sobre las preferencias de lugar de muerte en individuos que no padecen ninguna enfermedad Terminal y están sanos(8). Muchos de ellos optaron por su casa, lugar donde prefieren morir en el caso

hipotético de padecer una enfermedad Terminal.

Llamó la atención el hecho de que la presencia de diferentes factores pueda influir negativa o positivamente en las preferencias, proporcionando datos llamativos de Portugal. Siendo la cultura del país la que marca esta diferencia (8).

Tiene importancia mencionar que el apoyo familiar es de los factores que más influyen en la congruencia del lugar preferido y real de la muerte, haciendo notar que no es tan importante el lugar donde uno quiere morir sino el apoyo de sus seres queridos(7).

Especial mención tiene lo referente a los cambios que se producen en las preferencias a lo largo del proceso de la enfermedad(3). Resultados significativos se produjeron en personas ancianas que pasaron de ser positivas a negativas en casa.

Trabajar e investigar sobre las preferencias del lugar de muerte aporta una información valiosa que ayudaría a implementar mejoras en los modelos de atención para los pacientes que están en el estadio Terminal de su enfermedad y también serviría para potenciar futuras actuaciones en el campo de los cuidados paliativos.

Existe necesidad de una mayor investigación para comprender los factores que influyen en las preferencias del lugar de muerte y posteriormente intervenir en ellos. De la misma manera proporcionar y garantizar cuidados en otros lugares para aquellas personas que piensan de manera diferente.

Se ve la necesidad de ampliar cobertura de los cuidados paliativos en el hogar, debido al gran porcentaje de las preferencias de muerte en el. Junto a esto sería recomendable proporcionar soporte sólido a los cuidadores de las casas y los familiares del paciente. También proporcionar a los profesionales sanitarios formación continuada en el campo de los cuidados paliativos para que así puedan ofrecer lo mejor de sus conocimientos.

Por otro lado, hay una gran necesidad de hacer hincapié en la promoción del Documento de Voluntades Anticipadas en fases primarias de una enfermedad Terminal, para que así pueda quedarse registradas las necesidades y preferencias de cada paciente, lo que ayudaría a los cuidadores a proceder de forma correcta respetando la voluntad del paciente.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- 1.Redcaspe.org [Internet]. [actualizado 26 Feb 2012; citado 16 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.redcaspe.org/drupal/?q=node/29>
- 2.Lecturacritica.com [Internet]. País Vasco: Osteba - Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Departamento de Sanidad y Consumo de Gobierno Vasco. 2006 [actualizado 8 Mar 2014; citado 30 Mar 2014]. Disponible en: [http://www.lecturacritica.com/es/plataforma-flc\\_que-son-las-fichas-de-lectura-critica.php](http://www.lecturacritica.com/es/plataforma-flc_que-son-las-fichas-de-lectura-critica.php)
- 3.Gomes B, Calanzani N, Gysels M, Hall S, Higginson IJ. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. BMC Palliative Care [Internet]. 2013 [citado 19 Ene 2014];12(7). Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-684X/12/7>
- 4.Houttekier D, Cohen J, Bilsen J, Addington-Hall J, Onwuteaka-Philipsen B, Deliëns L. Place of death in metropolitan regions: Metropolitan versus non-metropolitan variation in place of death in Belgium, The Netherlands and England. Health Place [Internet]. 2010 [citado 15 ene 2014];16(1):132-139. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1353829209000951>

5. Gao W, Ho YK, Verne J, Glickman M, Higgison IJ. Changing Patterns in Place of Cancer Death in England: A Population-Based Study. Plos Med [Internet]. 2013 [citado 15 Ene 2014]; 10(3). Disponible en:  
<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001410#s6>
6. Thomé B, Dykes AK, Hallberg IR. Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review. J Clin Nurs [Internet]. 2003 [citado 15 Ene 2014];12(6):860-8672. Disponible en:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2702.2003.00803.x/abstract>
7. Bell CL, Somogyi- Zalud E, Masaki K.H. Factors Associated with Congruence Between Preferred and Actual Place of Death. J Pain Symptom Manag [Internet]. 2010 [citado 19 Ene 2014];39(3):591-604. Disponible en:  
<http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924%2809%2901137-3/fulltext>
8. Gomes B, Higgison IJ, Calanzani N, Cohen J, Deliens L, Daveson BA, et al. Preferences for place of death if faced with advanced cancer: a population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain. Ann Oncol [Internet]. 2012 [citado 02 Nov 2013];23(8):2006-2015. Disponiblen en:  
<http://annonc.oxfordjournals.org/content/23/8/2006.full?sid=146f2120-7e39-4e54-925c-a741f312511d>

**POSTER 24****AUTORES/AUTHORS:**

Alba Guitard Quer, Gemma Espigares Tribó, Mercedes Gloria Simón Labory

**TÍTULO/TITLE:**

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE EN EL GRADO DE ENFERMERÍA: VALORACIÓN DE LOS ESTUDIANTES

**Introducción:**

La enfermería es una disciplina en constante evolución, tanto en su desarrollo como ciencia, como en su práctica profesional, y que requiere la utilización de metodologías docentes distintas en su enseñanza universitaria.

Brailovsky et al (1) evidencia que sistemas interactivos tienen una tasa de retención de alrededor del 80%, frente al 5-30% de las clases teóricas.

La creación del Espacio Europeo de Educación Superior propone un cambio de perspectiva: hacer de las actividades de aprendizaje el eje de la planificación de la docencia, promocionando la generación de saberes. Para ello, es imprescindible ser conocedores de la valoración que hacen los estudiantes sobre las actividades llevadas a cabo para lograr su aprendizaje.

A la vez que adoptando un papel activo en la implementación de mejoras en la planificación de las asignaturas, los estudiantes se empoderan (2-3) y se implican en su aprendizaje, aumentando el nivel de competencias adquirido (4).

**Objetivos:**

- Valorar el grado de dificultad percibida por los estudiantes de las distintas actividades llevadas a cabo en una asignatura.
- Valorar el grado de aprendizaje que consideran los alumnos que han adquirido dichas actividades.
- Comparar el grado de dificultad con el grado de aprendizaje.

**Metodología:**

Se trata de un estudio descriptivo transversal. La población de estudio son 92 alumnos que cursan la asignatura troncal de 6ECTs "Bases Fisiopatológicas de los cuidados de enfermería" de primer curso del grado de enfermería de la Universitat de Lleida. La recogida de datos se lleva a cabo mediante una encuesta autoadministrada a los alumnos una vez han finalizado todas las actividades de aprendizaje. Las preguntas son cerradas y categorizadas. Los alumnos deben puntuar del 1 al 5 tanto el grado de dificultad como de aprendizaje. Posteriormente se introducen los datos en un documento Excel para analizarlos.

**Actividades de aprendizaje a valorar:**

- Clases teóricas: Exposición de los contenidos de la asignatura.
- Seminarios de casos: Sesiones en grupos reducidos donde se profundiza y se relacionan conocimientos a partir de la previa resolución individual de casos clínicos en busca de la participación crítica y constructiva de los estudiantes.
- Exámenes de seminarios: Pruebas escritas tipo test al inicio de los seminarios sobre el temario expuesto en la clase teórica previa.
- Seminarios de simulación: Resolución de un caso mediante la simulación clínica que permite a los estudiantes experimentar la representación de un hecho real.
- Trabajo final: Proyecto en grupo consistente en la búsqueda, selección y aplicación de información a un caso concreto para su resolución.
- Examen final: Prueba escrita con preguntas abiertas sobre los contenidos de la asignatura.

**Resultados y discusión:**

La actividad de aprendizaje considerada más difícil es el examen final (3,92/5) y la más fácil el trabajo final (3,02/5). Los seminarios de simulación son la actividad con la que los alumnos consideran que aprenden más (4,47/5) y las clases teóricas con las que menos (3,44/5). Según Durante y Martínez (6-7), como más auténtica sea la aproximación de los estudiantes al aprendizaje y la evaluación, más información contextual será incorporada en el proceso, aumentando en rendimiento atribuible a la implicación activa y empoderamiento.

**Conclusión:**

Los seminarios de casos y simulación son las metodologías docentes con las que los alumnos aprenden más en relación al esfuerzo realizado (3,07/4,33 y 3,22/4,47 respectivamente). Por lo contrario, con el examen final la dificultad se considera excesiva por los estudiantes en relación a lo que consideran que aprenden (3,92/3,37). Convendría pues, aumentar las metodologías que implican más percepción de aprendizaje y resultan menos difíciles.

### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Brailovsky P. Educación médica, evaluación de las competencias. Aportes para un cambio curricular. 103–22. Rev Ed Medica: 2011.
2. Akerjordet K, Severinsson E. The state of the science of emotional intelligence related to nursing leadership: an integrative review. J Nurs Manag. 2010;18(4):363-82.
3. McCausland MP. Opportunities and strategies in contemporary health system executive leadership. Nurs Adm Q. 2012;36(4):306-13.
4. Trus M, Razbadauskas A, Doran D, Suominen T. Work-related empowerment of nurse managers: a systematic review. Nurs Health Sci. 2012;14(3):412-20.
5. Carreras, J.; Branda, L.A.; Castro A. Guía para la evaluación de competencias en medicina. Barcelona: Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya; 2009. Disponible a: [http://www.aqu.cat/doc/doc\\_71595240\\_1.pdf](http://www.aqu.cat/doc/doc_71595240_1.pdf).
6. Durante E. Algunos métodos de evaluación de las competencias: Escalando la pirámide de Miller. Rev Hosp ital B Aires 2006; 26(2):55-61.
7. Martínez JM. Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetiva estructurada (ECO). Educ méd 32005; 8(2):18-22.



## POSTER 29

## AUTORES/AUTHORS:

Juliana Silva

## TÍTULO/TITLE:

ESTUDIO COMPARATIVO DE CUIDADOS ENTRE HOMBRES Y MUJERES ÚLCERASVASCULOGÉNICAS DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES

## INTRODUCCIÓN

La persona con úlceras varicosas necesitan cuidados adecuados y forma determinada, con miras a la restauración de la salud y su retorno a las actividades diarias. 11 Las investigaciones indican que los Estados Unidos tiene una prevalencia estimada en 500.000 a 800.000 casos, siendo subestimados probablemente debido al envejecimiento de la población. 3

En Europa y Australia, la incidencia varía de 0.3% a 1% de la población total, mientras que, en todo el mundo, gira alrededor de 2,7%. Cuando las encuestas cubren activos y úlceras cicatrizadas, la prevalencia varía de 1% a 1,3%. Sin embargo, en estudios brasileños y portugueses, estos índices son superiores. El tratamiento es largo y difícil debido a la diversidad etiológica y terapéutica. A pesar de la importancia de la enfermedad, se conoce poco sobre su distribución en la población brasileña, o incluso en diferentes regiones del país 14

Independientemente del grupo de edad afectado, observó los impactos físicos y psicosociales, como dolor, dificultad en la locomoción, las limitaciones de las tareas domésticas, impedimento de actividades sociales, vergüenza de exponer las piernas, las limitaciones para el deporte, el ocio y las restricciones a la vida de casado, que requieren la atención apropiada así determinado, con el fin de restaurar la salud y su retorno a las tareas de la vida cotidiana. 13

Investigaciones realizadas en Brasil indican que el grupo de edad predominante de la población afectada varía entre 51-70 años, mientras que los estudios realizados en países de Europa indican edad predominante de 70 años o más. 8 Construcciones sociales sobre el macho y la hembra pueden estar implicadas en las actitudes de la gente con respecto a su salud, que influyen en el curso de la enfermedad y mortalidad, cambiando la cara de la misma conducta y el uso de los servicios de salud y, por tanto, el género pueden ser un factor que distingue el comportamiento en relación con el proceso de toma de decisiones para buscar un servicio de salud. 9

Entender que el concepto de género es algo que vas a estar construyendo como un producto histórico, convirtiéndose en indispensable para comprender ciertos comportamientos, los cuales son invariablemente mutables. En materia de salud, hombres y mujeres perciben diferentemente, que genera gran impacto en las estrategias usadas para cuidar de sí mismos y en el manejo de ese uso para conducir los trastornos físicos y psicológicos. 4

Objetivos: caracterizar los usuarios con úlceras varicosas; Comparar las formas de cuidados entre hombres y mujeres con úlceras varicosas de las extremidades inferiores.

## MÉTODOLOGÍA

Tipo de estudio: cuantitativo, observacional de tipo transversal con análisis descriptivo comparativo.

Ubicación de búsqueda: Utilizaremos vestuarios de dos unidades básicas de salud del municipio de Niteroi/RJ.

Tema de investigación: El público objetivo son personas del dos sexos con úlceras varicosas en las extremidades inferiores tratadas con vestuarios de las referidas a policlínicas. Los criterios de inclusión serán individuos de ambos sexos matriculados en las unidades básicas anteriormente citadas, mínima edad 18 años con úlceras varicosas de extremidad inferiores, mostrando o no comorbilidades (hipertensión, diabetes tipo I y II, insuficiencia cardíaca, entre otros), individuos con mezclas y heridas asociadas con neuropatías arteriales. Y los criterios de exclusión serán individuos menores de 18 años, con las úlceras de decúbito, úlceras arteriales y otros tipos de heridas o quemaduras.

Registro de datos y procedimiento de colección: el instrumento estudiará un formulario con preguntas cerradas que fueron formuladas basado en la literatura durante el desarrollo de la investigación, que se dividen por los siguientes elementos: datos sociales y demográficos, enfermedades previas, examinación física, estilo de vida, creencias y religiosidad, vivienda condiciones, integridad y evaluación del tejido de la herida, como los vendajes son realizados por el sujeto, relacional aspectos/auto imagen del cuerpo. Este instrumento se aplicará inicialmente como un pre-test, así que vamos a analizar el impacto de las respuestas de los sujetos, colaborar o no con el desarrollo de la investigación, permitiendo así posibles modificaciones o adiciones a desarrollar bien el

estudio propuesto.

El tratamiento de los resultados será realizado por análisis estadístico mediante el programa estadístico R, que ofrece una amplia variedad de técnicas estadísticas, por ejemplo lineales y modelado no lineal, análisis estadísticos clásicos, análisis de series temporales, clasificaciones y agrupaciones.

Consideraciones éticas: el proyecto fue presentado al Comité de ética de investigación, pendiente de la aprobación para comenzar la recolección de datos. Será garantizado el anonimato de los sujetos, permanecer en secreto. La información obtenida se utilizará sólo para fines científicos,

#### CONTRIBUCIONES DEL ESTUDIO

Proporcionar acciones demanda efectiva de expuestos por tema, creando formas de tratamiento más eficaz con un enfoque en la atención de la salud.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

##### BIBLIOGRAFÍA

1 BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: 2009.

2 BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

3 CONUEI. Conferencia Nacional de Consenso sobre Úlceras de la Extremidad Inferior. Documento de consenso Barcelona: Kamed; 2009.

4 De Vitta A; Nerial CR. Saúde percebida em homens e mulheres sedentários e ativos, adultos jovens e idosos. *Salusvita* 2006; 25 (1): 23-4.

5 Gomes Romeu. Sexualidade masculina, gênero e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

6 \_\_\_\_\_ Nascimento Elaine Ferreira do, Araújo Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2007 Mar [cited 2014 May 27]; 23( 3 ): 565-574. Available from: <http://www.scielo.br/scielo>

7 IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudo e Pesquisa. Informação Demográfica e sócioeconômica. Indicadores Sociais Municipais. Uma análise dos resultados do universo do CENSO demográfico 2010. IBGE 2011.

8 Malaquias Suelen Gomes, Bachion Maria Márcia, Sant'Ana Silvia Maria Soares Carvalho, Dallarmi Ceres Cristina Bueno, Lino Junior Ruy de Souza, Ferreira Priscilla Santos. Pessoas com úlceras vasculogênicas em atendimento ambulatorial de enfermagem: estudo das variáveis clínicas e sociodemográficas. *Rev. esc. enferm. USP* [serial on the Internet]. 2012 Apr [cited 2014 May 28]; 46( 2 ): 302-310. Available from: <http://www.scielo.br/scielo>

9 Mussi Fernanda Carneiro, Pereira Álvaro. Tolerância à dor no infarto do miocárdio. *Acta paul. enferm.* [serial on the Internet]. 2010 [cited 2014 May 27]; 23( 1 ): 80-87. Available from: <http://www.scielo.br/scielo>

10 Pacheco Antônio Guilherme, Marília, Sá Carvalho. Curso de introdução ao ambiente R. Ed. Fiocruz. 2009

**POSTER 30****AUTORES/AUTHORS:**

Raquel Ceres Martínez, Nuria Casero Peinado, Sara Plaza Rivera, Elena Gómez Jiménez, Laura Palazón Valcárcel, José Luis Oliver Carbonell, Almudena Avendaño Céspedes

**TÍTULO/TITLE:**

: INTERVENCIÓN ENFERMERA PARA LA PREVENCIÓN DE NEUMONÍAS ASPIRATIVAS EN MAYORES HOSPITALIZADOS

**OBJETIVOS:** Como objetivo general nos planteamos analizar si una intervención enfermera basada en el manejo adecuado de la disfagia y el correcto cuidado oral, reduce la incidencia de neumonía aspirativa (NA) en pacientes hospitalizados en la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA). Los objetivos específicos que establecemos son: Describir la prevalencia de disfagia, evaluar si disminuye la mortalidad total y la mortalidad asociada a NA, analizar el uso de antibióticos y de espesantes para líquidos, comprobar si disminuye la estancia media hospitalaria asociada a NA y la estancia media hospitalaria global de los pacientes ingresados.

**MÉTODOS:** Diseño cuasi-experimental con modelo de diferencia en diferencias (Las Diferencias en diferencias a veces "Diferencia en diferencias", es una técnica cuasi-experimental utilizada en econometría que mide el efecto de un tratamiento en un determinado período en el tiempo. A menudo se utiliza para medir el cambio inducido por un tratamiento o un evento en particular) en el que se incluirán los pacientes con y sin disfagia, mayores de 65 años, que firmen el consentimiento informado, ingresados en la UGA del Hospital Perpetuo Socorro de Albacete. Como criterios de exclusión fijamos la situación de agonía y la imposibilidad de comunicarse en castellano.

El proyecto se compone de dos períodos de dos meses cada uno, un primer período observacional y un segundo período de intervención. Durante estos dos períodos el Hospital Monte Naranco de Oviedo colaborará realizando simultáneamente un control externo en su UGA. El tamaño muestral será de 138 pacientes por grupo (observación e intervención) y 138 por grupo en el centro de control externo, calculado en base a la bibliografía revisada, con hoja de cálculo muestral Fisterra.

Las variables analizadas durante el período de observación serán: datos sociodemográficos, motivo de ingreso (incluida NA), comorbilidades, uso de espesantes previo para líquidos, forma de alimentación, tipo de dieta, estado de la boca, escala de Glasgow, EAT-10 (escala de despistaje de disfagia), índice de Barthel (escala de valoración de la independencia para las ABVD), desarrollo de aspiraciones y/o NA durante el ingreso, diagnósticos al alta, tratamiento farmacológico al ingreso y al alta, antibióticos prescritos durante el ingreso, uso de espesantes durante el ingreso y éxito relacionado con NA o no relacionado con esta.

La forma de alimentación y el tipo de dieta se revisará diariamente así como la aparición de NA y/o aspiraciones con el fin de poder relacionar estos factores. La NA será considerada como tal cuando exista diagnóstico médico reflejado en la historia clínica con confirmación radiológica.

La intervención consistirá en la entrega de folletos con recomendaciones en disfagia y cuidado oral y un Kit de higiene bucal. Los folletos contendrán diferentes recomendaciones dependiendo de si el paciente tiene o no disfagia (basándonos en el resultado de la escala EAT-10). En el caso de que el EAT-10 resulte positivo para disfagia se informará al personal médico. El Kit de higiene consistirá en cepillo de dientes y pasta fluorada. En el caso de no poder realizar la higiene con estos instrumentos se ofrecerá clorhexidina al 0,12% y gasas. La higiene se realizará como mínimo una vez al día por los propios pacientes o por sus acompañantes. En el caso de no existir estos, serán la Enfermeras Residentes de Geriátrica (EIR) las encargadas de realizarlo. Las variables analizadas durante el período de intervención serán las mismas que en la observación además de: entrega de folletos, entrega kit de limpieza bucal, cumplimiento o no de las recomendaciones, revisión de la cavidad oral cada 48 horas y refuerzo del contenido de los folletos.

El análisis de los datos se realizará con el paquete estadístico SPSS 15.0. Realizaremos descripción de variables cuantitativas y cualitativas y su representación gráfica. Determinaremos la distribución normal de las variables cuantitativas para su posterior análisis. Describiremos la prevalencia e incidencia de la NA. Realizaremos análisis comparativo entre los sujetos del grupo observacional y los del grupo intervención y analizaremos si la intervención es eficaz analizando el riesgo relativo con su intervalo de confianza. 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.

**DISCUSIÓN:** Diversos trabajos revisados afirman, que la detección temprana de la disfagia junto con su tratamiento y una intensificación en la higiene oral puede reducir la incidencia de NA. No obstante, existen pocos estudios de intervención en los que se demuestre que las medidas descritas en la literatura son eficaces. Además, teniendo en cuenta que la NA supone la causa más común de mortalidad por infección nosocomial en pacientes de edad avanzada, con una tasa de mortalidad de hasta el 25%,

demostrar que una intervención de enfermería disminuye la incidencia de NA podría resultar útil en la práctica clínica para implantar un protocolo con el que se pretende disminuir las complicaciones y la mortalidad asociada, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Fernandez O, Clavé P. Oral Hygiene, Aspiration, and Aspiration Pneumonia: From Pathophysiology to Therapeutic Strategies. *Curr Phys Med Rehabil Reports*. 2013; 1(4):292-5
2. Tada A, Miura H. Prevention of aspiration pneumonia (AP) with oral care. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012 Jul-Aug; 55(1):16-21.
3. Ortega O, Parra C, Zarcero S, Nart J, Sakwinska O, Clave P. Oral health in older patients with oropharyngeal dysphagia. *Age Ageing*. 2014 Jan; 43(1):132-7.
4. Sjogren P, Nilsson E, Forsell M, Johansson O, Hoogstraate J. A systematic review of the preventive effect of oral hygiene on pneumonia and respiratory tract infection in elderly people in hospitals and nursing homes: effect estimates and methodological quality of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc*. 2008 Nov; 56(11):2124-30.
5. Logemann JA, Curro FA, Pauloski B, Gensler G. Aging effects on oropharyngeal swallow and the role of dental care in oropharyngeal dysphagia. *Oral Dis*. 2013 Nov; 19(8):733-7.
6. Adachi M, Ishihara K, Abe S, Okuda K, Ishikawa T. Effect of professional oral health care on the elderly living in nursing homes. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2002 Aug; 94(2):191-5.
7. Bassim CW, Gibson G, Ward T, Paphides BM, Denucci DJ. Modification of the risk of mortality from pneumonia with oral hygiene care. *J Am Geriatr Soc*. 2008 Sep; 56(9):1601-7.
8. Gomez-Busto F, Andia V, Ruiz de Alegria L, Frances I. Approach to dysphagia in advanced dementia. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009 Nov; 44 Suppl 2:29-36.
9. Burgos R, Sarto B, Segurolo H, Romagosa A, Puiggros C, Vazquez C, et al. Translation and validation of the Spanish version of the EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) for the screening of dysphagia. *Nutr Hosp*. 2012 Nov-Dec; 27(6):2048-54.
10. Sura L, Madhavan A, Carnaby G, Crary MA. Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clin Interv Aging*. 2012; 7:287-98.
11. Velasco M, Arreola V, Clavé P, Puiggros C. Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. *Nutr Clin Med*. 2007; 1(3): 174-202.
12. 16. Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, et al. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2008 Dec; 117(12):919-24.

**POSTER 31****AUTORES/AUTHORS:**

BEATRIZ YÁÑEZ AMORÓS, MELANY PUERTAS GARRIDO, CRISTINA VIDAL RIBAS, ADRIANA HEMFELT MINOBIS, JULIO OLSEN

**TÍTULO/TITLE:**

Estudio piloto: Aplicabilidad de Terapia Cognitivo-Conductual en insomnio, en Atención Primaria, en ensayo clínico.

**Objetivos principales:**

1. Diseñar y adaptar una intervención basada en terapia cognitivo-conductual breve (TCCb-i) realizada por médicos y enfermeras de atención primaria (AP) para el tratamiento del insomnio crónico en población mayor de 18 años.
2. Evaluar la factibilidad y aplicabilidad en términos de aceptación por parte de los profesionales de AP, reclutamiento de pacientes, adherencia a la intervención a los 3 meses, evaluación de las medidas de resultado y recogida de información.
3. Evaluar la formación en la intervención de la TCCb-i en términos de satisfacción de los profesionales con los contenidos de aplicabilidad y adecuación de la formación.

**Objetivos secundarios:**

4. Definir 'práctica clínica habitual en el tratamiento del insomnio' como comparación a la intervención diseñada (grupo control).
5. Definir las variables a controlar de los profesionales que puedan relacionarse con los resultados.

**MÉTODO**

Diseño: Estudio piloto enmarcado dentro de un ensayo clínico tipo cluster, aleatorizado paralelo que compara dos grupos con insomnio crónico. Los sujetos serán asignados de forma aleatoria a dos grupos: Un grupo recibirá TCCb-AP realizada por médicos/enfermeras de AP y el otro grupo práctica clínica habitual.

Ámbito poblacional: Población perteneciente a los Centros de Salud Son Serra-La Vileta y Santa Ponsa.

Ámbito temporal: Septiembre 2014 a abril 2015.

Sujetos de estudio: Personas mayores de 18 años adscritos los centros de salud con diagnóstico de insomnio crónico en Historia Clínica o que manifiesten quejas de insomnio de más de un mes.

Selección e inclusión de pacientes: Se seleccionarán a partir de la historia clínica electrónica (e-siap) u oportunísimamente en la consulta de los profesionales participantes.

Tamaño de la muestra: Cada profesional realizará la intervención en 2 personas para verificar los circuitos así como la factibilidad, duración y adecuación de la intervención. Total 40 pacientes.

Variables de resultado y recogida de información: Objetivo 1: Manual de intervención TCCb-AP Objetivo 2: Aceptación de los profesionales mediante grupo nominal (tiempo requerido, dificultades, necesidad supervisión, etc.). Aceptación de los pacientes: facilidad de reclutamiento y adherencia (tasa de participación, cumplimiento de las visitas, pérdidas, etc.) Objetivo 3: Adecuación de la formación mediante grupo focal. Otras variables recogidas mediante entrevista clínica: socio-demográficas, calidad del sueño (Pittsburgh Sleep Quality Index), dependencia a benzodiazepinas (Severity of Dependence Scale), parámetros del sueño mediante diario del sueño (latencia y tiempo total del sueño, tiempo despierto después de iniciado el sueño, etc.), ansiedad y depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale). Objetivo 4: Definición de la práctica clínica habitual. Objetivo 5: categoría profesional, años de experiencia en AP, formación en TCC-i, etc. mediante cuestionario autocumplimentado.

Plan de análisis: se presentaran los resultados de los grupos nominales mediante un informe. La aceptabilidad de los pacientes mediante tasas de respuesta, proporción de adherencia de las visitas de seguimiento.

Aplicabilidad: Este estudio nos permitirá tener diseñada una intervención breve adaptada a AP aplicada por médicos y enfermeras.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Buysse DJ, Reynolds CF, III, Monk TH et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practise and research. *Psychiatry Res.* 1989; 28:193-213.

Crönlein T & Zully J. The options available in cognitive behavioral therapy to prevent chronification of insomnia. *EPMA Journal* (2011) 2:309-314.

Edinger JD, Wohlgenuth WK, Radtke RA, Marsh GR, Quilian RE. Cognitive Behavioral Therapy for Treatment Chronic Primary Insomnia: A randomized controlled Trial. *JAMA.* 001; 285: 1856-1864.

- Epstein DR , Souraya Sidani, Bootzin, B. Dismantling Multicomponent Behavioral Treatment for Insomnia in Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *SLEEP* 2012;35(6):797-805.
- Gregg D. Jacobs,; Edward F. Pace-Schott,; Robert Stickgold; Michael W. Otto. Cognitive Behavior Therapy and Pharmacotherapy for Insomnia: A Randomized Controlled Trial and Direct Comparison. *Arch Intern Med.* 2004;164:1888-1896.
- Jungquist C et al. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Patients with Chronic Pain. *Sleep Med.* 2010 March ; 11(3): 302–309.
- Morgan K, Dixon S, Mathers N, Thompson J and Tomeny M. Psychological treatment for insomnia in the management of long-term hypnotic drug use: a pragmatic randomised controlled trial. *British Journal of General Practice*, 2003, 53, 923-928.
- Morin R et al. Cognitive Behavioral Therapy singly and combined with medication for persistent insomnia. A randomized controlled trial. *JAMA*, May 20, 2009-Vol 301, No. 19.
- Ongb J, Shapiro MK , Manber J. Combining Mindfulness Meditation with Cognitive-Behavior Therapy for Insomnia:A Treatment-Development Study. *Behav Ther.* 2008 June ; 39(2): 171–182.
- Riemanna D, Michael L. Perlis LB. The treatments of chronic insomnia: A review of benzodiazepine receptor agonists and psychological and behavioral therapies. *Sleep Medicine Reviews* 13 (2009) 205–214.
- Siriwardena, A, Tilling, AH, Dyas, Middleton, Roderick Tracey S, Michael Dewey and Zubair M Qureshi. Effectiveness and cost-effectiveness of an educational intervention for practice teams to deliver problem focused therapy for insomnia: rationale and design of a pilot cluster randomised trial. *BMC Family Practice* 2009, 10:9.
- Sivertsen B, Omvik S, Pallesen S, Bjorvatn B, Havik OE, Kvale G, Høstmark Nielsen G, Hilde Nordhus I. Cognitive Behavioral Therapy vs Zopiclone for Treatment of Chronic Primary Insomnia in Older Adults A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, June 28, 2006-Vol 295, No. 24.

**POSTER 32****AUTORES/AUTHORS:**

Roser Carme Palau Costafreda, Noelia Trigueros García, Ainara Martínez Isidoro, Meritxell Gómez Maldonado, Núria Esteban Guzman, Dafne I. Secall Luelmo

**TÍTULO/TITLE:**

Evaluación de la eficacia del masaje perineal en la conservación del tono muscular del suelo pélvico.

**INTRODUCCIÓN**

El presente proyecto pretende evaluar la eficacia de una intervención educativa realizada en las mujeres gestantes de los hospitales Consorci Sanitari de Terrassa (CST) y Hospital Universitari Mutua de Terrassa (HUMT). La intervención educativa incluye el control del embarazo, mediciones periódicas del tono muscular del periné femenino, así como la enseñanza de la técnica del masaje perineal con soporte telefónico, gráfico y audiovisual elaborado por el equipo investigador.

**OBJETIVOS**

- Evaluar la eficacia de una intervención educativa, dirigida a las mujeres embarazadas nulíparas de bajo riesgo, sobre el mantenimiento del tono y recuperación de los músculos perineales en el postparto.
- Identificar si, con la realización del masaje perineal anteparto, existe algún efecto en el tono muscular del periné de las mujeres primíparas en el postparto.

**METODOLOGÍA**

Consiste en un estudio experimental randomizado con un grupo comparación. La intervención se realiza en la semana 33 de gestación y después se observará si el tono muscular se conserva o no en la visita postparto, aproximadamente 40 días después del parto.

Prospectivamente, se inicia el estudio antes de que el trabajo de parto y el parto afecte a la musculatura perineal.

El estudio se realizará en los Centros de Atención Primaria (CAP) de los hospitales CST y HUMT de la ciudad de Terrassa, en la provincia de Barcelona.

La población diana serán todas las gestantes nulíparas de la ciudad de Terrassa entre 18 y 38 años. La población de estudio será una muestra representativa de la población diana que durante el periodo de estudio estén siendo atendidas en los hospitales CST y HUMT, que cumplan los criterios de inclusión y exclusión descritos en el estudio.

El cálculo del tamaño muestral del estudio se ha basado en la puntuación del perineómetro. Aceptando un riesgo alfa de un 0,05 y una potencia del 80% para detectar una diferencia de 5mmHg en la puntuación, se necesitarán 93 mujeres de bajo riesgo en cada grupo de estudio. Se asume que la desviación estándar es de 11,5 y que se estima un 10% de pérdidas de seguimiento.

En el tipo de muestreo, inicialmente se utilizará un muestreo consecutivo para reclutar a las mujeres en el estudio. Posteriormente se asignarán a las mujeres en el grupo intervención o control mediante una asignación aleatoria.

Las variables dependientes evaluadas serán el tono muscular del periné y el dolor de la zona perineal.

Los instrumentos utilizados en el estudio serán: la "hoja de recogida de datos", la escala de Oxford modificada y el perineómetro para la valoración del tono, la escala analógica visual para la valoración del dolor, la "escala de valoración del masaje perineal" para una valoración objetiva de la realización del masaje, así como adhesión al estudio y una "escala de satisfacción" del seguimiento.

La intervención educativa, constará de 4 visitas, tres durante la gestación (30-33, 36 y 38 semanas de gestación) y una en el postparto.

Cada una de estas visitas incluirá, tanto en el grupo intervención como control: revisión de los criterios de inclusión/exclusión, control rutinario de la gestación, valoración del tono de los músculos perineales y recogida de datos, además de resolución de dudas y entrega de información extra sobre el embarazo. Al grupo intervención se le instruirá y evaluará sobre la técnica del masaje perineal y se le entregará material de soporte en formato de video documental y tríptico.



El estudio durará 34 meses, dividido en cuatro etapas, incluyendo la solicitud de permisos, instrucción de los profesionales implicados, captación, seguimiento y recogida de datos de las gestantes, análisis estadístico, comprobación de la hipótesis, redacción de conclusiones, finalizando con la comunicación y publicación de los resultados a la comunidad científica.

Para realizar el análisis de los datos se utilizará el paquete de programas estadístico SPSS versión 19 con el objetivo de describir y cuantificar las evidencias observadas en la muestra.

#### IMPACTO SOCIAL Y PROYECCIÓN DE LOS RESULTADOS

Los estudios realizados sobre el masaje pretenden demostrar el efecto de este para prevenir el trauma perineal durante el parto y toda la consecuente morbilidad asociada. El planteamiento de este proyecto, es novedoso en el sentido que, se mediría de manera directa y objetiva el efecto que tiene el masaje perineal sobre los músculos que conforman el suelo pélvico.

Los datos obtenidos servirían para poder determinar si, el masaje perineal, ejerce algún efecto en el tono muscular del suelo pélvico, favoreciendo así el mantenimiento de la fuerza o permitiendo una mejor y más rápida recuperación de la zona.

Asimismo, los datos obtenidos, permitirían estudiar las diferencias que existen entre los métodos de medición de la fuerza de la musculatura perineal, y también identificar, qué factores influyen en la medición de éstos.

Conservando la fuerza muscular del periné se conseguiría disminuir la morbilidad de las mujeres, aumentando la calidad de vida y disminuyendo el coste sanitario.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Calais-Germain B. El periné femenino y el parto. Anatomía para el movimiento. Pimera. Barcelona: La Liebre de Marzo, S.L.; 1998.
- Bajo Arenas J. Fundamentos en ginecología. Ed. Médica Panamericana, editor. Ed. Médica Panamericana; 2009.
- Rigol Ricardo O. Anatómico y Fisiológico del aparato reproductor. Obstreticia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. p. 1–19.
- Beckmann, MM., Stock O. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma (Cochrane Database of Systematic Reviews). 2013;(4).
- Duarte Gonzalez L, García González S, Mejías Paneque M. Masaje perineal. Nure Investig. 2011;10:62–6.
- Mei-dan E, Walfisch A, Raz I, Levy A, Hallak M. Perineal Massage during Pregnancy: A Prospective Controlled Trial. IMAJ. 2008;10:499–502.
- Kalichman L. Perineal Massage to Prevent Perineal Trauma in Childbirth. IMAJ. 2008;10:531–3.
- Labreque M, Eason M, Marcoux S. Women's views on the practice of prenatal perineal massage. Br J Obstet Gynaecol. 2001;108:499–504.
- España M. PO. Manual de Anatomía funcional y quirúrgica del suelo pélvico. Marge Medica Books, editor. Marge Medica Books; 2010.
- McCandlish R. Perineal Trauma: prevention and treatment. J Midwifery Women's Heal. 2001;46(6):396–401.
- Eogan M, Daly L, O'Herlihy C. The effect of regular antenatal perineal massage on postnatal pain and anal sphincter injury: A prospective observational study. J Matern Neonatal Med. 2006;19(4):225–9.
- Sigurdardottir T, Steingrimsdottir T, Arnason A, Bø K. Pelvic floor muscle function before and after first childbirth. Int Urogynecol J [Internet]. 2011 Dec [cited 2014 Feb 7];22(12):1497–503. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21789656>
- Amóstegui Azcúe J, Ferri Morales A, Lillo De La Quintana C, Serra Llosa M. Incontinencia urinaria y otras lesiones del suelo

pelviano: etiología y estrategias de prevención. REV MED UNIV NAVARRA. 2004;48(4):18–31.  
-Associació Catalana de Llevadores. El Masaje Perineal. 2013.

**POSTER 35****AUTORES/AUTHORS:**

IRENE MERA PRIETO

**TÍTULO/TITLE:****HÁBITO TABÁQUICO EN PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES**

Introducción. Los fumadores con trastornos mentales graves, tienen una alta dependencia a la nicotina, la prevalencia de la dependencia del tabaco es dos veces más en pacientes con trastornos mentales graves que en pacientes sin este tipo de trastornos, por tanto necesitamos más intervenciones de deshabituación tabáquica, para prevenir problemas graves de salud física y mejorar así su calidad de vida.

Objetivo. Determinar la prevalencia del hábito tabáquico en personas con trastorno mental grave (esquizofrenia y trastorno bipolar) a tratamiento ambulatorio en un área de salud mental de Oviedo.

Objetivos específicos:

- Determinar el grado de dependencia a la nicotina en personas con trastorno mental grave.
- Describir el consumo actual del tabaco en personas con trastorno mental grave.
- Describir la intencionalidad de abandono en personas con trastorno mental grave.
- Determinar cuántas personas siguen alguna estrategia de abandono del hábito tabáquico en personas con trastorno mental grave.

Metodología. Estudio observacional transversal. Ámbito: Centro de salud mental (CSM II) del área IV de Oviedo. Población y muestra: muestreo aleatorio estratificado de pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar, con una edad de entre 18-65 años, a seguimiento en régimen ambulatorio. Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Edad: 18-65 años ambos inclusive.
- A seguimiento a régimen ambulatorio por CSMII (centro de salud mental) del área IV de Oviedo.
- Tener consentimiento informado firmado por escrito.
- Diagnóstico según criterios CIE-10 de esquizofrenia (f20) o trastornos del humor (f30-31).

Criterios de exclusión:

- Dependencia de sustancias tóxicas (f10-f19), excepto: alcohol (f10), cannabis (f12), sedantes-hipnóticos (f13) y tabaco (f17).
- Que a juicio de un psiquiatra no se mantuviera estable durante los 6 meses previos, con hospitalizaciones o reagudizaciones sintomatológicas significativas que hayan requerido intensificación del nivel de cuidados psiquiátricos en los últimos 6 meses y asegurar así la capacidad de comprensión del usuario para el consentimiento informado.
- Presencia de trastornos mentales orgánicos (f0-f9), incluidas enfermedades físicas graves y/o invalidantes en el momento de inclusión y durante el estudio.
- Haber transcurrido desde su último contacto con salud mental más de un año, contando desde el 1-1-2013.

Variables e instrumentación: prevalencia del tabaco; escalas de Fargstrom y Glover Nilson, para describir el grado de dependencia a la nicotina; número de cigarrillos al día, edad de inicio y cantidad de nicotina, para valorar el consumo actual del tabaco; intentos previos de abandono, intención para valorar la intencionalidad de abandono y estrategias de abandono del tabaco; edad, sexo, estado civil, nivel educativo y situación laboral. Recogida de datos: la fuente de información principal serán los pacientes, serán fuentes de información primaria. También se harán revisiones de historias clínicas del área de psiquiatría, en formato papel, del portal clínico del Hospital Universitario Central de Asturias y Atención Primaria. Consideraciones éticas: El proyecto ha sido aprobado por el Comité ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias y a la Comisión de Investigación del Hospital Central de Asturias, para su valoración y aprobación. Los investigadores del estudio se comprometen a respetar todos los aspectos establecidos en la legislación vigente de investigación clínica según la Declaración de Helsinki, la ley de Protección de datos de carácter personal y la ley de Autonomía del paciente. A cada participante se le entregará el consentimiento informado (o responsable legal), que lo firmará libremente y se le explicará que puede retirarse del mismo en cualquier momento, sin que ello redunde en su perjuicio.

Análisis de datos: Las variables continuas serán descritas mediante medias, desviaciones típicas, valores mínimos, máximos y medianos. Las variables categóricas, mediante frecuencias relativas y absolutas. Para las comparaciones entre variables categóricas se utilizará el test de Ji-Cuadrado o Test exacto de Fisher, y entre las variables continuas el Test-Student. El nivel de significación se estableció en  $p < 0,05$ . Para el análisis se usó el software SPSS.

#### Implicaciones para la práctica

El hábito de fumar es un grave problema de salud que se asocia con morbilidad y mortalidad en pacientes con patología psiquiátrica, concluyendo que existe una relación directamente proporcional entre la intensidad de la clínica psiquiátrica y la gravedad de la dependencia tabáquica. Por tanto conocer la prevalencia del consumo del tabaco y características del mismo, en pacientes con trastorno mental grave (esquizofrenia y trastorno bipolar) es relevante para poder establecer intervenciones de deshabituación tabáquica, para prevenir problemas graves de salud física y mejorar así su calidad de vida.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

##### REFERENCIAS:

1. Utsun, Tevfik Bedirhan, Bertelsen, A. Dilling, Horst Drimmelen, J. van Pull, c. Okasha, Ahmed Sartorius, Norman Pan American health Organization. Las diversas caras de los trastornos mentales. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1999.
2. Michael B. First. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2001.
3. López-Ortiz C, Roncero C, Miquel L, Casas M. [Smoking in affective psychosis: review about nicotine use in bipolar and schizoaffective disorders]. *Adicciones*. 2011; 23(1):65-75.
4. Dickerson F, Stallings CR, Origoni AE, Vaughan C, Khushalani S, Schroeder J, et al. Cigarette Smoking Among Persons With Schizophrenia or Bipolar Disorder in Routine Clinical Settings, 1999–2011. *Psychiatric Services*. 1 de enero de 2013; 64(1):44-50.
5. Molina-Linde JM. Effectiveness of smoking cessation programs for seriously mentally ill. *Actas Esp Psiquiatr*. Abril de 2011; 39(2):106-14.
6. Sendra-Gutiérrez JM, Casanova Peña B, Vargas Aragón ML. Tabaquismo y trastorno mental grave: conceptualización, abordaje teórico y estudios de intervención. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Diciembre de 2012; 32(116):707-22.

## POSTER 36

## AUTORES/AUTHORS:

INMACULADA SÁNCHEZ SAN CAYETANO

## TÍTULO/TITLE:

ASOCIACIÓN DEL AUMENTO DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA Y APARICIÓN DE ÚLCERAS EN PIE DIABÉTICO:  
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

## JUSTIFICACIÓN:

La diabetes es un problema de salud asociado a un gran consumo de recursos sanitarios, de ahí la importancia de la enfermería en la planificación de los cuidados y su seguimiento para evitar complicaciones a corto y largo plazo y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

La hemoglobina glicosilada es un factor modificable en el que la enfermería tiene un papel de gran relevancia para el mantenimiento de un buen control glucémico.

La evidencia disponible hasta el momento sobre la asociación entre elevadas cifras de hemoglobina glicosilada y la aparición de úlceras en el pie diabético muestra resultados heterogéneos, todos ellos llevados a cabo fuera de España.

## OBJETIVOS:

Principal: Estudiar si existe relación entre cifras elevadas de HbA1c y la presencia de úlceras en el pie diabético en personas con diabetes tipo 2 (DM2).

Secundario: Estudiar si existe relación entre la neuropatía y la presencia de úlceras en el pie diabético en personas con DM2.

## MÉTODO:

- Diseño: Seguimiento de una cohorte. Periodo de seguimiento: 5 años.
- Ámbito de estudio: Equipos urbanos de Atención Primaria de Ávila
- Sujetos: pacientes con DM2 con edad mayor o igual a 18 años sin presencia ni antecedentes personales de úlcera en pie diabético y que deseen participar en el estudio. Muestreo no probabilístico consecutivo.

## • Variables:

Variable dependiente:

Incidencia de la úlcera (sí/no): se valorará mediante la escala de Wagner(1). Fuente de información: exploración física.

Variable independiente: HbA1c (%). Fuente de información: analítica.

## • Covariables:

## Sociodemográficas:

- Fecha de nacimiento.
- Sexo (hombre/mujer).
- Nivel de estudios finalizado (ninguno, primarios, secundarios, universitarios).

Fuente de información: entrevista individualizada con el paciente.

## Relacionadas con la diabetes TIPO 2

- Año de diagnóstico.
- Tipo de tratamiento.
  - o Dieta (sí/no).
  - o Ejercicio físico (sí/no).
  - o Tratamiento farmacológico: tipo de fármaco (antidiabéticos orales, insulinas) y número de fármacos.
- Antecedentes familiares de primer grado de pie diabético (sí/no).
- RCV según SCORE(2).

## Factores de riesgo de úlcera en el pie diabético:

Neuropatía (sí: en caso de presencia de síntomas y / o signos de disfunción nerviosa periférica en las personas con diabetes /no): mediante diapason y monofilamento(3).

Enfermedad arterial periférica (sí: cuando el ITB es inferior a 0.90) /no): mediante el Índice Tobillo Brazo(4).

Fuente de información: exploración física.

Relacionadas con la herida:

- Área de la herida (cm<sup>2</sup>).
- Profundidad de la herida (cm).

Fuente de información: exploración física.

• Procedimiento utilizado para la obtención de datos:

- FASE 1: Preparación del estudio: se formará a los miembros del equipo investigador y se preparará el material del estudio necesario.
- FASE 2: Prueba piloto: en un grupo de 10 sujetos, para detectar errores y establecer la versión definitiva del protocolo.
- FASE 3: Reclutamiento de los sujetos: cuando acudan a la consulta de Atención Primaria mediante muestreo consecutivo comprobando los criterios de inclusión y exclusión. Se les citará para la primera visita del estudio previo consentimiento informado.
- FASE 4: Visita basal del estudio: mediante entrevista individualizada y exploración física se valorarán todas las variables del estudio mediante un Cuaderno de Recogida de datos electrónico (CRDe) tipo Excel.
- FASE 5: Visitas de seguimiento del estudio: cada seis meses, por el mismo profesional sanitario.
- FASE 6: Análisis de los datos y difusión de los resultados

• Análisis de datos: se realizará estadística univariante y bivariante, así como un análisis de supervivencia con la técnica Kaplan-Meier y regresión de Cox. Todas las pruebas se realizarán con un nivel de confianza del 95% a nivel bilateral y el paquete estadístico utilizado será el SPSS versión 20.

Aparataje:

- Monofilamento de Semmes-Weinstein de 10 gramos: Sonda monofilamento Sensifil 10g.
- Diapasón de 128 Hz.
- Siemens DCA Vantage Analyzer: para la determinación capilar de HbA1c.
- Doppler con una frecuencia de emisión entre 5 y 10 Mhz.
- Esfigmomanómetro.

• Aspectos éticos: se solicitará la aprobación por parte del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Área de Salud de Ávila. El personal sanitario implicado se comprometerá a aceptar las decisiones de todos los pacientes, así como a respetar los requisitos de la Declaración de Helsinki y las normas de Buena Práctica Clínica vigentes.

PALABRAS CLAVE: Diabetic foot, Hemoglobin A glycosylated and Ulcer.

## **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. González de la Torre H, Mosquera Fernández A, Quintana Lorenzo M L, Perdomo Pérez E, Quintana Montesdeoca MP. Clasificaciones de lesiones en pie diabético: Un problema no resuelto. Gerokomos [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 2014 Sep 15]; 23(2): 75-87. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2012000200006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000200006&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2012000200006>.

2. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R, et al. European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice: Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical

Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.2007;28:2375-414.

3. Llanes Barrios JA, Álvarez Duarte HT, Toledo Fernández AM, Fernández Montequín JI, Torres Herrera, Chirino Carreño N. Manual para la prevención, diagnóstico y tratamiento del pie diabético. Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascul. 2009; 10(1): 42-96.

4.Herranz de la Morena L.Índice tobillo brazo para la evaluación de la enfermedad arterial periférica. Av Diabetol 2005; 21: 224-226.

5. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2014. Diabetes Care. 2014 Jan; 37 Suppl 1: S14-80.

6..Sabag-Ruiz E, Álvarez-Félix A, Celiz-Zepeda S, Gómez-Alcalá AV. Complicaciones crónicas en la diabetes mellitus. Prevalencia en una unidad de medicina familiar. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2006 Sep-Oct; 44 (5): 415-21.

7.Martín Borge V, Herranz De La Morena L, Castro Dufourny I, Fernández Martínez A, Pallardo Sánchez LF. Factores de riesgo y pie diabético. An Med Interna. 2007 Jun; 24 (6): 263-6.

8.Alvarez J, Carreño J, Rodríguez J. Amputaciones en el pie diabético. En: J. Marinello Roura. Tratado de pie diabético. Madrid: Jarpoy Editores. 129-138. I.S.B.N. 84-88992-77-7.

9. Pérez Páez I, Rodríguez Weber FL, Díaz Greene EJ, Cabrera Jardines R. Mitos y realidad de la hemoglobina glucosilada. Med Int Mex 2009;25(3):202-9

10.Álvarez Seijas E, González Calero T M, Cabrera Rode E, Conesa González AI et al. Algunos aspectos de actualidad sobre la hemoglobina glucosilada y sus aplicaciones. Revista Cubana de Endocrinología. 2009; 20(3):141-151

**POSTER 37****AUTORES/AUTHORS:**

INMACULADA SÁNCHEZ SAN CAYETANO, LUCÍA GONZÁLEZ GARCÍA

**TÍTULO/TITLE:**

RELACIÓN ENTRE CIFRAS ELEVADAS DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA Y LA APARICIÓN DE PIE DIABÉTICO. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

**OBJETIVO:** Valorar la evidencia existente sobre la relación entre cifras elevadas de HbA1c y la presencia de úlceras en el pie diabético en pacientes con diabetes.

**MÉTODOS:** Revisión bibliográfica de la literatura científica en las bases de datos: Pubmed, Cochrane Plus, Cinahl, Tripdatabase, Lilacs y Cuiden. Los límites de búsqueda fueron publicaciones comprendidas entre Enero de 2000 y Enero de 2014. Los criterios de inclusión fueron: todo tipo de estudios, población adulta y aquellos cuyo objetivo del estudio coincidiera con el objetivo de esta revisión. En la búsqueda se utilizaron como palabras clave los Tesoros (Decs y Mesh) como Mesh "hemoglobin A glycosylated", "diabetic foot", la palabra en lenguaje libre "ulcer" y los Decs "hemoglobina glicosilada" y "pie diabético", combinados mediante operadores booleanos.

**RESULTADOS:** La búsqueda originó un resultado de 452 artículos, de los que se excluyeron 445 y se seleccionaron 7 artículos. De los cuales, 4 son seguimiento de una cohorte, 1 casos y controles y 2 metaanálisis.

Tras el análisis de la literatura, se encontró que tres de estos estudios relacionaban las cifras bajas de hemoglobina glicosilada con la curación de las heridas(1,2,3). Según los dos primeros estudios, la presencia de niveles elevados de HbA1c provoca que las heridas tarden más en curarse y su evolución sea más lenta(1,2). Y el tercer estudio determinó que unos niveles adecuados de HbA1c acelera el proceso de curación(3).

Con respecto a la amputación, se encontraron resultados contradictorios, mientras que en uno se relaciona la elevación de la hemoglobina con el riesgo de amputación, en otro no se encuentra que esa asociación sea significativa(4,5).

En los estudios en los que se tuvo en cuenta el tipo de diabetes, en uno de ellos se observó que en los diabéticos tipo 1 las úlceras tardan menos en cicatrizar que en los diabéticos tipo 2, mientras que en otro, no encontraron diferencias estadísticamente significativas(2,5).

**DISCUSIÓN:** Después de realizar esta revisión bibliográfica se evidencia la necesidad de más trabajos de investigación relacionados con este tema llevados a cabo por enfermería debido a la disparidad de resultados.

Los resultados de la búsqueda pueden tener importancia para el desarrollo de futuras estrategias para la prevención de la aparición de pie diabético.

**IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA:**

Mejorar el control de la hemoglobina glicosilada reducirá el riesgo de aparición de úlceras en el pie diabético.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Christman AL, Selvin E, Margolis D.J, Lazarus GS, Garza LA. Hemoglobin A1c is a Predictor of Healing Rate In Diabetic Wounds. *J Invest Dermatol.* 2011 Oct ; 131(10): 2121–2127.
2. Gubara Musa H, ElMakki Ahmed M. Associated risk factors and management of chronic diabetic foot ulcers exceeding 6 months' duration. *Diabetic Foot & Ankle* 2012;3:10,3402/dfa,v3i0,18980.
3. Markuson M, Hanson D, Anderson J, Langemo D, Hunter S, Thompson F, et al. The Relationship between Hemoglobin A1c values and healing time for lower extremity ulcers in individuals with diabetes. *Adv Skin Wound Care.* 2009 Aug;22(8):365-72.
4. Winkley K, Stahl D, Chalder T, Edmonds M, Ismail K. Risk factors associated with adverse outcomes in a population-based prospective cohort study of people with their first diabetic foot ulcer. *J Diabetes Complications.* 2007 Nov-Dec;21(6):341-9.
5. Adler AI, Erqou S, Lima TA, Robinson AH. Association between glycated haemoglobin and the risk of lower extremity amputation in



patients with diabetes mellitus- review and meta-analysis. *Diabetologia*.2010 May;53(5):840-9.

6. Dubský M., Jirkovská A, Bem R, Fejfarová V, Skibová J, Schaper NC, et al. Risk factors for recurrence of diabetic foot ulcers: prospective follow-up analysis in the Eurodiale subgroup. *Int Wound J* 2013; 10(5):555–61.

7. Margolis DJ, Kantor J, Santanna J, Strom BL, Berlin JA. Risk factors for delayed healing of neuropathic diabetic foot ulcers: a pooled analysis. *Arch Dermatol*. 2000 Dec;136(12):1531-5.

**POSTER 41****AUTORES/AUTHORS:**

Inmaculada Cabrera Roman, Esther Gilart Cantizano, Irene Mancilla Falcon, María Jesus Medialdea , Anna Bocchino, Isabel Lepiani Diaz

**TÍTULO/TITLE:**

ECOE con pacientes y entornos simulados basado en las habilidades de comunicación enfermeras.

**OBJETIVOS:**

1. Proveer al estudiante de un entrenamiento repetitivo que fomente sus habilidades y competencias en la comunicación.
2. Reducir el estrés del estudiante a la hora de enfrentarse a una situación real con el paciente.
3. Ayudar a mejorar la comunicación entre estudiante y usuario en un marco hospitalario.
4. Familiarizar al alumno con el vocabulario técnico y el material sanitario en cada una de las unidades.
5. Valorar, a partir de los resultados obtenidos, la posible inclusión de las pruebas ECOE en los estudios de enfermería.

**MÉTODO**

La investigación fue de carácter cuasi experimental en la cual se intentó poner a prueba al estudiante en diferentes situaciones que podrían darse en su labor como estudiante de enfermería.

**Muestra:**

Participaron 80 estudiantes de edades comprendidas entre 18-40 años de 3 curso de la Escuela de Enfermería Salus Infirmorum de Cádiz.

El estudio constó de las siguientes fases:

1. Construcción de los escenarios simulados compuestos por un encuentro clínico con un paciente simulado (PS) o en su defecto la realización del mismo procedimiento con un maniquí.
2. Planificación de los objetivos y análisis de productos.
3. Comparación de las valoraciones.

**Instrumentos:**

Evaluación del alumno en distintas situaciones: consta de 9 apartados representados en una tabla con una escala de puntuación del 1 al 5 con un primer apartado donde figuran una serie de datos básicos de identificación.

En un segundo apartado estaban representados los siguientes criterios de evaluación:

1. Identificación del problema: Este criterio está relacionado con la capacidad del alumno para reconocer la situación con destreza aplicando sus conocimientos sobre la situación. Los profesores responsables de la estación tendrán que reconocer la habilidad del estudiante ante la prueba.
2. Trato con el paciente: con este criterio se trata de averiguar cómo se relaciona el estudiante con el paciente de la unidad, si tiene dificultades para comunicarse, bien sea por el desconocimiento del problema y el miedo a enfrentarse a situaciones nuevas, o al revés por el atrevimiento mal entendido fruto de la ignorancia.
3. Tarea: criterio que trata de valorar en qué medida el alumno cumple con lo esperado por el evaluador.
4. Iniciativa y disposición: se trata de identificar cómo en situaciones nuevas el alumno es capaz de aplicar los conocimientos adquiridos, dominando con soltura la situación.
5. Supervisión y corrección: se intenta saber con este criterio, de qué forma el alumno se interesa por su aprendizaje y cuáles son sus demandas respecto al mismo.
6. Notifica sus errores: criterio muy importante y complicado ya que ante situaciones desconocidas el estudiante prefiere no arriesgar, para no cometer errores y en el caso de cometerlos que pasen desapercibidos.
7. Observación: se trata de medir la capacidad de observación del estudiante durante su periodo de prácticas.
8. Indumentaria: todos los alumnos deben cumplir con las normas que Escuela y Hospital determinen.
9. Habilidad y destreza: se valorará de acuerdo a los niveles de conocimiento y etapa de aprendizaje en la cual se encuentre el alumno.
10. Ausencias: el objeto es que el alumno se comprometa a asistir a la prueba y en caso de no hacerlo justificarlo asumiendo el riesgo que esto supone en su evaluación.

Para medir estos diez criterios, se dispuso de una escala cuantitativa y otra cualitativa que se aplicaron en cada una de las tres estaciones y por los tres evaluadores de cada una de ellas.

## RESULTADOS

La implementación de este estudio piloto permitió la participación colaborativa de profesores y enfermeras al tiempo que favoreció la identificación de fortalezas y debilidades de la herramienta, así como los obstáculos que deberán superarse para su futura aplicación. Los estudiantes participantes:

1. Adquirieron una mayor toma de conciencia crítica de sus errores.
2. Comprendieron las consecuencias derivadas de una mala praxis.
3. Incrementaron habilidades de colaboración y capacidades para trabajar en equipo.

Con el ECOE se consiguió:

1. Averiguar cuáles eran las necesidades de cuidados de enfermería en el paciente.
2. Formular una lista de problemas identificados y susceptibles de cuidado enfermero.
3. Elaborar un plan de acción en función de los problemas detectados por orden de prioridad, planteando objetivos y actividades para conseguir su resolución.

## DISCUSIÓN

Es de gran importancia la adquisición de habilidades y actitudes fundamentales a la hora de iniciar una relación terapéutica enfermera-paciente. Por ello queremos demostrar a las personas implicadas, la importancia de formar al colectivo de los futuros profesionales de enfermería en este aspecto. El ECOE es considerado cada vez más como uno de los principios para la buena práctica del proceso de enseñanza-aprendizaje; es por esto que la importancia del efecto que tiene la evaluación en el aprendizaje adquiere cada vez mayor aceptación y relevancia. El establecimiento de un sistema de evaluación nos permitirá implementar los contenidos y evaluar con mayor objetividad el conocimiento práctico del alumno.

## **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Carretero, J. M. M. (2005). Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetiva estructurada (ECO). *Educ méd*, 8, 18-22.
- Velasco Martín, A. (2013). Simulación clínica y enfermería: creando un ambiente de simulación.

**POSTER 43****AUTORES/AUTHORS:**

Alexandra Pons Torres, Marga Cases Sanchis

**TÍTULO/TITLE:**

¿Podemos las enfermeras, reducir el tiempo dedicado a la cumplimentación de registros electrónicos?

**Introducción**

La incorporación en los últimos años de las tecnologías de la información y comunicación (TICS) en el ámbito sanitario, ha dotado a los profesionales de sistemas y aplicaciones diversas para el ejercicio de la práctica y la documentación clínica y ha supuesto un cambio en el modelo de trabajo para enfermería y para la atención del paciente.

Según nuestra experiencia con la historia electrónica, un problema descrito por los usuarios, era la fragmentación de la información clínica en diferentes pantallas, que precisaba múltiples clics, generando pérdida de tiempo y dificultad de visualización del proceso enfermero. Por este motivo se desarrolló este proyecto.

**Objetivos**

- Elaborar una herramienta electrónica de trabajo que permita una visualización completa del proceso enfermero y que reduzca los tiempos de cumplimentación de registros electrónicos
- Determinar la disminución de los tiempos de cumplimentación de registros electrónicos con la nueva pantalla

**Metodología****Elaboración herramienta electrónica**

Para la creación de la herramienta se diseñó una pantalla de trabajo que mediante sistemas de enlace o llamadas externas a los distintos registros de la historia electrónica concentraba toda la información de todo el proceso asistencial incluyendo la parte administrativa y la interrelacionada con otros servicios, en una única pantalla.

La pantalla agrupa toda la información necesaria para el desarrollo del trabajo diario de la enfermera conteniendo un total de 20 registros. Se le denominó panel de enfermería

El panel contiene los siguientes registros:

Valoración al ingreso, registro de vías, registro de glucemias, alta de enfermería, administración de medicación, registro de constantes, registro de líquidos, anotación comentario evolutivo de enfermería, seguimiento evolutivos de enfermería, lectura curso clínico, plan de cuidados, agenda de enfermería, registro de dieta, informe de alta de urgencias, evolutivo enfermería de urgencias, informe quirúrgico, informe de anestesia, informe continuidad de cuidados de URPA( unidad de reanimación postanestésica) , acceso aplicación de radiología y laboratorio.

**Estudio disminución tiempos de cumplimentación**

Una vez diseñada la nueva pantalla tras su implantación y al año de utilización, se planteó determinar el tiempo de cumplimentación de los registros pero se comprobó que el rendimiento de la aplicación podía influir y los conocimientos en ofimática y mecanografía de los usuarios también podían ser determinantes.

Por este motivo se diseñó un estudio descriptivo de medición de los tiempos de apertura de pantallas. Entendiendo como el tiempo que tarda en visualizarse el registro.

Se realizaron 10 mediciones de todos los registros del módulo de cuidados de la aplicación inicial y 10 mediciones de todos los registros del panel electrónico, el instrumento de medida para la monitorización del tiempo, fue la aplicación Cronh me.

Las mediciones fueron realizadas de lunes a viernes en franjas horarias de las 8 de la mañana a las 18h de la tarde. Consideramos que es la franja horaria de máximo uso de la aplicación

Estructuramos la medición primero contabilizando la apertura de todos los registros. Y después definimos el siguiente escenario de trabajo:

Seguimiento diario del paciente hospitalizado que incluye los siguientes registros: registro de vías, registro de glucemias, administración de medicación, registro de constantes, registro de líquidos, anotación comentario evolutivo de enfermería, seguimiento evolutivos de enfermería, lectura curso clínico, plan de cuidados, agenda de enfermería y registro de dieta.

**Resultados**

Tras la medición se comprobó que la media de tiempo para la apertura de pantallas con la aplicación inicial fue de 5.38 minutos y con el nuevo panel electrónico es de 2.18 minuto. El panel es un 60% más rápido en apertura de pantallas que la aplicación inicial.

Los resultados según el escenario son los siguientes:

Seguimiento diario del paciente hospitalizado la media de apertura de pantallas es de 2.02 minutos (122 segundos) y con el nuevo panel es de un minuto (58 segundos) lo que supone un ahorro del 52%.

Si aplicamos los datos obtenidos a la práctica diaria y tomamos como media que una enfermera atiende a un mínimo de diez pacientes por turno, solo en seguimiento diario de pacientes hospitalizados, con la aplicación inicial se invertían 20 minutos de espera para la apertura de pantallas y con la nueva aplicación se invierten 10 minutos en total.

El nuevo panel ahorra en tiempo de espera en apertura de pantallas 10 minutos.

Discusión

Desde nuestro punto de vista, el diseño de herramientas informáticas adaptadas a las necesidades de enfermería puede reducir el tiempo de cumplimentación de registros y generar satisfacción al personal.

Las enfermeras tenemos un papel fundamental en el desarrollo de herramientas que permitan la integración del proceso de atención de enfermería en la nueva era de la información digital, sin que interfiera en la disminución del tiempo de relación enfermera –paciente.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Sociedad Española de Informática de la Salud. Líneas estratégicas de las tecnologías de la Información y Comunicaciones para la Salud en España. Madrid: 2009. <http://www.seis.es>.
- Ministerio de sanidad y política social, Gobierno de España. El sistema de historia clínica digital en el sistema Nacional de Salud .Madrid: centro de publicaciones del Ministerio de sanidad y política social; 2009 Cernicero J (Coordinador).
- . De la historia clínica a la historia de salud electrónica. Informes SEIS (5). Pamplona: Sociedad Española de Informática de la Salud, 2003. <http://www.seis.es>
- . Jonnes, D. Building The information infrastructure requerid for managed care. Journal of Nursing scholarchip, 1997; 29(4):377
- . Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey, Maas M, Moorhead S, Swanson E, editors. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Madrid: Elsevier España; 2007.p.24
- .Aguilera I. La historia clínica digital: un documento único para un paciente único. Comunicación oral. VII Congreso Nacional de Informática en Enfermería 2011

**POSTER 45****AUTORES/AUTHORS:**

Inmaculada Cabrera Roman, Esther Gilart Cantizano, Anna Bocchino, Isabel Lepiani Diaz

**TÍTULO/TITLE:**

EL USO DE LAS TICS Y LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TICS) han tenido una rápida evolución a nivel mundial y un uso multitudinario; en cambio estas podrían provocar problemas a nivel psicológico en los usuarios. Este estudio es una prueba de las desventajas que la adicción a este tipo de tecnologías podrían provocar en el estudiante.

**Objetivo:**

El objetivo primordial del estudio es definir cómo interviene de forma negativa el uso de las TICS y los niveles de ansiedad en la población universitaria de enfermería, ocasionando en muchos casos adicción, ansiedad y trastornos de personalidad. En este sentido, este estudio constituyó un importante documento que nos permite conocer la relación entre el uso excesivo de las TICS y los cambios de ánimo, depresión y ansiedad en los estudiantes.

**Método:**

La investigación fue de carácter cuasi experimental donde se pretendía analizar los niveles de ansiedad de los estudiantes de enfermería en cuanto al uso de las Tecnologías de Información y Comunicación y llegar a una conclusión lógica con la información obtenida para determinar las posibles soluciones.

**Muestra:**

La población de estudio estuvo compuesta por un total de 70 alumnos de segundo grado de enfermería de la Escuela Universitaria Salus Infirmorum de Cádiz.

**Instrumento:**

Cuestionario de ansiedad ( STAI): consta de 40 items tipo Likert (0-3), 20 items para ansiedad- estado y 20 para ansiedad rasgo , obteniendo dos resultados, antes de su uso , al comienzo del cuatrimestre y al final de éste.

Con respecto a las herramientas TICS usadas en el ámbito educativo a continuación presentamos un listado de las herramientas TICS clasificadas en hardware y software que fueron utilizadas indistintamente en el aula. Todas estas herramientas están seleccionadas por diferentes razones entre ellas: facilidad de uso, accesibilidad en el costo, mejorar la calidad educativa y beneficios que presentan entre otros.

Retroproyector, ordenador, impresora, memoria USB , ordenadores portátiles, teléfonos móviles, cámaras digitales ,tablets, navegadores: Entre los navegadores que más se usan tanto en la educación como en otros ámbitos están: Internet Explorer ,Mozilla Firefox y Google Chrome, Chat ,Foros de discusión ,Video conferencia ,Redes Sociales ,Páginas web ,Correo electrónico, Youtube ,Google ,Skype ,Slideshare ,Gmail , Programas simuladores ,Bibliotecas virtuales y Aplicaciones Multimedia .

**Variables:**

variables dependientes: trastornos del estado de ansiedad según el Cuestionario de ansiedad (STAI).

variables de control: edad y sexo

**Criterios de inclusión:**

Todos los estudiantes de ambos sexos y de todas las edades que cursaron segundo curso de la asignatura Habilidades de la Comunicación de la Escuela de Enfermería Salus Infirmorum durante el año lectivo 2013-2014 y que dieron su consentimiento informado.

**Criterios de exclusión:**

Los estudiantes de dicha asignatura que tuviesen diagnosticado ansiedad por otras razones ajenas a las TICS.

**RESULTADOS**

El 70% de los alumnos mencionan que las TICs son buenas pero sus niveles de ansiedad subieron ligeramente como comprobamos en el post test. El 20% señalaron no mostrar ningún cambio y el 10% claramente mostraron un nivel elevado en relación a sus niveles de ansiedad al comienzo del cuatrimestre.

**CONCLUSIÓN**

En nuestra población la prevalencia de la adicción a las TICS es bastante elevada y se asocia con la presentación de trastornos del estado de ánimo. Esto es provocado por los numerosos cambios que se han llevado cabo en la educación y gran parte de ellos debido a la introducción de las tecnologías, consideradas de gran importancia para las Universidades ya que es uno de los lugares a

donde se pretende orientar la nueva forma de enseñanza.

Es necesario que la Educación se proyecte hacia lo moderno y que las Instituciones Educativas utilicen Tecnologías de Información y Comunicación para mejorar su nivel y prestigio, es decir, conseguir mejorar la calidad en los procesos de enseñanza y aprendizaje. Pero con el uso de TICs se ha comprobado como los estudiantes se vuelven más dependientes de los medios tecnológicos aumentando sus niveles de ansiedad. Los estudios demuestran que los estudiantes que permanecen mayor tiempo navegando por internet son mas dados a sufrir patologías depresivas, alejándose más de la realidad y su entorno diario.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Meneses, E. L., Sánchez, M. R. F., Sanchiz, D. C., & García, E. P. (2013). Implicaciones de las Tics en el ámbito socio-educativo y de servicios sociales: una experiencia universitaria de innovación y desarrollo docente con tecnologías 2.0. *Revista de Educación Campo Abierto*, 31(2), 11-35.

Pais, M. H. R., & Vila, R. R. (2014). Las expectativas hacia la integración de las TIC en educación desde una perspectiva fenomenológica. *International Journal of Educational Research and Innovation*, (1), 29-40.

**POSTER 47****AUTORES/AUTHORS:**

Trinidad Carrion Robles, Dolores Saavedra Llobregat, José Ramón Martínez Riera, Carmen Vives Relats, Virtudes Rodero Sánchez, Luís Marqués Molías, Montserrat Martí Cavallé, Teresa Salvadó Usachs, Mar Lleixá Fortuño

**TÍTULO/TITLE:**

Diseño de la web 2.0 cuidadorasronicos.com

**OBJETIVOS:**

Diseñar la web 2.0 cuidadorasronicos.com como soporte a cuidadoras de personas con problemas de salud crónicos. Se presenta el diseño de una web que forma parte del proyecto multicéntrico "Cuidadoras 2.0": efectividad de un programa de apoyo 2.0 para cuidadoras no profesionales de pacientes crónicos", dirigido a diferentes tipos de cuidadoras, financiado por el Instituto de Salud Carlos III y por el Fondo Europeo de desarrollo Regional.

**MÉTODOS:**

Tras realizar un análisis previo de las necesidades de las cuidadoras y de su interés en usar una web 2.0 como apoyo a su tarea de cuidado, se creó un grupo de trabajo formado por el equipo multidisciplinar de investigación con un técnico informático, una diseñadora gráfica y otros colaboradores como expertos e ilustradores que han elaborado los contenidos e imágenes de la web. El diseño de la estructura de la web, se realizó después del análisis de contenido y selección por consenso hasta llegar a la versión definitiva.

Las premisas que se han seguido, son: navegación fácil, información no redundante. Acompañar de imágenes, enlaces, vídeos, incluir mapas conceptuales y diagramas que faciliten la lectura y comprensión. Acceso visible y accesible. Se siguieron en todo momento las directrices de HONCODE para poder solicitar la acreditación de calidad. Se decidió que fuera una web de acceso libre bajo la licencia Creative Commons.

**RESULTADOS:**

Creación del dominio [www.cuidadorasronicos.com](http://www.cuidadorasronicos.com) y diseño de un logo identificativo.

Se consensua la estructura de la web con las secciones: Proyecto; Cómo cuidar; Cómo cuidarse; Ayudas y recursos; Punto de encuentro; Noticias y Contacta.

Hay una zona pública y una privada desde donde se puede acceder a la parte interactiva de la web, la comunidad virtual "Hablemos con otras cuidadoras" moderada por una cuidadora experta, con la que las cuidadoras que lo deseen pueden contactar de forma privada. Desde la Intranet se puede participar en el proyecto respondiendo los cuestionarios al inicio de usar la página y repitiéndolos a los 6 meses, para poder comprobar la efectividad.

**DISCUSIÓN:**

La Web 2.0 "cuidadorasronicos.com", puede ser útil para las cuidadoras de personas con problemas crónicos de salud físicos y/o mentales, como soporte y complemento a la atención presencial. La comunidad virtual permite compartir experiencias y/o dudas entre las personas cuidadoras.

El uso de la web puede favorecer el empoderamiento de la cuidadora, aumentando los conocimientos sobre salud, mediante la información proporcionada, y preservando la autonomía brindando a la persona el derecho a decidir, se potencia la capacidad de las cuidadoras para convivir día a día con la persona receptora de cuidados, preservando la calidad de vida y ejerciendo el rol de cuidar de sí misma.

Es necesario generar estrategias de soporte social con las TIC, actualmente todavía existen pocos estudios sobre el coste-beneficio/efectividad del soporte tecnológico a las cuidadoras. (Barrera, 2011; Boots, 2014, Zulman, 2013; Smith, 2008).

Es importante que los profesionales de enfermería lideremos webs fiables y de calidad para poder recomendarlas y capacitar a las cuidadoras de personas con problemas de salud crónicos.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Barrera Ortiz L, Carrillo González GM, Chaparro Díaz L, Afanador NP, Sánchez Herrera B. Soporte social con el uso de TIC's para



cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Revista de salud pública* [revista online]. 2011 Jun [consulta el 05 de febrero de 2014]; 13(3). Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/15893/38043>

Boots LMM, Vugt MED, Knippenberg RJM, Kempen GIJ, Verhey FRJ. A systematic review of internet-based supportive interventions for caregivers of patients with dementia. *Int J Geriatric Psychiatry* [online]. 2014 [consulta el 15 febrero de 2014]; 29:331-344. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23963684>

Smith C. Technology and web-based support. *American Journal Nursing* [online]. 2008 [consulta el 22 de marzo de 2014]; 108(9):64-68. Disponible en: [file:///C:/Users/Jael/Downloads/Technology\\_and\\_Web\\_Based\\_Support.26.pdf](file:///C:/Users/Jael/Downloads/Technology_and_Web_Based_Support.26.pdf)

Zulman DM, Piette JD, Jenchura EC, Asch SM, Rosland AM. Facilitating out-of-home caregiving through health information technology: survey of informal caregivers' current practices, interests and perceived barriers. *J Med internet Res* [online]. 2013 Jul [consulta el 22 de marzo de 2014]; 15(7):123. Disponible en: <http://www.jmir.org/2013/7/e123/>

**POSTER 48****AUTORES/AUTHORS:**

Esther Gilart Cantizano, Irene Mancilla Falcon, Inmaculada Cabrero Roman

**TÍTULO/TITLE:**

Creación de una cuenta "twitter" para ver la aplicabilidad de la creación de una nueva "app"

La utilización de Internet y la Informática y su introducción en el mundo educativo, representan una nueva herramienta de interacción entre los estudiantes y una novedosa manera de comunicación que permite compartir información y colaborar en la construcción del conocimiento.

Para este tipo de aprendizaje es importante que los alumnos puedan sentirse como miembros de una comunidad de aprendizaje, de forma que se den la motivación y las actitudes positivas para aprender (Estebaranz, Pingoranze y Ballesteros 2000:2).

Esta herramienta pretende ser un complemento educativo, que permita conocer las expectativas y necesidades de los alumnos de una forma más directa y cercana, en la que dejan de ser meros receptores de la información para ser partícipes de la misma.

**OBJETIVOS**

El objetivo general de este estudio es la aplicación de una nueva "app" para estudiantes de enfermería para incrementar la autonomía y la responsabilidad del alumno respecto al propio proceso de aprendizaje y desarrollar nuevas habilidades y destrezas colaborativas.

Los objetivos específicos son:

- Integrar las nuevas tecnologías para hacer que los alumnos las utilicen y adquieran información al mismo tiempo que amplíen y enriquezcan sus conocimientos participando de forma activa.
- La implicación del alumno en el proceso de enseñanza-aprendizaje.
- Valorar y discutir el uso de esta herramienta tecnológica.

**METODOLOGÍA**

- Creación de una cuenta "twitter" para ver la aplicabilidad de la creación de una nueva "app" para la resolución de dudas enfermeras a tiempo real que surjan durante la realización del trabajo.

- Test de satisfacción para calificar la resolución de dudas.

La muestra quedó conformada por 100 estudiantes de tercero y cuarto grado de enfermería de la E.U.E Salus Infirorum que estaban realizando prácticas en distintos hospitales y centros de atención primaria de la provincia de Cádiz. Los alumnos llevaron a cabo preguntas acerca de técnicas y procedimientos enfermeros, así como dosificación de nuevos fármacos y exposición de casos para contribuir a la ampliación de conocimientos a los demás integrantes del grupo.

Tras probar este procedimiento durante el primer turno de prácticas, que tuvo una duración de dos meses, se les proporcionó un cuestionario de satisfacción en el que se puntuaba de 0 a 10 cuestiones como: la utilidad de este método educativo e incremento del conocimiento, entre otras.

Instrumentos: Cuenta twitter "Dudas Enfermeras", cuestionario y paquete estadístico SPSS versión 17 para analizar los datos obtenidos.

**RESULTADOS**

A través de la aplicación, hemos podido observar que los estudiantes hacen uso de esta "app" como una nueva herramienta de interacción y una novedosa manera de comunicación que les permite compartir información y colaborar en la construcción de conocimientos.

Ha resultado ser un complemento educativo, que permite conocer las expectativas y necesidades de los alumnos de una forma más directa y cercana, en la que dejan de ser meros receptores de la información para ser partícipes de la misma. La satisfacción total fue bastante alta.

**CONCLUSIÓN**

Este estudio pone de manifiesto la aplicabilidad de una nueva "app" para los profesionales de enfermería. Esto facilitaría la

resolución de conflictos y dudas, así como la minimización de errores por desconocimiento de nuevos protocolos o cambios de servicios en los que no están familiarizados con sus procedimientos. También sería un buen método para la unificación de procesos y adquisición de nuevos conocimientos. Es un buen mecanismo para poder difundir la enfermería basada en la evidencia y poder realizar nuestro trabajo con una base científica y veraz.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

ESTEBARANZ, A. MINGORANCE, P.; BALLESTEROS, A. (2000): Comunicación on-line para la formación: un sistema de análisis. XII Congreso Nacional e Iberoamericano de Pedagogía: hacia el tercer milenio.

GUTIÉRREZ MARTÍN, A. (1999): Comunicación Multimedia: Interactividad y aprendizaje, la e-Educación que viene. Anuario de Educación. La enseñanza en el siglo XXI.

**POSTER 50****AUTORES/AUTHORS:**

Azucena Santillán García, Alicia Negrón Fraga , Xose Manuel Meijome Sánchez

**TÍTULO/TITLE:**

Uso y valoración de Twitter por parte de los alumnos de grado de Enfermería

**OBJETIVO**

Identificar los usos que de Twitter hacen los alumnos de enfermería así como la utilidad que le asocian.

**METODO**

Estudio descriptivo transversal mediante encuesta ad-hoc auto cumplimentada durante los cursos lectivos 2012-2013 y 2013-2014. La encuesta era anónima y voluntaria y se distribuyó mediante un formulario realizado con la aplicación online "Google Drive". El ámbito del estudio es la Escuela Universitaria de Enfermería de Burgos. Los sujetos de estudio son los alumnos matriculados en la asignatura "Psicología II" (60 en el primer año y 55 en el segundo). Las variables se han agrupado en bloques temáticos (conocimiento de Twitter, usos de Twitter y utilidad de Twitter) y se ha realizado análisis de frecuencias y porcentajes.

**RESULTADOS**

De los 115 encuestados durante los dos curso, han cumplimentado la encuesta satisfactoriamente 79 (39 en el curso 2012-2013 y 40 en el curso 2013-2014).

-Conocimiento de Twitter: La mayoría de los encuestados (n= 72) dice conocer la herramienta pero solo un 57% se declara usuario activo (n=45).

-Usos de Twitter: El 49% de los encuestados lo utiliza para informarse de temas que le interesan, un 36% para relacionarse con familiares y amigos, y casi el mismo porcentaje de alumnos (37%) lo usan para entretenerse. El resto o no lo utilizan (n=29) o le dan otros usos no especificados (n=4).

-Utilidad de Twitter: La mayoría (61%) cree que Twitter sí que es útil en el ámbito de la salud frente a un 8% que opina que no. El 30% (n=24) de los encuestados se decanta por la respuesta "no sabe/no contesta". En cuanto a la utilidad de Twitter en el ámbito académico, el 63% sí que le ven utilidad frente al 10% y el 27% que no sabe.

**DISCUSION**

Twitter es una de las herramientas de la Web 2.0 que mayor acogida está teniendo en el mundo educativo en los últimos años. Algunas experiencias educativas de utilización de Twitter en Educación Superior han mostrado que su utilización incrementa el grado de compromiso de estudiantes y docentes.

Los alumnos del grado en enfermería conocen la herramienta y aunque la utilizan ampliamente con fines personales, su predisposición en buena para utilizarla tanto en el aula como en el ámbito de la salud. El amplio porcentaje de respuestas tipo "no sabe/no contesta" nos hace pensar que los alumnos de enfermería no conocen el potencial de Twitter para la educación y la salud. Por ello se justifica la inclusión de contenidos formativos en esta materia para fomentar un uso adecuado de las redes sociales en salud.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- 1-Ebner, M., Lienhardt, C., Rohs, M. & Meyer, I. (2010). Microblogs in Higher Education – A chance to facilitate informaland process-oriented learning? *Computers & Education*, 55, 92-100. doi:10.1016/j.compedu.2009.12.006
- 2-Ebner, M., & Schiefner, M. (2008). Microblogging—more than fun? En I. Arnedillo Sánchez, & Pedro Isaías (Eds.). *Proceedings of IADIS Mobile Learning Conference 2008* (pp. 155–159). Algarve, Portugal.
- 3-Junco, R. , Heiberger, G. & Loken, G. (2011). The effect of Twitter on college student engagement and grades. *Journal of Computer Assisted Learning*, 27(2), 119-132.
- 4- Hawn, C. (2009). Take two aspirin and tweet me in the morning: how Twitter, Facebook, and other social media are reshaping health care. *Health affairs*,28(2), 361-368

## POSTER 53

### AUTORES/AUTHORS:

Maria-Isabel Rihuete Galve, Ángela Rodríguez Rodríguez, M<sup>a</sup> Jesús Canal Boyero, Rosa Pedrero

### TÍTULO/TITLE:

Implantación de un modelo de evaluación continúa en el aula mediante el sistema Responseware

El objeto de esta innovación docente es realizar un programa de evaluación continua en el aula en tiempo real siguiendo un modelo de participación activa(1) mediante el sistema de preguntas/respuestas "Responseware de Turningpoint Technologies" en un Máster de Tratamiento de Soporte y Cuidados Paliativos en el Enfermo Oncológico con los siguientes

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Aplicar pruebas específicas de evaluación durante las clases.
- Facilitar la interacción alumnos-profesores.
- Fomentar la participación e interacción de los alumnos en las clases mediante la evaluación activa.
- Aumentar la motivación mediante la retroalimentación inmediata tanto individual como grupal conseguida a través de la evaluación activa.
- Conseguir corregir errores previos que pueden dificultar el aprendizaje de nuevos conocimientos.

### METODOLOGIA

La metodología de desarrollo del proyecto ha sido activa-participativa basada en procedimientos de investigación empírico-analítica en docencia universitaria(2-3).

Ámbito: Máster de Tratamiento de Soporte y Cuidados Paliativos en el Enfermo Oncológico de la Universidad de Salamanca.

Diseño: Observacional, prospectivo, con reuniones y fases de trabajo

- Distribución de funciones
- Construcción de un banco de preguntas y respuestas informatizado
- Realización de la evaluación con sistema ResponseWare durante las actividades presenciales
- Recogida de datos
- Evaluación de la satisfacción de los estudiantes
- Análisis estadístico mediante SPSS 20.0
- Reconocimiento de aspectos fuertes, débiles y propuesta de acciones de mejora

Las dimensiones de calidad del proyecto vienen dadas por su utilidad, pertinencia y viabilidad.

### Participantes

Todos los alumnos que asistieron a las sesiones presenciales del Máster de Tratamiento de Soporte y Cuidados Paliativos en el Enfermo Oncológico.

Recursos e instrumentos de evaluación: aula con material multimedia. y sistema ResponseWare de Turningpoint Technologies, smartphones, tables y/o ordenadores de cada alumno.

### RESULTADOS

Se realizó una sesión de ensayo cuyos datos no fueron evaluados. Posteriormente se realizaron 20 preguntas en 8 horas de clase. Unas preguntas se hicieron antes de la explicación del tema para evaluar conocimientos previos y fomentar el razonamiento, cuya media de aciertos fue del 75,68%. La media de respuestas acertadas a las realizadas después de las explicaciones fue del 67,58%.

En la última clase de las dos sesiones de la tarde se obtuvieron un 50,63% y un 40% de aciertos. El 56,56% de los estudiantes consideró la actividad bastante útil, el 33,33 muy útil. El 87,7% consideró que la actividad favorecía bastante la participación del alumno. El 100% consideraba que el sistema permitía recordar los conceptos principales. El 100% afirmó que corregía errores y el 100% recomendaría esta actividad. La satisfacción de los profesores participantes se evaluó de manera cualitativa mediante una reunión en la que manifestaron que la actividad había sido muy positiva y que había fomentado la cohesión del equipo.

## DISCUSIÓN

Nuestros resultados son similares a los de otros estudios con sistemas de participación activa(4-5). El sistema tiene utilidad, pertinencia y viabilidad. La utilidad viene dada porque ha permitido evaluar conocimientos, y actitudes(3). Las preguntas realizadas con anterioridad a la explicación de los profesores fomentan el razonamiento del alumno y la toma de decisiones(5). La pertinencia está demostrada al facilitar la evaluación de conocimientos mediante preguntas específicas que han obligado al equipo a delimitar el universo de contenidos más destacados(2) es decir los que realmente se querían transmitir. La viabilidad del proyecto es posible porque los medios personales y materiales son recursos de los propios alumnos y de la facultad y permiten una actividad docente innovadora con coste cero.

Según nuestros resultados el porcentaje de respuestas acertadas es mayor cuando las preguntas son previas a la explicación del profesor. Esto que parece contradictorio, puede deberse al tipo de preguntas y a su objetivo. Los alumnos no parten de una situación de conocimientos cero cuando asisten a las clases y las preguntas previas a la explicación captan la atención, favorecen la reflexión, incluso la toma de decisiones, elementos que pocas veces se evalúan en el aula(4). Este sistema fomenta la participación de todos los alumnos, permite insistir en algunos puntos y corregir errores(6). De alguna manera, los alumnos han descubierto que es más importante reflexionar y razonar las distintas alternativas que el hecho de acertar la respuesta(3,4,6). El descenso en las respuestas acertadas al final de las clases sugiere que la atención desciende con el tiempo(7) por lo que proponemos desde nuestros resultados que el ritmo de la clase no debe ser lineal, el final de la misma puede dedicarse a debatir o a actividades dinámicas diferentes a la escucha atenta a las explicaciones del profesor.

Este sistema tiene en definitiva una gran aplicabilidad práctica porque dinamiza el ritmo de las clases aumentando el nivel de atención y participación de los alumnos, permite la autoevaluación de los profesores, y es fácil de realizar con un mínimo coste tanto de recursos materiales como humanos.

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Jiménez MF, Gómez A, Varela G, Rodríguez-Conde MJ. Implementación de un programa de enseñanza de habilidades clínicas básicas, mediante una metodología de blended-learning XVIII Congreso de la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM) Tenerife, 24-26 de octubre de 2007
2. Rodríguez-Conde, M.J. (2010). Test y otras pruebas escritas y orales. En Santiago Nieto Martín (coord.). Principios, métodos y técnicas para la investigación educativa, 191-219. Madrid: Dykinson.
3. Jimenez MF, Hernandez JP, Martinez F, Rodriguez MJ .Avances en metodología de evaluación de estudiantes en Habilidades Clínicas y Quirúrgicas Básicas (HCQB) en Medicina. Actas del Congreso Internacional EVALtrends 2011 <http://evaltrends.uca.es/evaltrends2011/aportaciones.htm>

4. Rihuete MI, Cruz JJ, Del Barco E, Fonseca E, Rodriguez MJ y Martinez F. Análisis de un modelo de evaluación continua mediante el sistema "Activeclassroom" en el Máster Universitario en Tratamiento de Soporte y Cuidados Paliativos en el enfermo oncológico ISSN 2014-9882 Revista de la Fundación Educación Médica 2013 (16) 105-106
5. Rodríguez-Conde MJ; Jiménez MF, Gomez A, Varela G, Lozano F, Olmos S, Novoa N, de Juan A, Parreño A. Evaluación de la adquisición de habilidades clínicas y quirúrgicas en el título de medicina. VI Congreso Internacional de Docencia Universitaria e Innovación. Barcelona 30 junio-2 julio 2010
6. Jiménez MF, Rodríguez MJ, Varela G, Lozano FS, Olmos S, García FJ, Sánchez MJ, Novoa N, Benito P, Esteban MC, González MC, Gómez A. Estudio comparativo de la enseñanza de habilidades prácticas impartida por alumnos-tutores o profesores en alumnos de tercer curso de la licenciatura de medicina. Educ Med 2011;14 Supl: S61.
7. León B Atención plena y rendimiento académico en estudiantes de enseñanza secundaria. European Journal of Education and Psychology 2008(1) 17-26

**POSTER 55****AUTORES/AUTHORS:**

JOSÉ CARLOS BELLIDO VALLEJO, JUAN PEDRO BATRES SICILIA, RAFAELA CRUZ ARÁNDIGA, MARÍA AURORA QUERO CABEZA, FRANCISCO PLAZA JURADO, ESTHER RUIZ ROLDAN, JUAN CARLOS QUERO VALLEJO, CARMEN GILA SELAS, PEDRO LUIS PANCORBO HIDALGO

**TÍTULO/TITLE:**

VALIDEZ DE CONTENIDO DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CRITERIO DE RESULTADO "CONTROL DEL DOLOR"

**OBJETIVO**

El dolor crónico es un importante problema de salud que además de una alta prevalencia asocia un gran impacto en la calidad de vida de las personas que lo padecen (Breivik et al. 2006). El abordaje del dolor requiere de un conjunto de medidas entre las cuales el tratamiento farmacológico puede ser una parte sustancial pero no es la única (Bope et al. 2004). Dentro de ese conjunto de medidas, está aceptado que el dolor debe medirse y evaluarse periódicamente para poder conocer su intensidad, evolución y eficacia de los tratamientos (Registered Nurses' Association of Ontario 2013). En este sentido, uno de los instrumentos de evaluación del dolor disponibles para las enfermeras es el Criterio de Resultado "Control del dolor" de la Clasificación de Resultados de Enfermería (Moorhead et al. 2013) que centra su atención en las acciones que realiza la propia persona para tener controlado su dolor. El objetivo de éste estudio fue analizar la validez de contenido de la versión Española del Criterio de Resultado "Control del dolor" (CRCD)

**MÉTODOS**

Diseño. Estudio de validación de instrumentos. Se estudió la dimensión validez de contenido, de la versión previamente adaptada al español del "Control del Dolor".

Sujetos/participantes. Se creó un panel de jueces españoles, que valoraron lo apropiado de cada una de las dimensiones que forman el "Control del dolor" definido como "Acciones personales destinadas al control del dolor".

Variables/Dimensiones. Los 11 indicadores en la versión adaptada y 5 de nueva incorporación.

Instrumento. Los jueces responden a una encuesta on-line, desarrollada entre enero y febrero de 2012.

Procedimiento para la obtención de datos. Se desarrollaron dos rondas de consenso siguiendo una técnica Delphi. En la primera los jueces valoraron cómo de adecuados eran los 11 indicadores incluidos en la versión adaptada del CRCD, mediante una escala tipo Likert de cuatro puntos (1=no apropiado, 2=algo apropiado, 3=bastante apropiado y 4=totalmente apropiado); también propusieron nuevos indicadores que deberían incluirse y expresaron su opinión sobre la aplicación del instrumento en relación con la duración del dolor en los pacientes. En la segunda ronda los jueces valoraron la propuesta de incluir 5 nuevos indicadores siguiendo el mismo procedimiento y escala de medida.

Análisis de datos. Análisis estadístico descriptivo para el perfil de los jueces: frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y medidas de dispersión central e intervalos de confianza al 95% para variables continuas. Índice de Validez de Contenido para los indicadores (IVCi), Índice de Validez de Contenido método acuerdo universal (IVCau) y promedio (IVCp) para el resultado.

**RESULTADOS**

Participaron 21 jueces, en su mayoría diplomados de enfermería de la provincia de Jaén (11), cuentan con una experiencia en la atención a pacientes con dolor de 13.17 años (IC 95% 9.24 – 17.10).

Todos los indicadores de la versión adaptada son catalogados de excelentes, presentan IVCi igual o superior a 0.83.

Los 5 nuevos indicadores propuestos también se catalogan como excelentes con IVCi igual o superior a 0.80.

El IVCp es de 0.96 y el IVCau es de 0.50.

**DISCUSION**

Este trabajo forma parte de un proyecto más amplio que pretende estudiar las propiedades psicométricas de los seis Criterios de Resultados relacionados con el dolor que están incluidos en la Clasificación de Resultados de Enfermería (Financiado por la Fundación Progreso y Salud-Consejería de Salud de la Junta de Andalucía). La validación de contenido constituye una fase específica de investigación dentro del proceso de validación de cada uno de los Criterios de Resultado y permite tomar decisiones sobre las versiones definitivas que luego fueron sometidas a una prueba de campo.

Los datos ofrecidos por el Índice de Validez de Contenido indican que es adecuado plantear una versión del CRCD con 16 indicadores (11 adaptados, 5 nuevos). Todos los indicadores a nivel individual representaron de manera excelente el constructo "Control del dolor", también en conjunto mostraron una adecuada validez de contenido, tanto en sus valores promedio (IVCp = 0.96)



como en sus valores absolutos ( $IVC_{au} = 0.50$ ). Estos datos orientan a que todos los indicadores deben ser seleccionados para formar parte de la versión que posteriormente será sometida a un estudio de campo en una muestra de pacientes con dolor, que permita evaluar el resto de propiedades psicométricas.

Los jueces en su mayoría (13) orientan a que la aplicación este instrumento de medida sea en pacientes con dolor de duración superior a 6 meses.

Implicaciones para la práctica. El CRCD mostró buena validez de contenido lo que orienta a que la versión de 16 indicadores será de utilidad clínica.

### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

#### **BIBLIOGRAFÍA**

Bope, E.T., Douglass, A.B., Gibowsky, A., Jones, T., Nasir, L., Plamer, T., Panchal, S., Raimone, F., Rives, P., Todd, K. & Toombs, J.D. 2004, "Pain Management by the Family Physician: The Family Practice Pain Education Project", *Journal of the American Board of Family Practice*, vol. 17 Supplement, pp. S1-S12.

Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V. & Derek Gallacher, C.R. 2006, "Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment", *European Journal of Pain*, vol. 10, no. 4, pp. 287-333.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L. & Swanson, E. 2013, *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud*, 5th edn, Elsevier, Barcelona.

Registered Nurses' Association of Ontario 2013, *Assessment and Management of Pain*, 3rd edn, Registered Nurses' Association of Ontario, Toronto, ON.

**POSTER 56****AUTORES/AUTHORS:**

Clara Bendito Barber, Purificación Luna Gallardo

**TÍTULO/TITLE:**

**NURSING ACTIVITIES SCORE: ANÁLISIS DE LA RELACIÓN CON LOS NIVELES ASISTENCIALES.**

La escala Nursing Activities Score (NAS) es empleada habitualmente en servicios de medicina intensiva para conocer cuáles son las cargas de trabajo de enfermería.

La puntuación obtenida mediante el NAS describe el consumo medio de tiempo, en lugar de la enfermedad. Esta escala se utiliza para calcular los ratios enfermera/paciente .

Los pacientes críticos se pueden clasificar mediante los niveles asistenciales.

La sociedad Europea de Medicina Intensiva propone unos ratios enfermera/paciente para cada nivel asistencial.

Con el fin de conocer si existe correlación entre los sistemas y si la escala NAS puede ser utilizada para establecer los niveles asistenciales, diseñamos un estudio prospectivo y observacional sobre una muestra de 126 pacientes.

Los resultados muestran que existe correlación alta a la hora de calcular los ratios enfermera/ paciente con los dos sistemas ( $r=0.85$ ). Debido a las características del hospital

la mayoría de pacientes son de nivel II y la media de NAS es 52.55%. Es posible determinar valores numéricos discriminativos de NAS que permiten distribuir a

Los enfermos en cada uno de los niveles asistenciales.

El NAS es una herramienta eficaz para calcular las cargas de trabajo de enfermería.

Se puede utilizar como instrumento de gestión, para cálculo de plantillas, medición del uso del tiempo, para cuantificar el número de tareas según turno y para hacer una estimación de los costes en las unidades de críticos.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Vázquez G, Esteban A, Tomasa A. La medicina intensiva en España. Una perspectiva histórica. *Med Intensiva* 1987;11:429-31.
2. Gomez O, Meteo E, Marin G, Salas L. Niveles asistenciales en un Servicio de medicina intensiva. Análisis de escalas de esfuerzo y nivel de gravedad. *Enf Intensiva* 1999;10: 13-21.
3. Knaus WA, Zimmerman JE, Wagner DP, Draper EZ, Lawrence DE. APACHE. Acute Physiology and Chronic Health Evaluation; a physiologically classification system. *Crit Care Med* 1981;90:591-7.
4. Le Gall JR, Lemeshow S, Saulnier FA. A new simplified acute physiology score (SAPS II) based on a European/North American Multicenter Study. *JAMA* 1993;270:2957-63.
5. Cullen DJ, Civetta JM, Briggs BA, et al: Therapeutic Intervention Scoring system: A Method for quantitative comparison on patient care. *Crit Care Med* 1974; 2:57-60.

**POSTER 59****AUTORES/AUTHORS:**

RAQUEL ALONSO ALONSO, ANA ALCALDE VELASCO, ROCIO AUSIN IBARGÜEN, MONTSERRAT SEDANO COLLANTES

**TÍTULO/TITLE:**

El baño en el recién nacido pretérmino

**OBJETIVOS**

## • General

o Obtener las mejores recomendaciones para el baño del recién nacido pretérmino, basándonos en la mejor evidencia posible

## • Específicos

o Asegurar el mantenimiento de la integridad de la barrera cutánea

o Mantener la salud e higiene de la piel

o Minimizar la morbilidad y mortalidad del recién nacido pretérmino

o Implantar en nuestra unidad un protocolo de baño en el recién nacido pretérmino, dentro de los cuidados de la piel

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Se sigue un protocolo estandarizado de revisión sistemática para encontrar las mejores evidencias disponibles. La pregunta inicial de la búsqueda fue: "El baño en el recién nacido pretérmino". Se usaron como descriptores en castellano (DeCS) y en inglés (MeSH): "baño" – "bath", "pretérmino" – "preterm", "cuidados de la piel" – "skin care" y "enfermería neonatal" – "neonatal nursing"

Se comenzó por una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Cochrane, Medline, Scielo, Redalyc, Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS) a través de la Biblioteca Virtual de la Salud (BVS) y el buscador Google Académico

## Los criterios de inclusión

- El tema: El baño en el recién nacido pretérmino (tipos de baño, técnica, uso de jabones, emolientes) y su repercusión en el mantenimiento de la función barrera de la piel
- Métodos: ensayos clínicos controlados, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos estandarizados, estudios clínicos prospectivos aleatorios, estudios descriptivos y ensayos clínicos ciegos
- Artículos limitados a los publicados del año 2002 al 2012
- Artículos escritos en inglés, portugués y castellano
- Artículos disponibles a texto completo

El método de análisis y síntesis de la información se realiza a través de las listas de chequeo de CASPe

**RESULTADOS**

Siguiendo el protocolo de búsqueda se obtienen 137 artículos. Se filtran 98 y se elimina el resto, ya que no tratan sobre el baño y los cuidados de la piel en el recién nacido pretérmino. Tras la lectura y revisión de los resúmenes restantes se seleccionaron 23 de forma inicial. La selección definitiva es de 10

**DISCUSIÓN**

Tras el análisis de los estudios revisados observamos la importancia del cuidado de la piel neonatal ya que existen evidencias de que casi el 80% de los recién nacidos desarrollan un problema de la piel durante el primer mes de vida.

El primer baño es esencial para prevenir contaminaciones por el contacto con sangre y fluidos corporales y se debe retrasar hasta que el recién nacido tenga los signos vitales estables durante unas cuantas horas

Para asegurar la comodidad del RNPT y minimizar el estrés por la manipulación, se llevará a cabo una buena contención y apoyo posicional

La temperatura ambiental debe ser de 26-27° C. Si el recién nacido se encuentra en incubadora, el baño debe hacerse dentro de la misma, elevando la temperatura del aire y precalentando las compresas para el secado

El baño puede aumentar la velocidad de eliminación del vernix rico en lípidos, especialmente en recién nacidos prematuros en los que éste está poco desarrollado, escaso o ausente. El vernix tiene un papel de aislamiento y protección, además al limitar la

absorción de agua y su pérdida, el vermí optimiza la hidratación del estrato córneo y minimiza la pérdida de agua transepidérmica (no hay evaporación ni pérdida de calor). En general, es recomendable dejar el vermí sobre la piel

Aunque baño es una condición necesaria y una rutina dentro de los cuidados en una UCIN, los datos indican que se debe considerar los beneficios del baño en relación con la condición del bebé prematuro. El baño puede no necesitar ser realizado con tanta frecuencia. Se recomienda no bañar más de dos o tres veces por semana durante las primeras 2 semanas de vida del bebé. Además bañar frecuentemente a los recién nacidos pretérmino puede modificar el "manto ácido" y elevar el pH de la piel

En los recién nacidos menores de 32 semanas se utilizará agua caliente (38-40°C) durante las primeras semanas de vida (2-4 sem), y en aquellos bebés que tengan la piel lesionada se utilizará agua estéril. El baño en el prematuro no debe ser de inmersión, salvo que sea necesario. Si el jabón es necesario en áreas muy sucias, usar un jabón suave con pH neutro sin aditivos, tales como abrasivos, desodorantes, fragancias, colorantes o conservantes. Los productos de cuidado de la piel deben ser seleccionados sobre la base de pruebas obtenidas en condiciones de uso práctico. El enjabonado, debe ser corto y debe limitarse a las zonas del cuerpo más propensas a ensuciarse

Está contraindicado frotar, ya que se puede dañar la epidermis, además promueve una mayor pérdida de calor, aumento de la pérdida transepidérmica de agua y reducción de la hidratación del estrato córneo. La piel debe enjuagarse bien después del baño, especialmente en el prematuro. También debe enjuagarse después del uso de agentes limpiadores o antisépticos

El baño debe ser corto, no más de 5 minutos, especialmente si se usa jabón. Esto también ayuda a prevenir la maceración de la piel

Tras el baño, el uso de emolientes adecuadamente formulados puede preservar, proteger y mejorar la barrera de la piel neonatal, mediante el suministro de agua y lípidos al estrato córneo y contribuyendo a inhibir la pérdida de agua

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Loring C, Gregory K, Gargan B, LeBlanc V, Lundgren D, Reily J, Stobo K, Walker C, Zaya C. Tub Bathing Improves Thermoregulation of the Late Preterm Infant. *JOGNN*. 2012; Vol 41: 171-179.
2. Chattás G. Cuidados de la piel del recién nacido pretérmino. *Revista de Enfermería de la Fundación para la Salud Materno Infantil (FUNDASAMIN)*. 2010; 10: 10-17.
3. Visscher M, Odio M, Taylor T, White T, Sargent S, Sluder L, Smith L, Flower T, Mason B, Rider M, Huebner A, Bondurant P. Skin Care in the NICU Patient: Effects of Wipes versus Cloth and Water on Stratum Corneum Integrity. *Neonatology* 2009; 96: 226-234.
4. Telofski LS, Morello III AP, Mack Correa MC, Stamatias GN. The Infant Skin Barrier: Can We Preserve, Protect, and Enhance the Barrier?. Hindawi Publishing Corporation. *Dermatology Research and Practice*. 2012; Vol. 2012. Article ID 198789, 18 pages doi: 10.1155/2012/198789.
5. Hae Kyung Lee. Effects of sponge bathing on vagal tone and behavioural responses in premature infants. *Journal of Clinical Nursing* 2002; 11: 510-9.
6. Garcia Bartels N, Mleczko A, Schink T, Proquitte H, Wauer RR, Blume-Peytavi U. Influence of Bathing or Washing on Skin Barrier Function in Newborns during the First Four Weeks of Life. *Skin Pharmacol* 2009; 22: 248-257.
7. Liaw JJ, Yang L, Chou HL, Yang MH, Chao SC. Relationships between nurse care-giving behaviours and preterm infant responses during bathing: a preliminary study. *Journal of Clinical Nursing* 2010; 19: 89-99.
8. Chollopetz da Cunha ML, Procyanoy RS. Effect of Bathing on Skin Flora of Preterm Newborns. *Journal of Perinatology*. 2005; 25: 375-9.
9. Garcia Bartels N, Scheufele R, Prosch F, Schink T, Proquitte H, Wauer RR, Blume-Peytavi U. Effect of Standardized Skin Care Regimens on Neonatal Skin Barrier Function in Different Body Areas. *Pediatric Dermatology* 2010; 27(1): 1-8.

**POSTER 61****AUTORES/AUTHORS:**

YOLANDA SÁNCHEZ SÁNCHEZ, HILARIO HERNÁNDEZ OVEJERO , VÍCTOR MARTÍN-BUITRAGO CRUZ, ESTER GARCÍA BERTOLÍN, DANIEL MUÑOZ JIMÉNEZ, ELENA CHAMORRO REBOLLO

**TÍTULO/TITLE:**

PERCEPCIONES DEL NÚCLEO FAMILIAR DEL PACIENTE PEDIÁTRICO SOMETIDO A INMUNOTERAPIA ORAL DE LA LECHE Y/O HUEVO.

**INTRODUCCIÓN:**

Las alergias alimentarias son un problema de salud presente en la actualidad. En España la incidencia de las alergias alimentarias ha experimentado un aumento desde un 3,6% en 1992 al 7,4% en 2005. El único tratamiento disponible hasta el momento era una dieta de exclusión al alimento; en los últimos años se está probando un tratamiento mediante inmunoterapia oral con una alta tasa de eficacia.

**OBJETIVOS:**

- Conocer las vivencias y cambios experimentados por las familias tras someter a sus hijos a un tratamiento de inmunoterapia oral.
- Valorar su percepción sobre el etiquetado de los productos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se llevo a cabo un estudio cualitativo a través de la identificación de las principales fracciones discursivas contenidas en 40 entrevistas abiertas (presenciales o telefónicas) a familiares pertenecientes a Asociaciones de padres de niños alérgicos a alimentos (AEPNAA y AEDESEO), residentes en 12 Comunidades Autónomas de España.

**RESULTADOS:**

Las familias obtienen información sobre la inmunoterapia oral a partir de diversas fuentes, siendo la principal de ellas información no regulada sanitariamente a partir de asociaciones no profesionales, internet, etc. La falta de información de calidad desde el entorno sanitario hace que estas familias inicien el tratamiento con ansiedad e incertidumbre ante el resultado final y sus consecuencias. Aunque este procedimiento tiene un gran número de éxitos, 9 de los entrevistados tuvieron que abandonar el proceso por complicaciones. Aún así, estas familias han experimentado muchas ventajas ya que sus hijos son capaces de tolerar trazas. El resto de las familias que sí obtienen resultados favorables, experimentan una mejora sustancial en su calidad de vida. En general, las familias advierten deficiencias en el etiquetado de los productos.

**DISCUSIÓN:**

Previamente a someter al niño al tratamiento las familias viven con miedo, temerosas de posibles reacciones alérgicas frente a la ingesta de un alimento perjudicial fuera del entorno familiar, lo que limita la socialización y el desarrollo normal del niño. Los padres a menudo experimentan reacciones de soledad e incompreensión, que se ven agravadas por la deficiente calidad del etiquetado de los productos. Se hace necesaria una legislación que favorezca la rigurosidad en el etiquetado y que por lo tanto permita el consumo de alimentos con garantías de seguridad. Internet se convierte para las familias en una puerta abierta, para poder compartir, a través de comentarios personales, experiencias y vivencias de otros padres con el mismo problema. Sin embargo es en las asociaciones de padres donde más ayuda y comprensión obtienen. La interacción entre las familias permite el desarrollo de sinergias para afrontar el problema.

**CONCLUSIONES:**

La inmunoterapia oral es un tratamiento eficaz y seguro para las alergias alimentarias, aunque es necesario mejorar los contenidos de la información que se proporciona desde las instituciones sanitarias, siendo fundamental el papel de la enfermera de consulta. La inmunoterapia oral consigue mejorar la calidad de vida del paciente y del núcleo familiar, favoreciendo la socialización del niño. Sería recomendable adaptar la normativa que regula el etiquetado de los productos.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Johansson SG, Hourihane JO, Bousquet J, Brujnzeel-Koomen C, Dreborg S, Haahtela T et al. A revised nomenclature for allergy: An EAACI position statement from the EAACI nomenclature task force. *Allergy*. 2001; 59 (9): 813-824.
2. Koplin J, Allen K, Gurrin L, Peters R, Lowe A, Tang M, Dharmage S. HealthNuts Study Team. The impact of family history of allergy on risk of food allergy: a population- based study of infants. *Int J Environ Res Public Health*. 2013; 10: 5364-5.
3. Koplin J, Allen K, Gurrin L, Peters R, Lowe A, Tang M, Dharmage S. HealthNuts Study Team. The impact of family history of allergy on risk of food allergy: a population- based study of infants. *Int J Environ Res Public Health*. 2013; 10: 5364-5377.
4. Flokstra-de Blok BMJ, Dubois AEJ, Vlieg-Boerstra BJ, Oude Elberink JNG, Raat H, DunnGalvin A et al. Health-related quality of life of food allergic patients: comparison with the general population and other diseases. *Allergy*. 2010; 65(2): 238-244.
5. Cummings AJ, Knibb RC, King RM, Lucas JS. The psychosocial impact of food allergy and food hypersensitivity in children, adolescents and their families: a review. *Allergy*. 2010; 65(8): 933-945.
6. Staden U, Rolinck-Werninghaus C, Brewe F, Wahn U, Niggemann B, Beyer K. Specific oral tolerance induction in food allergy in children: efficacy and clinical patterns of reaction. *Allergy*. 2007; 62: 1261–1269.
7. Sánchez-García S, Rodríguez del Río P, Escudero C, García-Fernández C, Ramírez A, Ibáñez MD. Efficacy of oral immunotherapy protocol for specific oral tolerance induction in children with cow's milk allergy. *IMAJ*. 2012; 14: 43-47.
8. Beyer K. A. European perspective on immunotherapy for food allergies. *J Allergy Clin Immunol*. 2012; 129 (5): 1179-1184.
9. Nowak-Wegrzyn A, Sampson HA. Future therapies for food allergies. *J Allergy Clin Immunol*. 2011; 127 (3): 558-573.
10. Narisety SD, Keet CA. Sublingual vs oral immunotherapy for food allergy: identifying the right approach. *Drugs*. 2012; 72 (15): 1977-1989.

**POSTER 63****AUTORES/AUTHORS:**

Lucía Boto Fernández, Olaya García García

**TÍTULO/TITLE:**

Repercusiones en el niño de madre hipotiroidea.

1. Objetivo: Describir las complicaciones que sufren los hijos de mujeres diagnosticadas de hipotiroidismo clínico y subclínico durante la gestación y posterior a ella.

2. Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. La población fue de 109 mujeres, con embarazo datado entre el 01/01/1997 y el 31/03/2007 con diagnóstico de hipotiroidismo clínico o subclínico previo al embarazo o diagnosticado durante la gestación, y sus hijos en el Principado de Asturias. Mediante la revisión de historias clínicas se recogieron variables sociodemográficas, biológicas maternas, gineco-obstétricas maternas, de la patología tiroidea, de la gestación, del parto y del niño. El análisis estadístico se realizó mediante porcentajes y frecuencias (variables cualitativas) y medias y desviación típica (variables cuantitativas).

3. Resultados: Las patologías más frecuentes en el hijo de mujer hipotiroidea son de carácter neumológico (19,3%) y oftalmológico (13,8%). Las enfermedades sin interés se reflejaron en el 36,7% de niños. En la revisión de historias clínicas no se han encontrado registros que muestren una mala evolución a nivel neurológico hasta los 6 años de edad.

4. Discusión: La literatura refleja que el principal problema que acarrea la hipofunción tiroidea materna en el niño es su implicación en el neurodesarrollo. En este estudio no se ha hallado ningún niño con problemas en el desarrollo neurológico, aunque debe tenerse en cuenta que un alto porcentaje de madres cursaron con un embarazo eutiroideo o normalizaron sus niveles tiroideos antes de finalizarse la gestación.

Conclusiones: Se pueden observar pocas complicaciones en sus hijos. Las patologías más frecuentes hasta los 6 años de vida son neumológicas y oftalmológicas.

Implicaciones para la práctica: Realizar un diagnóstico precoz de hipotiroidismo favorece mantener unos niveles adecuados hormonales, evitando las complicaciones en sus descendientes.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Belmonte Páez S. Hipotiroidismo subclínico en la población gestante del área norte de Granada. Prevalencia y consecuencias perinatales [tesis doctoral]. Granada: Facultad de Medicina, departamento de obstetricia y ginecología, Universidad de Granada; 2009. [Consultado el 24 de Noviembre de 2013]. Disponible en: <http://digibug.urg.es/bitstream/10481/2225/1/17950806.pdf>
2. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. ACOG Practice bulletin. 2002; 37.
3. Galofré JC, Davies TF. Thyroid dysfunction in pregnancy. *Endocrinología y Nutrición*. 2007; 54(10): 535-46.
4. Hong T, Paneth N. Maternal and Infant Thyroid Disorders and Cerebral Palsy. *Seminars in Perinatology*. 2008; 32: 438-445.
5. Lazarus JH, Bestwick JP, Channon S, Paradise R, Maina A, Rees R, et al. Antenatal thyroid screening and childhood cognitive function. *The New England Journal of Medicine*. 2012; 366: 493-501.
6. Reid SM, Middleton P, Cossich MC, Crowther CA. Interventions for clinical and subclinical hypothyroidism pre-pregnancy and during pregnancy. *Cochrane database of systematic reviews [Internet]*. 2013; Issue 5. No.: CD007752. [Consultado el 21 de Noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.update-software.com//BCP/WileyPDF/EN/CD007752.pdf>
7. Skeaff SA. Iodine deficiency in pregnancy: The effect on neurodevelopment in the child. *Nutrients*. 2011; 3, 265-73.
8. Wang W, Teng W, Shan Z, Wang S, Li J, Zhu L, et al. The prevalence of thyroid disorders during early pregnancy in China: the benefits of universal screening in the first trimester of pregnancy. *European Journal of Endocrinology*. 2011; 164: 263-8.

**POSTER 64****AUTORES/AUTHORS:**

Raquel Diaz de cerio Cadarso

**TÍTULO/TITLE:**

ABORDAJE DEL MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO

**Objetivo:** Ofrecer una revisión actualizada de los estudios publicados sobre las consecuencias psicológicas en víctimas de maltrato infantil, así como sobre el papel desempeñado por los profesionales sanitarios en su manejo.

**Método:** Se llevó a cabo una revisión sistemática mediante la búsqueda de artículos publicados, con 10 años de antigüedad como máximo, utilizando diferentes bases de datos (Pubmed, Scopus, Cochrane Library, Instituto de Joana Briggs, Sciencedirect, Dialnet) y combinando términos, que permitiesen seleccionar aquellos artículos que hiciesen referencia al objetivo propuesto. Se clasificaron las posibles consecuencias en varias categorías: trastornos mentales, problemas emocionales, cognitivos, de relación, cerebrales, de conducta, sexuales y funcionales. Se destacan conceptos como resiliencia, transmisión intergeneracional, afectación no lineal.

**Resultados:** Confirman la gravedad del problema y muestran gran diversidad de consecuencias psicológicas asociadas, impidiendo establecer un síndrome o un conjunto de síntomas característicos que facilite su detección. Algunas de las consecuencias psicológicas son: problemas emocionales como ansiedad, depresión, ideas e intentos de suicidio, baja autoestima; trastornos mentales como trastorno por estrés postraumático, trastorno de identidad, casos de neurosis y psicosis; problemas de relación como interacciones sociales pobres, aislamiento; problemas cognitivos y de rendimiento académico como menor rendimiento escolar, fracaso, dificultad de atención y concentración; problemas de conducta como comportamiento delictivo, conducta agresiva, mayores niveles de odio, rechazo; problemas funcionales como dolores físicos sin causa, abuso de sustancias, alteraciones alimentarias, entre otras. Además, existen determinadas estructuras cerebrales que como consecuencia del estrés que genera un suceso de maltrato infantil, sufren cambios. Algunas de ellas, se relacionan con cambios en el estado de ánimo y el desarrollo de psicopatologías.

**Discusión:** Actualmente, es insuficiente la labor realizada en torno a la búsqueda o investigación del abuso en menores. Existe necesidad de un mayor conocimiento tanto teórico como práctico por parte de los profesionales sobre el tema, para poder llevar a cabo una pronta detección de los casos y poder establecer intervenciones de forma adecuada y eficaz. Se halla una importante falta de detección de casos sospechosos de abuso de menores, solo el 10% de los casos de maltrato infantil son identificados. Lo mismo ocurre con la notificación de los casos, que es insuficiente.

Finalmente se comentan las vías de investigación y las implicaciones prácticas para este estudio, como son: la necesidad de programas apropiados tanto de prevención como de tratamiento orientados al niño y al igual a su familia; cursos de formación dirigidos a profesionales y familias; así como la inclusión del maltrato infantil como asignatura obligatoria a cursar durante la formación enfermera.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Moreno Manso JM. Maltrato Infantil. Teoría e investigación. Madrid: EOS
2. Calzada Reyes A. Algunos aspectos de interés sobre la violencia y el maltrato infantil. Rev Cubana Med Gen Integr. 2004 sep-dic; 20(5-6).
3. Martínez GS. Child abuse: underlying mechanisms. Av Pisco Clin Latinot. 2008; 26(2): 171-179.
4. Aller Floreancig T, Gómez Pérez E. Datos disponibles sobre maltrato infantil. Cuadernos de Bienestar y Protección Infantil. 2008; (5).
5. Romero Ramírez MA, García Cruz R, Ortega Andrade NA, Martínez Martínez JP. Influencia del maltrato infantil en el rendimiento escolar. Revista científica electrónica de psicología. 2009; (7).
6. Moreno Manso JM. Study about the consequences of child abuse on the language development. Anal psicología. 2005; 21(2): 224-230.
7. Pereda Beltran N. Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. Pap. Psicol [Revista on line]. 2009 [consultado en



feb-abr]; 30(2): 135-144. Disponible en: <http://www.cop.es/papeles>

8. Pereda Beltran N. Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Pap.Psicól [Revista on line]*. 2010 [consultado en feb-abr]; 31(2): 191-201. Disponible en: <http://www.cop.es/papeles>

9. Brietzke E, Kauer-Sant'anna M, Jackowski A, Grassi-Oliveira R, Bucker J, Zugman A, et al. Impact of childhood stress on psychopathology. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012 Dec; 34(4): 480-488.

10. Echeburúa E, De Corral P. Emotional consequences in victims of sexual abuse in childhood. *Cuad Med Forense*. 2006 En-abr; 12(43-44): 75-82.

11. Glaser D, Hall A, Lindsey C, Ramchandani P, Sturge C. Child abuse and neglect: the role of mental health services. *Psychiatrist. Council Report*. 2004 Apr.

12. Kaufman J. Child Abuse and Psychiatric Illness. *Biol psychiatry [Revista on line]*. 2012 [consultado en feb-abr]; 71: 280-281. Disponible en: [www.sobp.org/journal](http://www.sobp.org/journal)

13. Bebbington P, Jonas S, Kuipers E, King M, Cooper C, Brugha T, et al. Childhood sexual abuse and psychosis: data from a cross-sectional national psychiatric survey in England. *Br J Psychiatry*. 2011 Jul; 199: 29-37.

14. Barlow J, Johnston I, Kendrick D, Polnay L, Stewart-Brown S. Individual and group-based parenting programmes for the treatment of physical child abuse and neglect. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006; (3).

15. Chihak A. The nurse's role in suspected child abuse. *Paediatr Child Health (Oxford)*. 2009; 19:S2.

**POSTER 66****AUTORES/AUTHORS:**

Marina Leal Clavel, Óscar Rodríguez Nogueira , José Martín Botella Rico , Raquel Olivia Martínez Segura , Marina Leal Clavel, Mari Carmen Martínez González , José Ángel González Domínguez

**TÍTULO/TITLE:**

Percepciones de los fisioterapeutas sobre la comunicación con los usuarios de servicios sanitarios públicos.

Objetivos del estudio.

Identificar y describir los aspectos relacionados con la calidad de la comunicación entre fisioterapeutas y usuarios de servicios sanitarios públicos de la Comunidad Valenciana.

Material y métodos

Estudio cualitativo basado en la técnica de grupos focales. Se trató de incluir todos los perfiles posibles de profesionales, tanto en cuanto a tipo de pacientes tratados (infantil, geriatría, etc), como en cuanto a tipo de zona en la que ejercen su labor (rural-urbana), tipo de centro (hospital-centro de salud), ya que, en una revisión bibliográfica previa, comprobamos que todos estos factores influyen en las percepciones sobre la comunicación entre profesionales y usuarios.

El ámbito de la investigación fue cuatro departamentos de salud de la Comunidad Valenciana. Dos de ellos ubicados en la provincia de Alicante: Departamento de salud de Elche, y departamento de salud de Denia; y dos de ellos ubicados en la provincia de Valencia. Los participantes fueron fisioterapeutas que habían trabajado en centros sanitarios públicos de la Comunidad Valenciana durante un mínimo de 6 meses.

Todas las sesiones se desarrollaron en una sala ajena al centro asistencial, con el objetivo de crear una atmósfera adecuada para la discusión, lejos del ambiente clínico de las unidades asistenciales de fisioterapia.

Los medios para la recogida de datos fueron:

- 1) Guión inicial con varias preguntas abiertas sobre percepciones del profesional sobre la comunicación con el usuario, basado en una revisión de la literatura sobre los aspectos que pudieran asociarse a la calidad percibida en la comunicación con el usuario.
- 2) Grabadora de audio y grabadora de vídeo.

Se solicitó a los participantes su consentimiento para grabar las sesiones, garantizándoles la confidencialidad de sus intervenciones, antes del inicio de cada una de las sesiones. Todas las entrevistas fueron transcritas literalmente para hacer análisis independientes. Los nombres de los participantes fueron cambiados usando un pseudónimo en las transcripciones y las citas. El análisis de los datos se realizó usando una adaptación de la Teoría Fundamentada<sup>1</sup>.

Tres investigadores revisaron las transcripciones de forma independiente y generaron un listado de frases codificadas que constituían unidades significativas de análisis. Estas frases fueron etiquetadas en categorías usando códigos emergentes. Los tres investigadores revisaron y compararon sus hallazgos para llegar a un acuerdo sobre códigos y categorías, y las diferencias entre ellos se resolvieron por discusión.

Se llevaron a cabo tres rondas de codificación y discusión con el objetivo de aumentar la fiabilidad del proceso de codificación y desarrollar categorías más claras<sup>2</sup>. Este proceso fue iterativo con la recogida de datos de las sucesivas transcripciones. Tras el análisis de la séptima entrevista no se encontraron nuevos datos, lo cual implicaba que se había alcanzado la saturación de la información.

El siguiente nivel de análisis consistió en la agrupación de las categorías con uniformidad en temas y subtemas de un nivel conceptual superior.

Con la finalidad de valorar la consistencia del esquema final de temas y subtemas, éste fue aplicado a dos textos por dos investigadores de forma ciega, usando códigos para los mismos pasajes<sup>3</sup>. Las diferencias entre los investigadores se resolvieron mediante discusión. En cada fase del proceso, un investigador independiente desempeñó el rol de revisor para verificar si el análisis estaba en todo momento centrado en los datos con la intención de aumentar la fiabilidad.

## Resultados

23 fisioterapeutas distribuidos en 4 grupos focales participaron en la investigación. Las experiencias y percepciones sobre la interacción con el usuario de los fisioterapeutas fueron agrupadas en 6 subtemas, y estos, a su vez, en dos temas.

El tema Barreras a la comunicación incluía 3 subtemas:

- 1) barreras del fisioterapeuta, con 3 categorías,
- 2) barreras del usuario, con 6 categorías
- 3) barreras del ambiente, con 2 categorías;

El tema Facilitadores de la comunicación incluía, a su vez, 3 subtemas:

- 1) Facilitadores del profesional, con 6 categorías,
- 2) facilitadores del usuario, con 3 categorías,
- 3) facilitadores del ambiente, con 3 categorías..

## Discusión

Numerosos estudios demuestran que los factores más influyentes sobre la percepción de la calidad son los relativos a procesos y, especialmente, las relaciones interpersonales<sup>4-12</sup>. Por ello creemos que tanto profesionales como administradores deben aumentar sus esfuerzos por mejorar los aspectos interpersonales.

Los resultados de este estudio pueden ser usados tanto por fisioterapeutas como por gestores de servicios sanitarios públicos para mejorar uno de los aspectos más importantes en la percepción de calidad por parte de los usuarios de estas relaciones interpersonales, la calidad de la comunicación con sus fisioterapeutas.

Hemos demostrado, además, que explorar las experiencias de los fisioterapeutas mediante métodos cualitativos es una estrategia útil y válida para identificar aspectos asistenciales asociados a la comunicación en fisioterapia, y hemos establecido, de acuerdo con estos, cuáles son los aspectos que influyen en su percepción de la comunicación con el usuario.

## **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. BOGDAN R, BIKLEN S. Qualitative research in education: an introduction to theory and methods. Boston: Allyn & Bacon; 1998.
2. 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.
3. CRESWELL JW. Research design: qualitative, quantitative, and mixed method approaches. 3rd edition. Los Ángeles: Sage publications; 2009.
4. POWER N.; FRANCK L. Parent perception in the care of hospitalized children: a systematic review. J Adv Nurs. 2008 Jun; 62(6):622-41.
5. 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.

6. NUUTILA L, SALANTERA S. Children with a long-term illness: parents' experiences of care. *Journal of pediatric nursing* 2006; 21(2):153-60.
7. BRADY MK, CRONIN J.J. Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: a hierarchical approach. *Journal of Marketing* 2001; 65(3):34-49.
8. HUSH JM, CAMERON K, MACKEY M. Patient satisfaction with musculoskeletal physical therapy care: a systematic review. *Physiother Theory Pract.* 2009; 25(8):533-43.
9. 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.
10. KEITH RA. Patient satisfaction and rehabilitation services. *Arch Phys. Med. Rehabil.*1998; 79:1122-8.
11. POTTER M, GORDON S, HAMER P. The physiotherapy experience in private practice: The patients' perspective. *Australian Journal of Physiotherapy* 2003; 45: 195-202.
12. KNIGHT, P.K.;NAI-JEN CHENG, A.; LEE, G.M. Results of a survey of client satisfaction with outpatient physiotherapy care. *Physiotherapy Theory and Practice* 2010; 26(5): 297-307.

**POSTER 68****AUTORES/AUTHORS:**

Marília Maria Andrade Marques Conceição Neves, Paulo Joaquim Pina Queirós, Maria Filomena Mendes Gaspar

**TÍTULO/TITLE:**

Interdisciplinaridad y praxis profesional en el Centro de Salud: la perspectiva del enfermero

La cultura de prestación de cuidados de salud en el Centro de Salud implica la interdisciplinaridad, que estimula la decisión compartida de los cuidados como innovación en la respuesta a las reales y actuales necesidades en cuidados de salud de las personas, familias y comunidad. Trabajar en un equipo interdisciplinar exige comprensión del papel de cada grupo profesional. El papel profesional de los enfermeros es una construcción en permanente evolución en función de los atributos de la práctica que son socialmente esperados (Brookes et al., 2007). Así, la praxis, mientras incorporación de los saberes y hagamos que son desarrollados en las intervenciones de la práctica (Vale, Pagliuca & Quirino, 2009), influencia la representación social de las profesiones y de los papeles en los equipos multidisciplinares.

Teniendo como objetivos identificar el perfil de prácticas del enfermero y analizar las representaciones sobre su papel profesional en el equipo multidisciplinar, se realizó un estudio exploratorio cualitativo, recogiendo información a través de Focus Group Interviewing con muestra intencional de 6 enfermeros (la literatura indica entre 6 y 12 participantes) de un Centro de Salud de la región Centro de Portugal, considerados informadores llave por su experiencia y vivencia en estos equipos y seleccionados a través de criterios de heterogeneidad y homogeneidad, para asegurar diferencia comunicacional y simetría relacional (Fern, 2001). La información se sometió al análisis de contenido siguiendo las etapas propuestas por Bardin (2013): pre-análisis, sistematizando las ideas a través de la 'lectura flotante' del texto transcrito y constitución del 'corpus' a analizar; identificación de unidades de significación a través de recortes de texto; descripción analítica con codificación 'in vivo' de los conceptos y significados implícitos en los discursos.

Las representaciones sobre el papel profesional surgen agregadas al "Perfil de prácticas", "Imagen profesional" y "Valorización profesional". Sobresalen en el "Perfil de prácticas" del enfermero una mezcla de intervenciones complementarias y autónomas, programadas para ambulatorio y domicilio, integradas en consultas de enfermería de vigilancia de la salud o gestión de la enfermedad. Los patrones de cuidar incluyen prácticas de asistir, apoyar, enseñar, capacitar, convocando lo 'saber ser' y 'saber qué y cómo hacer', revelando integración del conocimiento personal, ético, empírico y estético. Sobresal una "Imagen profesional" de 'prestadores de cuidados', percibida como centrada esencialmente en intervenciones que privilegian las respuestas a las necesidades expresas por los usuarios o al desarrollo de proyectos asociados a programas nacionales de salud, como ilustran los discursos de los enfermeros: "Somos prestadores de cuidados... es una atención directa al usuario mediante el problema que él nos traiga... todos los días tenemos consultas de planificación familiar, hipertensión, diabetes, salud infantil... con enseñanza al usuario... al cuidador... a ambos... muchas de las veces en el domicilio... si el usuario tiene una herida, lo tratamos por nuestra iniciativa ... trabajamos con el programa de salud escolar en las escuelas". Hay percepción de creciente "Valorización profesional" pero asiente en las características personales del enfermero y no en la profesión: "Va a depender de cada persona y de la relación que cada usuario o familia tiene con el propio profesional... no tiene a ver siquiera con la profesión... tiene más a ver con características personales".

Emerge una praxis reveladora del saber-actuar y del saber-hacer, con un perfil de prácticas que evidencia la complejidad del ejercicio profesional, que implica el uso instrumental de los 'saberes' legitimadores de la profesión pero no percibidos como refuerzo de la identidad profesional y desarrollo del papel en el equipo multidisciplinar. Esta representación parece contribuir para una cultura profesional delimitada por la plantilla organizacional y por la centralidad de la coordinación médica, con alguna jerarquía de 'saberes' y con más pequeña visibilidad de la práctica de enfermería. La no valorización explícita de los 'saberes' como instrumento de poder en el proceso de cuidados de salud puede condicionar la decisión compartida, la innovación y el liderazgo de la respuesta a necesidades en cuidados de salud (Orchard, Curran & Kabene, 2005). La percepción de los enfermeros de la naturaleza subjetiva y culturalmente determinada de su praxis podrá ser la dimensión diferenciadora de la enfermería en la construcción de la interdisciplinaridad y en el desarrollo del papel del enfermero en el equipo multidisciplinar. Esta percepción es concordante con una revisión de la literatura realizada por McFarland y Eipperle (2008) cuyos resultados muestran que la competencia cultural de la enfermera en el abordaje de los cuidados de salud contribuye para modelar su papel profesional en el equipo interdisciplinar. Swiadek (2009) defiende que mientras más conscientes estén los enfermeros del papel profesional que pueden conquistar, mayor será la motivación para redimensionar las relaciones de trabajo y de poder compartido, necesarios en un efectivo equipo

multidisciplinario.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- BARDIN, L. (2013) - Análise de conteúdo. (rev. 1ª ed. 2009). Lisboa: Edições 70.
- BROOKES, K. [et al.] (2007) - Role theory: a framework to investigate the community nurse role in contemporary health care systems. *Contemporary Nurse*. 25 (1-2), 146-155.
- CARPER, B. A. (1978) - Fundamental patterns of knowing in nursing. *ANS*, 1 (1), 13–24. Available from: [http://samples.jbpub.com/9780763765705/65705\\_CH03\\_V1xx.pdf](http://samples.jbpub.com/9780763765705/65705_CH03_V1xx.pdf)
- FERN, E. F. (2001) - *Advanced Focus Group Research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- HARDY, M. E. & CONWAY, M. E. (1988). *Role Theory. Perspectives for Health Professionals*. (2ª ed.; 1ª ed. 1978). Connecticut: Appleton & Lange.
- McFARLAND, M. & EIPPERLE, M. (2008) - Culture care theory: a proposed practice theory guide for nurse practitioners in primary care settings. *Contemporary Nurse*. 28 (1-2), 48–63.
- ORCHARD, C. A., CURRAN, V. & KABENE, S. (2005) - Creating a culture of interdisciplinary collaborative professional practice. *Medical Education Online* [serial online].10 (11). Available from: <http://www.med-ed-online.org>.
- SWIADEK, J. (2009) - The impact of healthcare issues on the future of the nursing profession: the resulting increased influence of community-based and public health nursing. *Nursing Forum*. 44 (1), 19-24.
- VALE, E. G., PAGLIUCA, L. M. F. & QUIRINO, R. H. R. (2009) – Saberes e práxis em enfermagem. *Revista Enfermagem Escola Anna Nery*. 13 (1), 174-180.

**POSTER 70****AUTORES/AUTHORS:**

Adrián Muñoz de la Parte, Lorena Fernández Pérez , María Natividad de la Parte Gala

**TÍTULO/TITLE:**

La gestión de los Recursos Humanos en el ámbito sanitario.

**1. Objetivos:**

El objetivo principal es realizar un diagnóstico organizacional en un hospital de la red pública de Osakidetza, siendo objeto de estudio los puestos de mando donde se realiza la gestión de RRHH.

Así mismo, se pretenden analizar los diferentes modelos que existen en la gestión de los RRHH en el ámbito sanitario. Para ello se realizará un recorrido por la historia de la gestión de personas y se analizarán aquellos más prevalentes, haciendo hincapié en los predominantes hoy en día.

**2. Métodos:**

Se ha utilizado una metodología teórico – descriptiva, basada en una revisión bibliográfica de diversas fuentes de información, para poder ofrecer una visión global de los diferentes modelos de gestión de los recursos humanos en el ámbito sanitario.

Por otro lado, se ha utilizado una herramienta práctica (cuestionario) basada en el cuestionario para el análisis de la cultura organizacional y el liderazgo, de R.A. León (2001), para la recogida de datos primarios en una organización de la red de Osakidetza. El cuestionario, anónimo y voluntario, fue recogido mediante correo web, con un plazo de 30 días naturales para cumplimentarlo. Posteriormente los datos fueron introducidos en base de datos Excel® y analizados con el programa estadístico SPSS® con el fin de medir de forma cuantitativa diversos aspectos en el personal encargado de gestionar los recursos humanos a diferentes escalas jerárquicas y poder realizar un diagnóstico organizacional con respecto a la cultura organizacional y el liderazgo.

**3. Resultados:**

La gestión de los RRHH ha sufrido y está sufriendo una evolución constante que hay que tener en cuenta para poder realizar una gestión eficaz y eficiente de las organizaciones. En el ámbito sanitario, donde la mayoría de los recursos existentes son las personas, este análisis debe de ser continuo y exhaustivo ya que el resultado es importante no sólo para los usuarios, si no para la sociedad en general.

Respecto a la práctica, en relación a los resultados obtenidos, se puede concluir que en lo referente a la cultura organizacional de esta organización de la red de Osakidetza, existe una valoración positiva en las dimensiones integración, calidad del trabajo, colaboración, consideración, innovación y cambio, orientación a la autoridad, ambigüedad y, la mejor valorada, la competición. En cuanto a la dimensión remuneración, es la dimensión pero valorada pese a obtener una puntuación de 2,64 sobre 5.

En el caso de la valoración del liderazgo, aunque alcanza puntuaciones positivas, destaca la diferencia entre la dimensión mejor valorada (carisma con 3,86 puntos) con la peor valorada (estimulación intelectual con 3,17 puntos).

**4. Discusión:**

La revisión bibliográfica nos demuestra que el ámbito sanitario ha hecho uso de los modelos más novedosos en cuanto a la gestión de los recursos humanos para ofrecer unos servicios de calidad.

Una de las herramientas que pueden ayudar a esta gestión es el desarrollo organizacional, ya que se ha demostrado que puede ayudar a diagnosticar y resolver los problemas existentes en las organizaciones, así como a potenciar los aspectos positivos de las mismas.

En este caso, se han valorado diferentes dimensiones donde se han podido ver los aspectos fuertes sobre los que seguir trabajando como son la consideración individualizada y la competición en la cultura organizacional o el carisma en el liderazgo. Del mismo modo, se deben de tener en cuenta las dimensiones peor valoradas como son la remuneración en la cultura organizacional o la estimulación intelectual en el liderazgo para poder mejorar la percepción de los trabajadores de esta organización, mejorando la calidad del trabajo y del servicio que se ofrece.

La colaboración y participación de todas las personas de la organización es necesaria para poder llevar a cabo este cambio.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Acuerdo regulador de condiciones de trabajo en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud 2007, 2008 y 2009.

Albizu, E., Altzerreka, R., Cerrato, J., Etxaniz, F.J., García, R., Hoyos, J., et al. (2005): La participación de las personas. 7 claves para añadir valor a las organizaciones. Bilbao: UPV.

Amador, R.A. (2001): Cultura organizacional y liderazgo: Reflexiones sobre algunos resultados de entidades bancarias. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, vol. 17, núm. 2, pp. 155-172.

Armstrong, M. (2010): Armstrong's essential. Human resource management practice. Londres: Kogan Page.

Fallon, L.F., y McConnell, C.R. (2007): Human Resource Management in Health Care. Principles and Practice. Burlington: World Headquarters.

Frandsen, B. (2013): Nursing leadership. Management & leadership styles. American Association of Nurse Assessment Coodenation.

Fuertes, F., y Díaz, F. (200): Cambio y desarrollo organizacional. Áreas de intervención. En A. Rodríguez (Coord.), Psicología de las organizaciones (pp. 285-339). Barcelona: UOC.

Inmujeres (2011): Guía para el diseño de un diagnóstico organizacional con perspectiva de género.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, 29 de abril de 1986, núm. 102.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado, 22 de noviembre de 2003, núm. 280.

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Boletín Oficial del Estado, 17 de diciembre de 2003, núm. 301.

Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público. Boletín Oficial del Estado, 13 de abril de 2007, núm. 89.

Martínez, J. (2012): Externalización de servicios sanitarios públicos en España. Blog: Apuntes para la reflexión sanitaria.

McConnell, C.R. (2013): The health care manager's human resources handbook.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012): Sistema Nacional de Salud (SNS). España 2012. Madrid.

Organización Mundial de la Salud (1978): Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata. Ginebra.

Repullo, J.R. (2008): Externalización, eficiencia y calidad (primera parte). Público y privado en la sanidad. Revista de Calidad Asistencia,, vol. 23, núm. 2, pp. 83-87.



**POSTER 72****AUTORES/AUTHORS:**

Adrián Manuel Esnarriaga Vicente, María Rúa Gómez

**TÍTULO/TITLE:**

Propuesta para la medición de cargas de trabajo de enfermería en UCI

Objetivos: Visualizar la trayectoria de las herramientas de cálculo de carga de trabajo de enfermería en cuidados intensivos, citando cual es la mejor herramienta en la actualidad.

Metodología: Se ha realizado una revisión sistemática de la bibliografía encontrada de los últimos 20 años, en las bases de datos Pubmed y Web of Knowledge. Para ello se ha realizado una búsqueda que respondiese a la pregunta: ¿es el NAS superior al MENS o al TISS-28?

Resultados: En las UCIs, el uso de escalas que valoran las cargas de trabajo, se llevan utilizando ampliamente desde la aparición en 1974 de la Therapeutic Intervention Scoring System (TISS) [1]. Esta escala, además de medir la carga de trabajo del paciente ponderaba la severidad/gravedad. Esto era así, ya que el objetivo de esta escala era examinar y legitimar el gran número de enfermeras que trabajaban en la UCI en comparación al resto del hospital [2,3].

Después de su modernización en 1981 [3,2], la TISS fue renovada y simplificada en 1996 pasando de 76 ítems a 28 (TISS-28). En esta ocasión utilizaron un estudio retrospectivo para poder evaluar y medir las cargas de trabajo, teniendo en cuenta los resultados del TISS-76. Tras ello, este instrumento de valoración de la gravedad/severidad del paciente se convirtió en la herramienta más utilizada para medir la carga de trabajo de las UCIs, siendo traducida a docenas de lenguas y demostrando su fiabilidad y validez [2,4,3].

En 1997, el Nine Equivalent of Nursing Manpower Score (MENS) [1] fue creado a partir del TISS-28, con el fin de crear un sistema más simple que fuera ampliamente más utilizado. Las actividades de enfermería están divididas en nueve categorías [5,1]. Tras la comparativa realizada entre diferentes hospitales Europeos, Miranda D. et al [1,2]), se observó que no existen diferencias significativas entre los valores dados entre la escala NENS y la TISS-26. Lo que si se aprecia es que, la primera de ellas, es más sencilla para su comprensión y más rápida de completar.

En el año 2003 se publica el Nursing Activities Score (NAS). Lo más destacado de este nuevo sistema es que asigna tiempos a las actividades realizadas por enfermería, poniéndolas en relación con la atención prestada al paciente. Es decir, evalúa el rol de las enfermeras. Se observa una mayor precisión en esta herramienta en comparación con el NEMS o el TISS-28, a tenor de estudios comparativos [6]. Miranda et al., en su artículo Nursing Activities Score [7], pone de manifiesto que este nuevo sistema de medición de cargas de trabajo recoge un 81% mejor el trabajo de enfermería. El TISS-28, solo recoge un 41%, independientemente del estado del paciente o su patología.

En el NAS se incorporaron cinco actividades directamente relacionadas con la enfermería: monitorización, higiene, movilización, apoyo a familiares y pacientes, y tareas administrativas. Por ello, se la puede considerar la herramienta más precisa para el cálculo de cargas de trabajo.

Esta herramienta se puede utilizar para: estimar la carga de trabajo que va a suponer el paciente en el próximo turno, utilizar mejor el personal de enfermería (ratio enfermera/paciente), medir los cambios en las cargas de trabajo de enfermería debido a las nuevas políticas o nueva gestión de la unidad y para estimar la cuantía económica que el paciente necesitará durante su estancia [7].

Discusión: Gracias a diversos estudios, realizados a través de los años, se observa que pacientes con diferentes tipos de patologías necesitan un mayor número de cuidados de enfermería. Gracias a esta nueva herramienta, NAS, se pueden agrupar los pacientes según su patología, y poder así estimar la carga de trabajo de enfermería que necesitarán durante su estancia en UCI y así poder asignar un número adecuado de enfermeras para su cuidado.

Existen diferencias significativas en la carga de trabajo, al ingreso del paciente y en el alta a planta, entre los diferentes grupos de pacientes (SCA, Sepsis e Insuficiencia Respiratoria Aguda), siendo menor su carga en los pacientes con síndrome coronario agudo. Durante los siete primeros días de ingreso se mantienen esas diferencias, pero una vez superado el séptimo día se equilibra la carga de trabajo de los grupos [8].

Katia Grillo Padilha [9], en su estudio sobre el NAS expresa que hay una relación directa y estadísticamente significativa, entre el incremento del NAS y una mayor estancia en UCI, así como en referencia a los fallecimientos. Así mismo, el incremento de esa carga de trabajo puede ser indicativo de muerte del paciente fuera de UCI.

Los resultados de este análisis ponen de manifiesto que la herramienta capaz de medir la carga de trabajo de enfermería de forma más exacta es el NAS. Así mismo, se desprenden áreas de mejora relacionadas con la reorganización del personal de enfermería. Las principales implicaciones para la práctica clínica se podrían resumir en: una buena dotación de enfermería para evitar los efectos adversos, así como para estimar la carga de trabajo que tendrán los futuros pacientes según su patología.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Miranda DR, Moreno R, Lapichino G. Nine equivalents of nursing manpower use score (NEMS). *Intensive Care Medicine*. 1997;23(7):760-5.
2. Miranda DR, Jegers M. Monitoring costs in the ICU: a search for a pertinent methodology. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 2012;56(9):1104-13.
3. Miranda DR, deRijk A, Schaufeli W. Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: The TISS-28 items - Results from a multicenter study. *Critical Care Medicine*. 1996;24(1):64-73.
4. Kisorio LC, Schmollgruber S, Becker PJ. Validity and reliability of the simplified therapeutic intervention scoring system in intensive care units of a public sector hospital in Johannesburg.
5. Moreno R, Miranda DR. Nursing staff in intensive care in Europe - The mismatch between planning and practice. *Chest*. 1998;113(3):752-8.
6. Padilha KG, Sousa RMC, Kimura M, Miyadahira AMK, da Cruz DALM, Vattimo MdF, et al. Nursing workload in intensive care units: a study using the Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28). *Intensive & critical care nursing : the official journal of the British Association of Critical Care Nurses*. 2007;23(3):162-9.
7. Miranda DR, Nap R, de Rijk A, Schaufeli W, Lapichino G, Grp TW. Nursing activities score. *Critical Care Medicine*. 2003;31(2):374-82.
8. Carmona-Monge FJ, Jara-Perez A, Quiros-Herranz C, Rollan-Rodriguez G, Cerrillo-Gonzalez I, Garcia-Gomez S, et al. Assessment of nursing workload in three groups of patients in a Spanish ICU using the Nursing Activities Score Scale. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*. 2013;47(2):335-40.
9. Padilha KG, de Sousa RMC, Queijo AF, Mendes AM, Reis Miranda D. Nursing Activities Score in the intensive care unit: analysis of the related factors. *Intensive & critical care nursing : the official journal of the British Association of Critical Care Nurses*. 2008;24(3):197-204.

**POSTER 75****AUTORES/AUTHORS:**

Avelino Saiz Sánchez, María Jose Rodríguez Martínez , María del Pilar Diéguez Poncela, María del Mar Crespo Pérez , Angela Lombera Torre

**TÍTULO/TITLE:**

Evolución de las úlceras por presión (UPP) y su relación con las rotaciones laborales de los profesionales de Enfermería

Las nuevas medidas de contratación de profesionales de enfermería de las Instituciones Sanitarias en el ámbito de la atención primaria, bien sea con carácter diario o de pocos días, favorecen que la continuidad de cuidados se pierda, y que los profesionales de enfermería se vean expuestas a un "partir de cero" continuo, en las intervenciones enfermeras.

**OBJETIVO GENERAL**

Detectar si existe diferencia en el proceso de curación y evolución de la UPP en el paciente inmovilizado, entre un grupo de pacientes de un cupo (población asignada) en el que no existe rotación de profesional, frente a un grupo de pacientes de otro cupo expuesto a la rotación continua del profesional de enfermería.

**METODOLOGÍA**

Se lleva a cabo un estudio cuasi experimental, prospectivo, analítico y longitudinal. La población diana se seleccionó entre los pacientes pertenecientes a dos cupos, de la Zona Básica de Salud Alto Asón, Gerencia de Atención Primaria, del Servicio Cántabro de Salud. Se selecciona una muestra de conveniencia, en este caso 10 pacientes para el Grupo 1 y 10 personas para el Grupo 2.

Grupo 1; pacientes inmovilizados que presentan UPP y forman parte del cupo de Atención Primaria que se ven expuestos a la situación "cambio frecuente de personal de Enfermería, vs Grupo 2; Pacientes inmovilizados que presentan UPP y forman parte del cupo en el que se produce la situación alternativa, en la que el profesional de enfermería no rota de forma habitual, excepto en períodos vacacionales.

Criterios de inclusión: Pacientes > 18 años, Pacientes inmovilizados, diagnosticados de UPP según la clasificación y estadio de la GNEAUPP que precisen curas de enfermería en el domicilio y que además consientan por escrito en su participación en este estudio.

Criterios de exclusión: Pacientes que hayan sido hospitalizados en los últimos dos meses. Que el paciente no consienta en su participación en el estudio.

Se introdujeron, datos susceptibles a variación entre ellos:

Escala de Norton y Estadio de la UPP y evolución, como variables numéricas y dependientes.

La información se recabado tanto del programa informático OMI-AP, como de las visitas domiciliarias a los pacientes portadores de UPP a estudio.

Para realizar el análisis de los datos y la creación de la base de datos correspondiente se utilizará en el programa informático SPSS. La descripción de las variables se realizará mediante el cálculo de porcentajes, la media aritmética, la desviación estándar, así como en aquellas variables que lo requieran el test de Chi cuadrado y el test de la t de Student.

**RESULTADOS**

Del mismo modo que en otros trabajos de referencia, la edad de los pacientes estudiados es coincidente, entre 85,5 años y 88,7 años. No se han encontrado diferencias en relación con el género. En relación al grado de la UPP el más frecuente es el grado III. Respecto a la localización de las UPP, los datos obtenidos coinciden con los de la literatura consultada. En el grupo de casos el 50% de los pacientes la UPP se localiza en la región sacra y en el grupo control en el 40 % de ellos.

Respecto a la escala Norton, esta se mantiene constante a lo largo del proceso de valoración de las úlceras. No obstante, resulta un dato importante, para referenciar el riesgo del paciente a padecer úlceras por presión.

En el grupo de pacientes de casos (grupo 1), en solo uno, se mejoró el estadio de la úlcera. En 9 lo mantuvieron en el mismo estadio, aunque hubo una evolución favorable en tres pacientes. En los que la evolución fue desfavorable, en 4 de ellos aumento el diámetro y en 3 se mantuvo el diámetro.

En el caso de los controles, de total de pacientes en 8 de ellos disminuyó el diámetro de la UPP y en 3 mejoraron el estadio de la úlcera, 7 se mantuvieron.

Se obtuvieron los siguientes resultados: Odds casos: 2.33, Odds controles: 0.25, Odds ratio: 9.33. Por lo tanto, los casos (pacientes expuestos a cambio frecuente de profesional de enfermería presentan una odds ratio de exposición 9,33 veces mayor que los controles (pacientes que reciben atención continua del mismo profesional de enfermería). Esto significa que estarán 9,33 veces más

expuestos y/o que la UPP no evolucione ni disminuya en su estadio.

#### CONCLUSIONES

Se confirma la hipótesis planteada. No obstante y con la prudencia debida, se trata de una confirmación no extrapolable ni extensible a otros casos dada su escasa muestra, podemos indicar que en esta muestra, la mejor evolución se produjo en pacientes atendidos por la misma enfermera.

Además resulta imprescindible realizar acciones de continuidad de cuidados entre enfermeras con registros de calidad en la historia del paciente que, sin duda, favorecerán la buena evolución de las UPP a pesar de los cambios del profesional.

Por otro lado, las administraciones sanitarias deberían realizar planes de sustituciones integrales, que favorezcan la estabilidad laboral de los profesionales que, sin duda, revertirá en la continuidad en los cuidados de Enfermería.

La formación especializada en el ámbito del cuidado de las personas con UPP en el entorno de la Atención Primaria de Salud debe ser un aspecto a tener en cuenta por las administraciones sanitarias.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Manual de prevención y cuidados locales de úlceras por presión. Servicio cántabro de salud. 1ª edición. Marzo 2005 (documento reconocido de interés profesional por la GNEAUPP). Coordinadora Ana Rosa Díaz Mendi
2. Hibbs P. Pressure area care for the city and Hackney Health authority. London: St. Bartholomeus Hospital. 1987.
3. Waterlow J. Pressure sore prevention Manual. Taunton. 1996.
4. Cacedo González R, Castañeda Robles, Cossío Gómez F, Delgado Uría A. Fernández Saiz B, Gómez España M V et al. Prevención y Cuidados de heridas locales. Servicio Cántabro de Salud, 1º Edición. 2011.
5. Organización Mundial de la Salud. Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p. 100. FlintAndrea L, Webster J. The use of the exit interview to reduce turnover amongst healthcare professionals. 2007.
6. ArtecheEguizábal, JT. The Substitute Female Nurse And Her Adaptation. Bilbao. 2009.
7. Hibbs P. The economics of pressure ulcer prevention. Decubitus 1998.
8. AmbarDeschamps P, Sahilyn B., Olivares R, De la Rosa Zabala KL, Asunsolo del Barco A. Influence of shift work and night shifts in the onset of the Burnout Syndrome in doctors and nurses.2004.
9. Baumann A, Blythe J. Globalization of Higher Education in Nursing 2008.
10. Posmett J, Soldevilla JJ, Torra JE. Epidemiología y Coste de las UPP en España. Estudio GNEAUPP 2005.
11. Libro de Abstracts del VI Simposio Nacional de UPP. GNEAUPP. Zaragoza 2006.
12. Herrero Narváez E, Ordoño Martínez C. Superficies especiales para el manejo de la presión, factor determinante en la disminución de úlceras por presión en atención domiciliaria.2010.
13. Soldevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F (eds.). Actas del V Simposio nacional sobre úlceras por presión y heridas crónicas. Oviedo: GNEAUPP; 2004.
14. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Clasificación-Estadiaje de las Úlceras por Presión. Logroño. 2003.
15. Twigg D, Duffield C, Bremner A, Rapley P, Finn J. The impact of the nursing hours per patient day (NHPPD) staffing method on patient outcomes: a retrospective analysis of patient and staffing data. 2007.
16. Ho WH, Chang CS, Shih YL, Liang RD. Effects of job rotation and role stress among nurses on job satisfaction and organizational commitment.2006.
17. Liang YW, Tsay SF, Chen WY. Effects of nurse staffing ratios on patient mortality in Taiwan acute care hospitals: a longitudinal

study.2006

**POSTER 76****AUTORES/AUTHORS:**

Beatriz Sanz Escribano, M<sup>a</sup> Estrella Lerena Plaza

**TÍTULO/TITLE:**

ALTERACIÓN DEL PATRÓN SUEÑO-DESCANSO EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

**OBJETIVOS:**

El objetivo principal es analizar la alteración del patrón sueño-descanso en el paciente ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Otros objetivos secundarios son: determinar los factores relacionados y el impacto de la alteración del sueño en el paciente crítico, conocer las diferencias entre la percepción enfermera-paciente sobre el sueño en la UCI y, conocer los cuidados de enfermería al paciente con alteración del patrón sueño-descanso ingresado en la UCI.

**MÉTODOS:**

Se ha efectuado una revisión de la bibliografía disponible en los últimos 9 años en español e inglés sobre el sueño en el paciente crítico adulto ingresado en UCI, excluyendo la referente a pediatría y pacientes embarazadas. Se han utilizado bases de datos electrónicas (PubMed, CUIDEN, Dialnet), metabuscadores, bibliotecas virtuales (SciELO, Elsevier), libros y revistas en Internet especializadas en enfermería, cuidados intensivos y ciencias de la salud. La búsqueda se ha realizado en el periodo febrero-abril 2014. Las palabras clave utilizadas fueron: sueño, paciente crítico, cuidados intensivos, enfermería, unidad de cuidados intensivos, alteración del sueño.

**RESULTADOS:**

Se obtuvieron 38 artículos que cumplían los criterios de inclusión, de los cuáles: 3 eran estudios observacionales (1 retrospectivo y 2 prospectivos), 9 descriptivos transversales, 2 trabajos fin de máster, 1 cuasi-experimental, 2 experimentales, 2 manuscritos y 19 revisiones bibliográficas. Tras el análisis de la bibliografía, se distinguieron 5 categorías: 16 documentos hacían referencia a los factores influyentes y el impacto del trastorno del sueño, 4 a los cuidados enfermeros al sueño, 4 a intervenciones dirigidas al sueño, 4 a la percepción enfermera-paciente y 3 a los diagnósticos de enfermería, donde las etiquetas relacionadas con el trastorno del sueño no se recogen como prevalentes. El resto de bibliografía se entremezcla en varias categorías. No se encontraron guías de cuidados enfermeros al sueño del paciente en UCI.

**DISCUSIÓN:**

Las alteraciones del sueño en el paciente crítico son extremadamente frecuentes, lo que incide directamente en su recuperación. El 50% de los pacientes que ingresan en UCI presentan alteraciones del sueño, difieren del fisiológico en cantidad, calidad, arquitectura y ritmo circadiano. Es de destacar que alrededor del 50% es diurno, y que muchos pacientes continúan con alteraciones después de dejar la UCI.

Los pacientes perciben como mala la calidad de su sueño y a pesar de que enfermería coincide parcialmente con ellos, frecuentemente se sobreestima la cantidad.

Un patrón de sueño ineficaz ocasiona un gran impacto negativo en el paciente de UCI: incide en su bienestar y recuperación, genera una situación de estrés añadida a la característica del estado crítico y tiene importantes efectos físicos y psicológicos sobre él, afectándole a nivel metabólico, endocrino, inmunológico –incrementando la susceptibilidad a infecciones, cardiorrespiratorio y cognitivo. Al menos un tercio de los pacientes con privación del sueño tienen síntomas compatibles con el Síndrome de UCI, siendo la aparición de delirio más frecuente de lo que se cree, especialmente en pacientes con ventilación mecánica. Como resultado se produce un aumento de la morbimortalidad y, secundariamente, del gasto sanitario.

Los factores que influyen en la perturbación del sueño son múltiples, pertenecen tanto al entorno como a las características propias del paciente. El ruido, la luz, las intervenciones de enfermería, el reglaje y adaptación a la ventilación mecánica o los efectos de ciertos medicamentos, son factores que necesariamente deben ser valorados por la enfermera de críticos. Partiendo de una valoración integral del paciente y su entorno, se podrán identificar los diagnósticos enfermeros presentes y posteriormente las intervenciones enfermeras pertinentes. Intervenciones como el manejo ambiental y del dolor, la redistribución de actividades enfermeras, el establecimiento de patrones de sueño-descanso, la disminución del estrés y/o apoyo emocional, así como garantizar una sedoanalgesia óptima y una adaptación a la ventilación mecánica, favorecen el descanso del paciente.

Ahora bien, la revisión bibliográfica realizada evidencia escasa investigación sobre los efectos de los cuidados de enfermería respecto al sueño y no se han encontrado planes de cuidados estandarizados que incluyan los diagnósticos relacionados con la alteración del sueño.

Enfermería está en la posición clave para promover el sueño en el paciente crítico. Para ello, debe concienciarse y entender la importancia del sueño y el descanso como necesidad básica, promoviendo una atención integral donde se valore a la persona con su entorno, sin olvidar la percepción del paciente. Emplear planes de cuidados estandarizados que contemplen las intervenciones contextualizadas para el paciente crítico con alteración del patrón sueño-descanso, puede mejorar la calidad del cuidado brindado y favorecer su recuperación.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Guillén F, Bernal M, García S, García MJ, Illán CR, Álvarez MC et al. Calidad del sueño de los pacientes ingresados en UCI: relación con estresores ambientales. *Enferm Docente* [Internet] 2013 mayo-agosto.[acceso 11 de febrero de 2014];100:34-39. Disponible en: <http://www.index-f.com/edocente/100/r100-034.php>

Nesbitt L, Goode D. Nurses perceptions of sleep in the intensive care unit environment: A literature review. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet] 2014 January.[acceso 11 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339713001353>

Wang J, Greenberg H. Sleep and the ICU. *The Open Critical Care Medicine Journal* [Internet] 2013.[acceso 28 de marzo de 2014];6 Suppl 1:80-87. Disponible en: <http://www.benthamscience.com/open/toccmj/articles/V006/SI0039TOCCMJ/80TOCCMJ.pdf>

Gómez CA. Calidad del sueño de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva* [Internet] 2013.[acceso 10 de abril de 2014];24(1):3-11. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/enfermeria-intensiva-142/articulo/calidad-del-sueno-los-pacientes-90193791>

Achury DM, Delgado A, Ruiz M. El ruido y las actividades de enfermería: factores perturbadores del sueño. *Investig Enferm Imagen Desarr* [Internet] 2013.[acceso 29 de enero de 2014];15(1):51-63. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1452/145228258004.pdf>

Tobar E, Parada R. Trastornos del sueño en los pacientes críticos. *Rev Hosp Clín Univ Chile* [Internet] 2012.[acceso 11 de febrero de 2014];23(1):21-30. Disponible en: [http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/Controls/Neochannels/Neo\\_CH6258/deploy/trastorno\\_sueno\\_paciente\\_critico.pdf](http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/Controls/Neochannels/Neo_CH6258/deploy/trastorno_sueno_paciente_critico.pdf)

Tineo T, Montero A, Trujillo MJ, Rodríguez P, Gómez M, Valdivieso H et al. ¿Por qué se altera la necesidad de descanso-sueño en los pacientes ingresados en cuidados críticos? Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol [Internet] 2011 julio-diciembre.[acceso 11 de febrero de 2014];34(2):39-45. Disponible en:  
<http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-neurologica-319/por-que-se-altera-necesidad-descanso-sueno-los-90036212-originales-2011>

Li SY, Wang TJ, Vivienne-Wu SF, Liang SY, Tung HH. Efficacy of controlling night-time noise and activities to improve patients' sleep quality in a surgical intensive care unit. J Clin Nurs [Internet] 2011 february.[acceso 10 de abril de 2014];20(3-4):396-407. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03507.x/abstract>



**POSTER 77****AUTORES/AUTHORS:**

ZURIÑE IÑIGUEZ DE CIRIANO ALDAMA, ELENA PRIETO ARRIBA, M<sup>º</sup>JOSE COTRINA GAMBOA

**TÍTULO/TITLE:**

MOVILIZAR EN BLOQUE CON SEGURIDAD AL PACIENTE CRÍTICO: GRUA HORIZONTAL VS MOVILIZACIÓN MANUAL.

**INTRODUCCIÓN:**

La movilización del paciente crítico es un cuidado imprescindible. Del buen manejo y de la aplicación correcta de las técnicas de movilización depende la estabilidad o la tendencia a la mejoría del paciente, y garantizan la atención con calidad, aunque su inadecuada movilización pueda suponer un riesgo tanto para el paciente como para el profesional que la realiza.

**PALABRAS CLAVES:**

movilización en bloque, seguridad, paciente critico-enfermer@, grúa horizontal.

**OBJETIVOS:**

Analizar la evidencia científica disponible acerca de la movilización en bloque del paciente crítico, más concretamente del paciente politrauma y paciente neurocrítico. Así como determinar si es más seguro el uso de dispositivos de ayuda, grúa horizontal, o la realización de la movilización mediante recursos humanos.

**METODOLOGÍA:**

Revisión bibliográfica realizada en mayo 2014 en la bases de datos CUIDEN y MEDLINE. Utilizando como palabras claves: "críticos"+"transferencias"+"horizontal", "hospital"+"transferencias"+"levantamiento. Además se ha obtenido información de libros, revistas, documentación gris,... No se establecieron límites de tiempo ni idioma... Mencionar que el concepto de movilización ha sido referido únicamente a la movilización en bloque del paciente crítico, especialmente centrado en el politrauma y neurocrítico, pudiéndose considerar esto como un criterio de exclusión.

Tras localizar los documentos, se procedió a su lectura y análisis de contenidos.

**RESULTADOS:**

Los 12 documentos analizados se distribuyen en 9 artículos (6 en lengua española y 3 en inglés) y 3 textos legislativos.

La totalidad de la bibliografía revisada reconoce el riesgo que supone una incorrecta movilización tanto para el paciente como para el profesional que la realiza.

Se recomienda el uso de dispositivos de ayuda para la movilización en bloque (grúa horizontal) a fin de minimizar riesgos tanto para el paciente como para el profesional que la realiza

Destacar el hecho de que antes de movilizar al paciente es necesario que el profesional mantenga una correcta higiene postural y conozca los principios de la mecánica corporal y las técnicas adecuadas de movilización.

En 7 de los 9 artículos determinan un pilar fundamental la formación teórico-práctica periódica sobre movilización.

En los textos legislativos se destaca el aspecto preventivo. Para evitar o reducir el riesgo hay que aplicar las medidas preventivas oportunas derivadas de una evaluación exhaustiva. Para la evaluación del riesgo por manipulación manual de paciente: Método MAPO (Movilización Asistencial del Pacientes Hospitalizados).

**CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA:**

La movilización del paciente crítico es un cuidado imprescindible.

Toda movilización supone un riesgo tanto para el paciente como para el profesional que la realiza. Hay que evaluar el riesgo y aplicar medidas preventivas.

La manipulación con grúa es la más recomendada a fin de minimizar riesgos.

La formación tanto en mecánica corporal como en técnicas de movilización como sobre los diferentes dispositivos de ayuda es un pilar básico para una correcta movilización.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Artículos en castellano:

- Marjorie Blocks, RN, MSN. Soluciones prácticas para la movilización segura de los pacientes. Nursing.2006 vol. 24 nº8
- Isabel Sanchez Zaplana, Amparo Buj Fernandez. Movilización mecánica de pacientes ( grúa). ROL de Enfermería 1991 nº152
- Marilyn D. Knoblauch, BS, RN, y Susan A. Bethel , MSN, RN. El programa de movilización segura del paciente aumenta la

retención de enfermería. Nursing 2010 vol. 28 nº 9

- Alvares-Casado, Enrique, Hernandez-Soto, Aquiles, Rayo García, Verónica. El riesgo asociado a la movilización de pacientes .Gestión Practica de Riesgos Laborales. Enero 2010. Nº67 pág. 26,
- Rosa Mº Josa Armengol, Josep Dern Cavalle. Técnicas para la movilizacion y trasporte de enfermos. ROL de Enfermaria 1987 nº105
- Richard L., Pullen Jr.,.Movilizacion en bloque de un paciente. Nursing. 2004 vol. 22 nº10

Artículos en inglés:

- Roger Cowell, BA,.Equipment for moving and handling patients. Professional Nurse . Noviembre 1998 vol. 14 nº2
- Lemo A, Silva A G, Tucherman M, Talerman C, Guastelli R L e Borba C L. Risk reduction in musculoskeletal practice assistance professional nursing pilot in semi intensive care unit. WORK; 41 . 2012. 1869-72,
- Chirstine M. Walden, Scott b. Bankard, et all . Mobilization of the Obese Patient and Prevention of Injury". Annals of Surgery. October.2013 Vol. 258, number 4. 646-651.

Legislación complementaria:

- REAL DECRETO 487/1997 DEL 14 DE ABRIL sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañan riesgos,.....
- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. Técnicas de movilización manual de paciente para prevenir los trastornos musculoesqueletico en el sector de la atención sanitaria. 2008. <http://www.osha.europa.eu/es/publicaciones/e-facts28>.

(resto en el trabajo original.)

**POSTER 78****AUTORES/AUTHORS:**

Ana Julia Carrillo, Doris Gómez

**TÍTULO/TITLE:**

Diagnósticos e intervenciones de enfermería en pacientes en diálisis peritoneal. Unidades renales de Bogotá, 2013

**Introducción**

El proceso de atención de enfermería (PAE) es una herramienta indispensable en la planeación del cuidado a las personas, y está compuesto por cinco fases: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. La valoración comprende la recolección y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno; en la fase diagnóstica se emite un juicio clínico sobre las respuestas humanas de un individuo, familia o comunidad a los problemas de salud reales o potenciales; en la planificación se definen las intervenciones y actividades a ejecutar durante la cuarta fase, y en la quinta, se evalúa todo el proceso. Las fases están configuradas como pasos sucesivos que se relacionan entre sí y se pueden realizar en forma secuencial o simultánea.<sup>1</sup>

El trabajo utiliza como instrumento de valoración, la escala "Apreciación de la agencia de autocuidado" (ASA) desarrollada por Isemberg y Evers (1983)<sup>2</sup> en su versión en español, teniendo en cuenta que la calidad del tratamiento de pacientes en diálisis peritoneal depende en gran medida de la capacidad de autocuidado del paciente y del apoyo correcto del cuidador no formal. A partir de los resultados de la aplicación de la escala se establecieron los diagnósticos e intervenciones de enfermería más frecuentes para los pacientes en este tipo de terapia de sustitución renal.

Objetivo: Identificar los diagnósticos e intervenciones de enfermería más frecuentes en pacientes en diálisis peritoneal en unidades renales de Bogotá, año 2013.

**Metodología**

Estudio descriptivo de corte transversal, en el cual enfermeras especialistas en nefrología y urología entrenadas por la investigadora principal, previo consentimiento informado, valoraron 286 personas mayores de 18 años, con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) diagnosticada por un nefrólogo, que se realizaban los recambios a sí mismos y asistían al programa de diálisis peritoneal en diferentes unidades renales en Bogotá D.C. (Colombia) durante el año 2013. Como instrumento de valoración se utilizó la escala ASA-A, traducida al español por Gallegos,<sup>3</sup> modificada por Reales (2008) en Colombia y validada por Manrique y Velandia para la población Bogotana.<sup>4</sup>

El déficit de autocuidado encontrado fue analizado desde la perspectiva de problemas prioritarios y satisfacción de necesidades, con el fin de convertirlo al lenguaje enfermero. Se determinó la prioridad de los problemas identificados, a partir de ello se establecieron los diagnósticos de enfermería utilizando la taxonomía Nursing Diagnosis: Definitions and classification (NANDA),<sup>5</sup> y se planearon intervenciones específicas para cada paciente con base en la Nursing Intervention Classification (NIC).<sup>6</sup>

**Resultados**

El análisis por de la escala ASA-A reportó que el 38% de las personas nunca ejecutaba el ítem correspondiente a "Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio"; el 31% respondió que casi siempre "Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego a hacerlo"; y un 25% respondió, casi siempre "Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo". Cuando estas respuestas se convierten al lenguaje enfermero, se encuentran como diagnósticos más frecuentes:

- "Mantenimiento ineficaz de la salud: incapacidad para identificar, manejar, o buscar ayuda para mantener la salud".<sup>5</sup>
- "Sedentarismo: informe sobre un hábito de vida que se caracteriza por bajo nivel de actividad física".<sup>5</sup>
- "Gestión ineficaz de la propia salud: patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es insatisfactorio para alcanzar los objetivos relacionados con la salud".<sup>5</sup>

Con base en estos diagnósticos, las intervenciones prescritas con mayor frecuencia fueron:

- “Enseñanza individual”. 6,7
- “Enseñanza: actividad/ ejercicio prescrito”. 6,7
- “Enseñanza: proceso de enfermedad”.6,7

Para dar respuesta al compromiso ético de resolver un déficit de autocuidado inmediatamente se detecta, las enfermeras ejecutaron las intervenciones planeadas y consignaron el plan de cuidados en la historia clínica, con el fin de que se continúe el plan hasta satisfacer las necesidades y resolver los problemas.6

#### Conclusiones

El análisis escala ASA-A aplicada a los pacientes seleccionados reportó que el mayor déficit de autocuidado está relacionado con el mantenimiento de la salud. Por tanto, el dominio que mostró mayor alteración es el de Promoción de la salud, frente a ésta situación las enfermeras planearon y ejecutaron en forma inmediata intervenciones de enseñanza individual en los diferentes aspectos de cuidado a los pacientes y cuidadores no formales. Adicionalmente, la inclusión de los planes de cuidado en la historia clínica permite que las intervenciones sean conocidas por el equipo de salud de la unidad renal, lo cual orienta el cuidado de enfermería en forma permanente.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. González S, Priscila; Chaves Reyes, Alida Mireya. Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2009; 11(2):47-76.
2. Evers ,GC; Eisemberg, MA; Philipsen, H; Senten, M; Brouns, MN. Validity Testing of the Dutch translation of the appraisal of the self-care Agency A.S.A. Scale. Int. J. Nurs. Stud. 1993; 30(4):331-42.
3. Velandia Arias, Anita; Rivera Álvarez, Luz Nelly. La confiabilidad de la escala “Apreciación de la Agencia de Autocuidado” (ASA), segunda versión en español, adaptada para población colombiana. Av.enferm. 2009; 27(1):38-47.
4. Manrique F, Fernández A, Velandia A. Análisis factorial de la escala de valoración de la agencia de autocuidado. Aquichan. 2009; 9(3):203-35.
5. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011. Madrid: Ediciones Elsevier; 2009. p. 64,69,130.
6. Bulechek, Gloria M; Butcher, Howard K; McCloskey D, Joanne. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). España: Elsevier; 2009. p. 340,354,327.
7. Cirera Segura, Francisco; Ruiz Montes, Myriam; Rosales Sánchez, Verónica; Martín Espejo, Jesús Lucas. Estandarización de cuidados del síndrome metabólico en diálisis peritoneal. 2012; 15(2):129-37.

**POSTER 80****AUTORES/AUTHORS:**

fatima espirito santo, carla chibante

**TÍTULO/TITLE:****PACIENTES HOSPITALIZADOS CON LESIONES EN LA PIEL: PERSPECTIVAS PARA EL CUIDADO DE ENFERMERÍA**

Objetivos: Caracterizar las lesiones cutáneas en pacientes hospitalizados; discutir las demandas de atención de enfermería a estos clientes. Metodología: Estudio exploratorio. El escenario era las unidades clínicas de un hospital de mujeres y hombres de la Universidad del Estado de Río de Janeiro y los sujetos eran 50 adultos y clientes de la tercera edad, de ambos sexos, mayores de 18 años, internados en esas unidades con algún tipo de lesión en la piel. La recolección de datos fueron: análisis de documentos y entrevistas estructuradas y datos de registros médicos fueron sometidos a un análisis estadístico simple. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la institución. Resultados: Caracterización socio-demográfica y económica de los sujetos, 21 eran mujeres (42%) y 29 hombres (58%). La edad promedio fue de  $\pm 58.33$  16,83. En cuanto al estado civil, el 50% de los sujetos se casaron. En lo referente a la educación, 38% tienen educación primaria incompleta. Según los ingresos, la mayoría (46%) de la vida de retiro. En cuanto a comorbilidades, la mayoría tienen hipertensión, seguida por diabetes mellitus. En el análisis de la entrevista estructurada, con respecto al tipo de lesión cutánea, 24.6% fueron las úlceras por presión, seguidas de ostomias (19,2%) y hematomas (17,6%). Cuando se le preguntó sobre el tiempo de las lesiones cutáneas, la media fue de 18,96 días. En cuanto al sitio de las lesiones, la mayoría situados en las extremidades superiores, principalmente debido a lesiones agudas (hematoma y equimosis) derivadas de la aplicación de medicación subcutánea y venopunción. Haga que las úlceras por presión fueron localizadas en la región sacra, extremidad inferior, trocánter y también fue identificados dos clientes con lesiones en etapa I complicación crónica de la diabetes mellitus (pie diabético). Frente a las lesiones cutáneas, se encontró que sólo el 44% de los sujetos utilizan un producto en las lesiones. Entre las que destacan: el hidrogel, papaína, colagenasa, alginato, película transparente y BepantoIR. La mayoría desarrolló lesiones durante la hospitalización (68%). Discusión: Subraya ese enfoque de enfermería adecuada a los clientes con las lesiones cutáneas se pretende prevenir complicaciones, menor riesgo para el desarrollo de nuevas lesiones, así como asistencia en una recuperación más rápida del cliente hospitalizado, contribuyendo a mejorar su calidad de vida. En esta investigación se encontró que el principal motivo de la hospitalización, en la mayoría de los casos, no era debido a la lesión cutánea, principalmente porque gran parte fue desarrollado durante la hospitalización. Sin embargo, apenas se centraron la atención con las lesiones y las direcciones que deben ser realizadas por profesionales, especialmente a las enfermeras, en términos de prevención, tratamiento y la cicatrización de heridas. Por lo tanto, la orientación es un paso importante de la atención de enfermería y resultados de la evaluación continua de las condiciones del cliente. Después de una evaluación cuidadosa del estado de la lesión, las condiciones físicas y emocionales, las directrices se efectuará y pueden ser modificadas para cada consulta, según las necesidades que surgen. Estas directrices son importantes, ya que este cliente en el pós-alta debe continuar el tratamiento en casa. El cuidado de las heridas o lesiones se convierte en un aspecto importante en la sistematización de la atención de enfermería, porque la enfermera no debe contemplar sólo la realización de los vendajes, pero evaluar los factores etiológicos y el riesgo relacionado con la lesión cutánea, realizando atención integral a este cliente. Teniendo en cuenta esto, el enfoque holístico del cliente hospitalizado con heridas, o riesgo de desarrollo les permite la enfermera fomenta el cuidado de sí mismos y las prácticas de autocuidado a través de la educación para la salud, favoreciendo la atención al cliente de autonomía que le puede pasar a reducir el tiempo de hospitalización y los costos institucionales. Toma que los profesionales, especialmente enfermeras realizan continuamente cursos de formación en atención a las personas con heridas que pueden prevenir y evaluar las heridas, establecer tecnologías asistivas que apoyan la prevención y cura de las lesiones, lo que permite una asistencia más segura, promover el confort y bienestar a los clientes buscan su recuperación, así como propiciar el autocuidado en el poste alto, en el entorno familiar.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Cunha NA. Sistematização da assistência de enfermagem no tratamento de feridas crônicas. Fundação de Ensino Superior de Olinda- FUNESO. Olinda; 2006.

Bellaguarda MLR, Padilha MI, Neto AFP, Pires D, Peres MAA. Reflexão sobre a legitimidade da autonomia da enfermagem no campo das profissões de saúde à luz das ideias de Eliot Freidson. Esc Anna Nery, 17(2):369-74. 2013

Sales MCM, Borges EL, Donoso MTV. Risco e prevalência de úlceras por pressão em uma unidade de internação de um hospital universitário de Belo Horizonte. Rev Min Enferm, 14(4):566-75, 2010

Silva DP, Barbosa MH, Araújo DF, Oliveira LP, Melo AF. Úlcera por pressão: avaliação de fatores de risco em pacientes internados em um hospital universitário. Rev Eletr Enf. [periódico na Internet] 2011 [cited 2013 mai 15]; 13(1):118-23. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/v13n1a13.htm>

**POSTER 83****AUTORES/AUTHORS:**

ELENA BACA HIDALGO, CELIA AGUILERA AYLLÓN, ANA MARÍA CALATRAVA GALLARDO, CRISTINA MARÍA GARCÍA MARTÍNEZ, PATRICIA MARTÍNEZ RECHE, MARÍA VIRGINIA MORALES MORA, MANUELA SALAS LARIO, MARÍA SANCHEZ MECA, MIRIAM VAQUERO BUSTOS

**TÍTULO/TITLE:**

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Hoy las enfermedades mentales, pueden no ser mortales, pero sí provocan discapacidades prolongadas tanto en los países ricos como en los pobres.

**OBJETIVO GENERAL**

- Describir el proceso de evolución de la historia de la enfermería psiquiátrica y los avances en los cuidados destinados a los enfermos mentales

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Investigar sobre el origen y la consolidación de la especialidad de enfermería de salud mental en España.
- Desarrollar cómo ha evolucionado históricamente la figura del terapeuta en la patología mental.
- Identificar la evolución histórica del ámbito del tratamiento de los pacientes mentales graves.
- Difundir y promover la importancia del centro de salud mental como eje principal de la Red de Servicios de Salud Mental.

**METODOLOGÍA:**

Revisión no sistemática de estudios clínicos y artículos de revisión, incluidos en las Bases de Datos: Scielo, Cuiden, Lilacs, Pubmed y Google Académico. Se revisaron también libros como Enfermería de salud mental y psiquiátrica, Enfermería psiquiátrica y un manual sobre procedimientos de enfermería de salud mental comunitaria .

Idiomas: inglés o en español.

Límites empleados: No se han establecido restricciones temporales. La justificación de esta ausencia de límites temporales viene dada por el propio objetivo de la investigación, debido al interés en abarcar la máxima amplitud de documentos relacionados con el tema objeto de estudio.

**RESULTADOS:**

La historia de la psiquiatría ha sufrido continuos avances y retrocesos. Se distinguen dos periodos: presiquiatría y nacimiento de la psiquiatría. En el periodo presiquiátrico los tratamientos eran preventivos (amuletos), farmacológicos (drogas) o quirúrgicos (trepanaciones). También podían ser quemados en hogueras, torturados y eran los sacerdotes los encargados de ellos. El tratamiento avanza desde la exhibición pública, castigos y malos tratos a la terapia moral y atención más humana y liberadora a los enfermos mentales. En el siglo XX, con el nacimiento de la especialidad se consigue un abordaje terapéutico integral de los enfermos mentales, tanto en el régimen hospitalario, como en atención primaria, siendo el centro de salud mental el eje de todos los servicios.

**DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA EL CUIDADO**

Durante siglos ha primado el carácter custodiar o de protección social del enfermo sobre el terapéutico. No existía separación entre la enfermedad mental y la orgánica, siendo atribuidas todas ellas a fuerzas externas sobrenaturales.

La existencia y evolución de los cuidados en psiquiatría está vinculada a la presencia de una profesión, la enfermería, que hace del concepto "cuidado" su principal objeto de reflexión teórica con finalidades prácticas. Esta labor, existente desde el principio de los tiempos refleja una disciplina ganada con el esfuerzo y la participación de todos aquellos que proporcionaron cuidados a través de los siglos.

Cabe destacar la importante labor de la reforma psiquiátrica, que se ha considerado como un proceso de desinstitucionalización o el abandono por cierre de los viejos hospitales psiquiátricos, y la implantación sustitutiva de servicios comunitarios de tipo residencial no hospitalario, ambulatorio y de atención intermedia.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Siles González J, Cibanal L, Vizcaya F et al. De la custodia a los cuidados: una perspectiva histórica de la enfermería en Salud Mental. Rev Cultura de los cuidados. 2001.
2. Fornés Vives J. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica: Valoración y Cuidados. 2ª ed. Madrid: Ed. Médica Panamericana. 2011.
3. Pileño Martínez ME, Morillo Rodríguez FJ, Salvadores Fuentes P, Nogales Espert A. El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval. Rev Cultura de los cuidados. 2003; VII(13): 29-34.
4. Cook JS, Fontaine KL. Enfermería Psiquiátrica. 2ªed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1993.
5. García Hernández F, Pancorbo Hidalgo P, Rodríguez Torres C. Evolución de la Enfermería profesional en España. Rev Index Enfermería [en línea] 2001 [consultado el 24 Nov 2013]; Disponible en:  
[http://www.index-f.com/index-enfermeria/32-33revista/r32-33\\_articulo\\_23-27.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/32-33revista/r32-33_articulo_23-27.php)
6. Bobes J, Bousuño M, Gonzalez MP. Enfermería Psiquiátrica. 1º ed. Madrid: Editorial Síntesis; 2002.
7. Ventosa F. Cuidados psiquiátricos de Enfermería en España: siglos XV al XX. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A.; 2000.
8. Pacheco Borrilla G. Informe sobre las especialidades de Enfermería. Madrid: Documento de trabajo interno de la Asociación Nacional de Enfermería en Salud Mental, 2004.



**POSTER 84****AUTORES/AUTHORS:**

Sylvia Díaz Fernández, Juan José Fernández Miranda

**TÍTULO/TITLE:**

RESULTADOS DE UN PROGRAMA PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE APLICANDO LA METODOLOGÍA DE "MANEJO DE CASOS"

**OBJETIVOS**

El término rehabilitación psicosocial hace referencia a un espectro de intervenciones con personas que sufren de manera continuada trastornos mentales graves (TMG) cuyo objetivo es mejorar la clínica, su autonomía, su funcionamiento social y su calidad de vida. La atención integral e integrada en la comunidad de estas personas se puede realizar con efectividad desde el modelo de "manejo de casos" por parte de enfermería, desde el rol de "tutor" del caso, desarrollando un plan de tratamiento individualizado que incluye evaluación global con detección de déficits, objetivos y medidas para alcanzarlos. La retención en tratamiento de estas personas es fundamental para conseguir con ellas los objetivos clínicos y rehabilitadores.

El objetivo de este estudio fue conocer la retención en un programa específico de pacientes con TMG, así como los motivos de alta en él, además de los resultados en cuanto a mejora de la discapacidad y funcionalidad, y de la disminución de necesidades.

**MÉTODOS**

Estudio prospectivo, observacional, abierto y no aleatorizado de pacientes con un TMG a tratamiento en un programa específico, intensivo, integral e integrado en la comunidad, y con metodología de "manejo de casos", de seis años de seguimiento, desde enero de 2008 a enero de 2014 (N=320). Se registró el tiempo en tratamiento en el programa así como los motivos del alta. Se administraron la escala de discapacidad de la OMS (WHO/DAS), la Camberwell de evaluación de necesidades (CAN) y la ADHES de adherencia al tratamiento. Además, se registraron los ingresos (agudos) en la Unidad Hospitalaria de Psiquiatría (UHP) los seis años previos al inicio de tratamiento en el Programa y durante el seguimiento.

**RESULTADOS**

La edad media de la muestra fue de 41,2 años (56% hombres). La mayoría presentaban un diagnóstico de Esquizofrenia (55%), con una ICG-G inicial de 5,1+/-0,8. A los seis años continuaban en tratamiento el 36,5%. Habían sido altas facultativas (paso a tratamiento menos intensivo desde los Centros de Salud Mental) el 38,5%, y se habían trasladado a otro área sanitaria el 7,5%. El 15% fue alta voluntaria (el 55% de ellas trastornos de personalidad). Ocho pacientes fallecieron en ese tiempo (tres suicidios). La estancia media en el programa fue de 46+/-9,1 meses. La WHO/DAS disminuyó en sus cuatro áreas (autocuidados y ocupacional  $p < 0,01$ ; familiar y social  $p < 0,001$ ) y también la CAN (de 16,7(3,1) a 10,7(2,2);  $p < 0,01$ ). Hubo menos ingresos en la unidad hospitalaria de agudos que en los años previos (de 1,9+/-0,3 a 0,2+/-0,1;  $p < 0,001$ ). Los cambios en el incremento de la puntuación en la ADHES también fueron significativos (de 3,6+/-0,4 a 8,2+/-0,5;  $p < 0,001$ ).

**DISCUSIÓN**

El tratamiento de personas con trastorno mental grave en un programa específico logró una elevada adherencia al mismo (teniendo en cuenta la permanencia de aquellas con esquizofrenia a pesar de la escasa conciencia de enfermedad que muchas suelen presentar), favoreciendo la mejoría clínica (disminución de la gravedad y de los ingresos hospitalarios) y funcional (disminución de la necesidad de cuidados y de la discapacidad). Además ayudó a incrementar la conciencia de enfermedad. El enfoque integral, integrado en la comunidad y con metodología de "manejo de casos" del programa podría explicar estos resultados.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

García J; De las Heras B, Peñuelas E. Rehabilitación psicosocial. Conceptos y estrategias. KRK ediciones. Oviedo, 1997.

Mueser KT, Bond GR, Drake RE and Resnick SG. Models of community care for severe mental illness. A review of research on case management. Schizophrenia Bulletin 1998; 24(1): 37-74.

Fernández-Miranda JJ, Caramés-García V, Sánchez-García A. Relación entre adherencia terapéutica, funcionalidad y uso de antipsicóticos atípicos de larga duración en pacientes con trastornos mentales graves. Congreso Nacional de Psiquiatría. Oviedo, 2011.

Pérez F et al. Hacia una reformulación de la Rehabilitación Psicosocial. Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2012.

Fernández-MirandaJJ, Caramés-García V, Sánchez-García A. Severe mentally illness treatment retention. Role of high doses of Risperidone longacting injectable. 11th WFSBP Congress. Kyoto, 2013.

**POSTER 85****AUTORES/AUTHORS:**

Maria de Fátima dos Santos Rosado Marques, Manuel José Lopes

**TÍTULO/TITLE:**

Yo, la depresión y el cuidador familiar

**Introducción:** de acuerdo con las políticas de salud en Portugal y en la Europa, la persona con depresión deberá hacer su tratamiento y recuperación en su entorno familiar. Como consecuencia de este hecho, el papel de cuidador se asume de forma natural por la familia, pero por veces, no es bien acepte por la persona que tiene la depresión.

La finalidad de este trabajo es comprender como la persona con depresión ve a lo cuidador familiar.

**Objetivos:** Caracterizar la depresión en la perspectiva de quien la vive; Caracterizar el papel del cuidador familiar en la perspectiva del paciente; Describir las reacciones del paciente en la relación con los cuidadores familiares.

**Método:** el diseño de la investigación es de naturaleza cualitativa y inductiva, usando la Teoría Fundamentada. La investigación tuvo lugar en dos polos de las consultas externas del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital de Évora en Portugal, en dos ciudades diferentes, durante Febrero y Julio, 2009. La selección de los participantes se realizó por muestreo intencional no probabilístico de acuerdo con los siguientes criterios: ser adulto y/o anciano con un diagnóstico clínico de depresión; vivir con familiares en su casa; tener capacidad cognitiva para permitir la recogida de datos; participación voluntaria del paciente en el estudio. Se realizaron entrevistas narrativas semiestructuradas a 8 pacientes, 1 hombre y 7 mujeres.

**Resultados:** la codificación axial nos permitió identificar 4 categorías:

1ª-Narrativa del proceso de enfermar-se - la depresión tiene múltiples facetas, con una clara identificación del comienzo, causas, características y manifestaciones de la enfermedad. Lo tiempo de enfermedad entre los participantes, variaba entre 4 e 20 años. Las causas se refieren a acontecimientos de vida, actividad laboral y conflictos familiares. La depresión es una enfermedad de la cabeza, es inconstante, no se ve pero cambia la persona. Se manifiesta por alteraciones somáticas, de comportamiento y de gestión de las actividades de vida.

2ª- La depresión y yo - la relación dual entre el paciente y la depresión es muy íntima y el cuidador no entra. El paciente desarrolla estrategias para hacer frente a la enfermedad a través del auto-aprendizaje procurando conocer los síntomas y el pronóstico. Con frecuencia se aísla de los demás y recurre a la religión. Por veces trata de buscar la ayuda de un experto (psiquiatra) o de manera informal la ayuda de otras personas con depresión. Hace la gestión de su medicación en función de los efectos secundarios y por veces se torna dependiente de los medicamentos para dormir. Vive sentimientos de desaliento, de inutilidad, de tristeza, pero también de esperanza. Tiene deseos de mejorar su situación de salud y poder volver atrás en el tiempo cuando todo estaba bien.

3ª- Leer el familiar que cuida - el paciente interpreta y atribuye un significado al comportamiento del cuidador familiar. El paciente vive el sentimiento de no sentirse cuidado por falta de comprensión y paciencia, por chantaje emocional, por las amenazas, la agresión verbal, la indiferencia, la falta de diálogo, el control excesivo y la incapacidad para escuchar. El familiar hace tentativas para ayudar el paciente, pero son todas fracasadas.

4ª-Yo, y la relación con el familiar cuidador - el paciente no reconoce la capacidad al familiar para ayudar, ignora sus consejos y opiniones y se siente perdido y sin saber qué hacer. El paciente evita el dialogo y se aísla, o sale de casa por períodos para no comunicarse con los demás. No comprende el familiar, ni sabe lo que el piensa acerca de su situación de salud, se siente solo. La comunicación es muy pobre.

**Discusión:** Cuando hay una persona con depresión en la familia todo cambia y la familia se transforma. Los familiares cambian para responder a las necesidades del paciente y el rol de cuidador se construye cada día en la interacción entre las personas que cohabitan. Por tanto, las estrategias de cuidados se desarrollan de modo reactivo en función del comportamiento del paciente y el cuidado adquiere características particulares.

La relación entre el paciente y la depresión es muy intimista, cerrada y el familiar no hace parte de ella. El paciente no comprende el familiar, pero el familiar también no comprende el paciente. Entre el paciente y el familiar hay una brecha y el paciente no reconoce el familiar como elemento importante en su recuperación, no le reconoce capacidad ni competencia para ayudarlo. Entonces, la enfermera tiene un papel fundamental como mediadora, no solo en el conflicto, pero también en la enseñanza de estrategias de comunicación y a través de la enseñanza de lo que es la depresión, sus manifestaciones, tratamiento y su pronóstico. Si la enfermera conocer las dificultades del paciente y sus sentimientos hacia el familiar cuidador, podrá intervenir y planear juntamente con el paciente y su familiar, intervenciones psicosociales que contribuyan para el bien estar de la familia, de modo a que el hogar

sea un espacio terapéutico.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Ali, L., Ahlström, B., Krevers, B. & Skärsäter, I.(2012). Daily life for Young adults who care for a person with mental illness: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 610-617
- Alonso-Fernandez, F.(2010). *As quatro dimensões do doente depressivo*. Lisboa: Gradiva
- Hegadoren, K., Norris, C., Lasiuk, G, Silva, D.G. V. & Chivers-Wilson K.(2009). The many faces of depression in primary care. *Texto & Contexto Enfermagem*, 18 (1), 155-164.
- Marques, M.F.S.R.(2010). Viver com a depressão: relatos de uma transição. In *Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (Eds.), Do diagnóstico à intervenção em saúde mental: II Congresso Internacional da SPESM (pp 472-480)*. Barcelos, Portugal, 26 a 29 out.
- Marshall, A.J. & Harper-Jaques, S.(2008). Depression and Family Relationships: Ideas for Healing. *Journal of Family Nursing*, 14 (1), 56-73. DOI:10.1177/1074 840707312717
- Neto, C. & Alves, F.(2012). A experiência subjetiva com a doença mental, o caso da depressão. *Sociologia, problemas e práticas*, 70, 111-129
- Parker, G., Paterson, A., Fletcher, K., Hyett, M. & Blanch, B.(2012). Out of the darkness: the impact of a mood disorder over time. *Australasian Psychiatry* 20 (6) 487-491. DOI: 10.1177/103985621
- Revilla, I.C., Segura, L.Y., Arrillaga, A.G.P. & Suárez, P.B.(2010). Actitud de la familia hacia el enfermo mental. *Actas Especialidade Psiquiatria*, 38 (1), 57-64
- Silva, N., Guarda, T., Mendes, M., Godinho, M., Lima, K., Soares, M.(2012). Respuestas de la persona adulta mayor frente a la depresión: revisión integrativa. *Desarrollo Científico Enfermería*, 20, nº2, 46-50
- Strauss, A., Corbin, J.(2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar lateoría fundamentada*. Colombia:Editorial Universidad de Antioquia
- Ward, E., Mengesha, M. & Issa, F.(2014). Older African American women's lived experiences with depression and coping behaviours. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 46-59
- World Health Organization (WHO)(2013). *Investing in mental health: evidence for action*. Geneva: World Health Organization. Disponible em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618_eng.pdf?ua=1)
- Xavier, M., Baptista, H., Mendes, J. M., Magalhães, P. & Almeida, J.M.C.(2013). Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal – rationale,design and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems*. 7:19. Disponible em <http://www.ijmhs.com/content/7/1/19>

**POSTER 86****AUTORES/AUTHORS:**

Violeta Rueda Martínez

**TÍTULO/TITLE:**

Condicionantes de género en la profesión enfermera

1. **Objetivos:** El objetivo principal es analizar la impronta que el género ha desarrollado y sigue desarrollando en la profesión enfermera, para ello nos planteamos: conocer la evolución del rol de la mujer en la sociedad, describir como el género ha marcado la evolución de la profesión y establecer la influencia del mismo en el desempeño profesional de la enfermería en la actualidad.
2. **Métodos:** Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura sobre la influencia del género en la profesión enfermera, extrayendo y sintetizando la información e ideas relevantes relacionadas con la temática de este estudio. Para ello, se diseñó una estrategia de búsqueda; se identificaron los aspectos principales a estudiar, escogiendo los términos adecuados para ello (género, enfermería, rol de género, rol enfermero, evolución mujer, etc.); se establecieron criterios de inclusión (artículos que relacionasen profesión enfermera y enfoque de género, publicaciones en inglés o español) y exclusión (texto completo no disponible, anteriores a 1990); se manejaron bases de datos específicos de enfermería (Cuiden), de referencia de literatura científica en salud (PubMed e IBECs) y de diferentes disciplinas (Dialnet y Google Scholar), así como búsqueda de bibliografía manual. Tras la búsqueda, se seleccionaron los artículos relevantes y se analizaron y extrajeron los datos para la síntesis de información mediante desarrollo narrativo.
3. **Resultados:** Se encontraron 38 artículos concordantes con la temática del trabajo. De ellos se extrajeron unas ideas clave que dieron lugar a la configuración de cuatro grandes apartados: género, enfermería y cuidados, mujer-sociedad y mujer-profesión enfermera, identidad profesional y consecuencias de la feminización. A su vez, cada apartado tiene una serie de ideas asociadas que explican; los orígenes de la relación género y enfermería, como la mujer por sus cualidades intrínsecas femeninas ha sido la encargada del cuidado en muy diversas sociedades y culturas a través del tiempo; los cuidados enfermeros asociados a la figura femenina y a todo lo que ello supone; el paralelismo de la evolución del rol de la mujer en la sociedad con el desarrollo de la profesión enfermera, como los primeros movimientos feministas inspiraron el desarrollo de la enfermería; la influencia del género en la formación de la identidad profesional de enfermería y los efectos en el desempeño profesional en la actualidad.
4. **Discusión:** De los artículos analizados en la revisión se evidencia la mutua relación de influencia establecida entre enfermería y género, las consecuencias que ha tenido para la profesión. Se destaca que el avance de la enfermería no hubiera sido posible sin el reconocimiento de la influencia de género en su desarrollo y evolución, la importancia de la mujer en los logros alcanzados por la enfermería y como este hecho permitirá autorregular su desarrollo disciplinar y destruir los estereotipos sociales que la acompañan. Las implicaciones para la práctica clínica de este trabajo, aportan información relevante para conocer las claves actuales de la influencia del género en la profesión, su análisis nos permite comprender mejor la situación actual y dar una mejor respuesta a los problemas y situaciones con los que se encuentra la profesión.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Germán C. Historia de la Institución de la Enfermería Universitaria análisis con una perspectiva de género [Tesis doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2006.
- Blázquez-Rodríguez MI. Los componentes de género y su relación con la enfermería. *Index Enferm* [Internet]. 2005 Mar; 14(51): 50-54. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113212962005000300010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962005000300010&lng=es).<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962005000300010>.
- García AM, Sainz A, Botella M. La enfermería vista desde el género. *Index Enferm* [Internet]. 2004 Nov; 13(46): 45-48. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113212962004000200009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962004000200009)
- Chamizo C. Perspectivas de género en enfermería: comentarios y reflexiones. *Index de Enfermería* [Internet]. 2004 Nov; 13(46): 40-44. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s113212962004000200008&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s113212962004000200008&script=sci_arttext)
- Cano-Caballero MD. Enfermería y género tiempo de reflexión para el cambio. *Index Enferm* [Internet]. 2004 Nov; 13(46): 34-39. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113212962004000200007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962004000200007)
- Celma M, Acuña A. Influencia de la feminización de la enfermería en su desarrollo profesional. *Rev Antro Exp*. [Internet]. 2009; 9(9):

119-136. Disponible en: <http://www.ujaen.es/huesped/rae/articulos2009/09celma09.pdf>

Arroyo A, Lancharro I, Romero R, Morillo MS. La enfermería como rol de género. *Index de Enfermería* [Internet]. 2011 Dic; 20(4): 248-251. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962011000300008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000300008)

Fajardo ME, Germán C. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index Enferm* [Internet]. 2004 Nov; 13(46): 09-12. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962004000200002&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962004000200002&script=sci_arttext)

Granero MJ. Historia de la Enfermería, Historia del Género. I Congreso virtual sobre la Historia de las Mujeres. *Revista Códice* [Publicación virtual]. 2009. Disponible en:

[http://www.revistacodice.es/publi\\_virtuales/i\\_con\\_h\\_mujeres/documentos/comunicaciones/comuGraneroAlted.pdf](http://www.revistacodice.es/publi_virtuales/i_con_h_mujeres/documentos/comunicaciones/comuGraneroAlted.pdf)

Miró M. ¿Por qué somos como somos? Continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en la identidad de las/os enfermeras/os en España (1956-1976) [Tesis doctoral]. Universitat de les Illes Balears, 2008.

**POSTER 87****AUTORES/AUTHORS:**

María González Gallego, Rosa García Fernández, M<sup>a</sup> Ángeles González Fernández, Rosa Alvarez Diez , Maria José Ramos Carbajo, Henar R. Bobillo de Lamo, M<sup>a</sup> Guadalupe Posadilla Alonso, Cristina Alvarez Benedi, M<sup>a</sup> Rosario G López Pérez

**TÍTULO/TITLE:**

ESTUDIO DE OPINIÓN DE LAS FUTURAS MADRES SOBRE LA EDUCACIÓN GRUPAL RECIBIDA DURANTE EL EMBARAZO

**OBJETIVOS**

- Analizar en nuestro medio la opinión de madres y padres sobre el programa de educación prenatal grupal.
- Monitorizar el resultado de aprendizaje sobre la práctica de la lactancia materna.
- Conocer las aportaciones al programa.

**MÉTODO**

ÁMBITO: Atención Primaria

ESTUDIO: Observacional descriptivo

SUJETOS: Mujeres que reciben educación prenatal grupal.

MUESTRA: Oportunista, las embarazadas que finalizan el programa en el periodo de Noviembre 2013 a Abril 2014 y entregan encuesta.

DIMENSIONES / VARIABLES: Valoración global del programa; Organización y ambiente (bueno/malo/regular); Mejora de conocimientos y habilidades sobre autocuidado y crianza (nada/poco/bastante/mucho); Mejora de la capacidad para decidir acerca de la lactancia materna; Dudas al fin del curso (sí/no) sobre lactancia materna, técnicas de agarre y posturas, extracción y almacenamiento de leche; Asistencia de la pareja al programa; Interés por la presencia de los grupos de apoyo; Área de mayor interés; Aportación libre de la mujer para la mejora del programa; Edad y Paridad (primípara/múltipara).

RECOGIDA DE DATOS: Encuesta anónima elaborada ad hoc por investigadores y pilotada previamente.

TRATAMIENTO DATOS: Volcado en Tabla Excel. Análisis estadístico univariante descriptivo de frecuencias absolutas-porcentajes. Anonimato y confidencialidad en el tratamiento de los datos obtenidos.

**RESULTADOS PRINCIPALES**

Se obtienen 56 encuestas: el rango de edad de las mujeres es de 25-45 años; el 69.6% son primíparas (39).

Valoración global del curso: el 98.2% lo considera Bueno (55); Respecto al ambiente del grupo el 100% de las mujeres lo valoran como Bueno (56).

Han mejorado sus conocimientos sobre parto y cuidados recién nacido: 64.3% Bastante (36) y 35.7% Mucho (20).

Consideraron haber mejorado capacidad para toma de decisiones sobre Lactancia: 57.1% (32) Bastante y 41%(23) Mucho.

Dudas persistentes: Beneficios Lactancia Materna 14.7% (8); Técnicas de agarre y posturas 29% (15); Extracción y almacenamiento 38.9% (22).

El 37.5% (21) de las parejas acudieron a las sesiones; el 100 % de los que no acudieron fue por motivos laborales

Al 100% (38) de las mujeres les pareció Muy interesante la presencia de las representantes de los grupos de apoyo la maternidad y lactancia natural (en nuestro medio Lactabebé).

Los temas referidos a Lactancia Materna y cuidados del Recién Nacido destacados por el 67.8% de las participante (38).

El 40% (22) de las mujeres hacen aportaciones libres para mejorar los cuidados

**DISCUSIÓN**

Primera encuesta de opinión de las futuras madres en nuestro medio para conocer la satisfacción con la Educación Prenatal, realizada en el marco de la adopción de una de las Recomendaciones de la Guía de Buenas Prácticas Enfermeras RNAO-Lactancia Materna (Recomendación 4) implantada en el Centro de Salud Bierzo.

La muestra está mermada por la no asistencia a la última sesión de todas las mujeres que participan en el programa, pero su estudio nos permite formular algunas CONCLUSIONES:

La mayoría de las mujeres valoran el programa como Bueno. El ambiente de relación entre los profesionales y los participantes como Muy bueno. Las sesiones aportan conocimientos y habilidades sobre su propio cuidado y la crianza de su hijo para tomar decisiones informadas.

Sólo un tercio de las parejas puede acompañar a la mujer y al finalizar un porcentaje de madres mantienen dudas sobre aspectos

relevantes para afrontar con éxito la lactancia materna: técnica de agarre, extracción y conservación de la leche.

#### IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA

Identificadas nuevas áreas a incluir en el programa: porteo, profundizar en cuidados tempranos del Recién Nacido y en contenidos sobre la Lactancia Materna.

Para mejora del programa, valorar introducir los cambios necesarios para la adaptación de la educación prenatal a los padres, con el objetivo de que tengan una mayor participación.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Asociación profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO). Guía de Buenas Prácticas en enfermería Lactancia Materna. 2007

Asociación profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO). Herramienta de implantación de las Guías de Práctica Clínica. Disponible en [http:// www.evidenciasencuidados.es](http://www.evidenciasencuidados.es)

Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP). Lactancia Materna: Guía para profesionales.

Monografía de la AEP nº 5. Ediciones ERGON. 2004

Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna. Editorial Médica Panamericana –Madrid 2008. Disponible en <http://www.medicapanamericana.com>

Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. La Salud desde el principio. Guía de salud materno infantil. Valladolid. Mayo 2009



**POSTER 88****AUTORES/AUTHORS:**

DAVID REDONDO COLLADO, ESTIBALIZ BENITO FERNANDEZ, LEIRE ORMAZA UGALDE, MARAVILLAS ESPIN LOPEZ, BEGOÑA MITXELENA PEREZ

**TÍTULO/TITLE:**

FACTORES QUE MODIFICAN EL TIPO DE PARTO

**OBJETIVO:** Conocer mediante su estudio ciertas características materno-fetales como son la edad materna, la ganancia ponderal materna y la paridad

**MÉTODOS:** Se realiza un estudio descriptivo con muestreo no probabilístico consecutivo en consulta de la matrona de Atención Primaria en diferentes centros de salud de Comarca Bilbao y de Comarca Interior. Se definen los términos PARTO, PARTO EUTÓCICO Y PARTO DISTÓCICO.

**RESULTADOS:** El factor con significación estadística influyendo en el tipo de parto ha sido la paridad ( $p < 0,001$ ); no han sido significativas siendo  $p > 0,005$  la edad materna y la ganancia ponderal.

**DISCUSIÓN:** Según nuestro estudio el único factor influyente ha sido la paridad de la mujer. Esto ha sido debido a una muestra limitada y a nuestra menor experiencia al inicio del estudio a la hora de elegir las variables. Se abre una puerta a futuros estudios para mejorar posibles sesgos y especificar factores

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

(1) EUSTAT. PANORAMA DE LA SALUD 2008. CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

[http://www.eustat.es/elementos/ele0006200/ti\\_Panorama\\_de\\_la\\_Salud\\_2008\\_PDF\\_87MB/inf0006212\\_c.pdf](http://www.eustat.es/elementos/ele0006200/ti_Panorama_de_la_Salud_2008_PDF_87MB/inf0006212_c.pdf)

(2) EUSTAT. INDICE SINTÉTICO DE FECUNDIDAD Y EDAD MEDIA A LA MATERNIDAD SEGÚN EL AÑO

[http://www.eustat.es/elementos/ele0000000/tbl0000050\\_c.html#axzz2vIAZB2zl](http://www.eustat.es/elementos/ele0000000/tbl0000050_c.html#axzz2vIAZB2zl)

(3) MANUAL ACTUALIZADO PARA MATRONAS. EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO, LACTANCIA Y TERAPIAS ALTERNATIVAS. ED. FORMACIÓN ALCALÁ. . JULIO 2004. Pág. 171-173

(4) CONCEPTOS FUNDAMENTALES PARA LA PRÁCTICA ENFERMERA. ED. FUDEN. VOLUMEN II. Pág. 389

(5) SEGO. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

(6) FIGO: FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

<http://zl.elsevier.es/es/revista/progresos-obstetricia-ginecologia-151/el-concepto-primipara-anosa-13038398-articulos-originales-2002>

(7) IBM SPSS Statistics 22.0

(8) Turcot L, Marcoux S, Fraser WD. Multivariate analysis of risk factors for operative delivery in nulliparous women. Canadian early amniotomy study group. Am J Obstet Gynecol 1997;176:395-402

(9) Gustavo Romero Gutiérrez, Juan Carlos Ríos López, Patricia Cortés Salim, Ana Lilia Ponce Ponce de León. Factores de riesgo asociados con el parto distócico. Ginecol Obstet Mex 2007;75(9):533-38

(10) Manrique Leal-Mateos, Loretta Giacomini, Luis Diego Pacheco-Vargas. Índice de masa corporal pregestacional y ganancia de peso materno y su relación con el peso del recién nacido. ISSN 0001-6002/2008/50/3/160-167

(11) Blanca Heras Pérez, Julio Gobernado Tejedor, Pablo Mora Cepeda y Ana Almaraz Gómez. La edad materna como factor de

riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. Prog Obstet Ginecol. 2011;54(11):575-580

(12) Tatiana Zoila Ochoa Roca, Kenia Hechavarría Barzaga, Rolando González Cuello, Reinerio Ayala Ramos, Sonia González Pérez. Influencia de la edad materna en los resultados perinatales en gestantes de la Policlínica René Ávila Reyes. ISSN 1560-4381 CCM 2012; 16(1)

(13) Flavia Polanco Teijo, Elena Rodríguez Vidal, Sonia González Castroagudín, Isabel Suárez López, María José Ledo Marra, Silvia Novío. Influencia de la edad materna en el tipo de parto

(14) M.<sup>a</sup> Inés Curro-Fernández, Marta Conde-García. Influencia del aumento excesivo de peso durante la gestación en el tipo de parto. Matronas Prof. 2008; 9 (4): 22-27

**POSTER 90****AUTORES/AUTHORS:**

Víctor Fernando Durán Moruno, Sergio Rico Martín, Julián Fernando Calderón García, Manuel Solís Jara, Jesús María Lavado García, María Luz Sánchez Calvarro

**TÍTULO/TITLE:**

ACTIVIDAD FÍSICA Y MENOPAUSIA EN MUJERES DEL AREA DE SALUD DE CÁCERES

**1. OBJETIVO**

El objetivo planteado en este trabajo ha sido relacionar cómo influye la actividad física en la salud de un grupo de mujeres menopáusicas del Área de Salud de Cáceres.

**2. MÉTODO**

Se realizó un estudio descriptivo transversal. El estudio se llevó a cabo durante los meses de abril y mayo de 2014 en el área de salud de Cáceres.

Se reclutaron un total de 95 mujeres del área de salud de Cáceres. El 49,5% (47) son pre-menopáusicas y el 50,5% (48) post-menopáusicas. Todas firmaron el consentimiento informado.

Para medir el nivel de actividad física se utilizó el International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) en su versión corta (1). Esta versión consta de 7 preguntas, que se utilizan para medir el tiempo semanal dedicado a la realización de actividades físicas de acuerdo a la intensidad, en diferentes aspectos de la vida de las personas (trabajo, tareas del hogar, transporte y ocio).

Además, con otro cuestionario, se recogieron datos de las características de la población, tales como la edad, altura y peso, consumo de tabaco y alcohol y estado de la menstruación.

Todos los datos se recopilaron en una base de datos Excel y fueron procesados por el paquete estadístico SPSS V.21.0.

**3. RESULTADOS**

La edad media de las participantes fue de  $48,26 \pm 8,49$  años. La edad media de las participantes no menopáusicas fue de  $41,80 \pm 5,58$  y de las menopáusicas fue de  $54,58 \pm 5,59$ . Ambos grupos son distintos significativamente con respecto a la edad ( $p < 0,001$ ).

Los minutos totales dedicados a la actividad física semanal fueron de 181,94 minutos. Se encontraron resultados significativos en las preguntas 1 ( $p=0,035$ ), 4 ( $p=0,009$ ) y 5 ( $p=0,015$ ) del IPAQ entre las menopáusicas y no menopáusicas. Los MET (energía consumida por el organismo) minutos/semana totales fueron de 4313,98 y se encontraron diferencias entre ambos grupos estudiados en el nivel de actividad física moderada ( $p=0,021$ ). Por el contrario no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la actividad física leve y actividad física total entre ambos grupos.

No existe relación entre el consumo de tabaco y alcohol con respecto al nivel de actividad física de las mujeres en ambos grupos. Tampoco se encontraron diferencias significativas entre el hecho de tener obesidad o no y tener hipertensión o no con el nivel de actividad física tanto en mujeres no menopáusicas como en menopáusicas.

**4. DISCUSIÓN**

La menopausia constituye un momento importante y muy significativo en la vida de la gran mayoría de las mujeres y se relaciona con la aparición de una insuficiencia ovárica, al mismo tiempo que se produce la atresia folicular (2). Se caracteriza por el cese permanente de la menstruación y se asocia directamente con el envejecimiento y la pérdida de la fertilidad (3-6).

Existe una amplia gama de síntomas, muchos asociados a la variación en el perfil hormonal: vasomotores (sudores, sofocos, palpitaciones, hipertensión...); psíquicos (depresión, ansiedad, insomnio...); alteraciones metabólicas (obesidad, neuralgias, alteraciones cardiovasculares, osteoporosis...), etc (2,6,7).

Está demostrado que la actividad física practicada con regularidad reduce el riesgo de cardiopatías coronarias y accidentes cerebrovasculares, diabetes de tipo II, hipertensión, cáncer de colon, cáncer de mama y depresión. Además, la actividad física es un factor determinante en el consumo de energía, por lo que es fundamental para conseguir el equilibrio energético y el control del peso (8,9).

En nuestro estudio podemos concluir que las mujeres posmenopausicas poseen un nivel de actividad física moderada mayor a las

premenopáusicas. Sin embargo, en el nivel de actividad física vigorosa, las mujeres posmenopáusicas tienen menos participación. No existe relación entre el consumo de tabaco y alcohol con respecto al nivel de actividad física de las mujeres. Tampoco se encontraron diferencias entre el hecho de tener obesidad o no y tener hipertensión o no con el nivel de actividad física. Entre las limitaciones más destacadas de este estudio se encuentra que la muestra es relativamente pequeña. Habría que realizar un estudio de características similares con una muestra superior y además analizar más aspectos tal y como realizaron Calderón-García JF et al (10).

### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc.* 2003;35(8):1381-95.
2. Tan MN, Kartal M, Guldal D. The effect of physical activity and body mass index on menopausal symptoms in Turkish women: a cross-sectional study in primary care. *BMC Womens Health* 2014 Mar 6;14(1):38-6874-14-38
3. Sapre S, Thakur R. Lifestyle and dietary factors determine age at natural menopause. *J Midlife Health* 2014 Jan;5(1):3-5.
4. Neal-Perry G, Nejat E, Dicken C. The neuroendocrine physiology of female reproductive aging: An update. *Maturitas* 2010 Sep;67(1):34-38.
5. Jiménez de Luque MP. Menopausia: educación para la salud. 2ª ed. Ampliada. Pamplona: Ediciones universidad de Navarra, S.A; 1995
6. Ogwumike OO, Kaka B, Adegbemigun O, Abiona T. Health-related and socio-demographic correlates of physical activity level amongst urban menopausal women in Nigeria. *Maturitas* 2012 Dec;73(4):349-353.
7. Usandizaga JA, De la Fuente P. Tratado de obstetricia y ginecología. Vol. 2: Ginecología. 2ª ed. Madrid: McGraw- Hill- Interamericana; 1998
8. A guide for population-based approaches to increasing levels of physical activity: implementation of the WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.
9. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, Organización Mundial de la Salud, 2009.
10. Calderon-Garcia JF, Lavado-Garcia JM, Martin RR, Moran JM, Canal-Macias ML, Pedrera-Zamorano JD. Bone ultrasound and physical activity in postmenopausal Spanish women. *Biol Res Nurs.* 2013 Oct;15(4):416-21.

**POSTER 96****AUTORES/AUTHORS:**

Ángela Mancilla Ruiz

**TÍTULO/TITLE:**

¿Son eficaces los programas de prevención de consumo de alcohol en el ámbito escolar en los adolescentes?

**1. OBJETIVOS**

- Conocer los estudios que existen sobre la prevención del alcohol en el ámbito escolar.
- Describir los programas de prevención.
- Evaluar la efectividad de los programas de prevención actuales.
- Determinar la influencia de las habilidades psicosociales de los adolescentes.

**2. MÉTODO**

- Área:  
Ámbito escolar.

- Diseño:

Se realiza una búsqueda bibliográfica de artículos sobre la eficacia de los programas preventivos de consumo de alcohol en el ámbito escolar, en las bases de datos Dialnet, PubMed, Cochrane plus y Tripdatabase, a partir de términos libres y términos MeSH, relacionados mediante operadores booleanos (AND, OR, NOT) y con una serie de filtros establecidos para acotar la búsqueda. Se seleccionaron 36 estudios a texto completo que cumplieran los criterios de inclusión previamente establecidos (Año de publicación situado en el periodo comprendido entre 2003 y 2014; estudios aplicados en el ámbito escolar y a estudiantes adolescentes; artículos escritos en castellano e inglés; estudios a texto completo). Se analizaron los estudios y se extrajeron las ideas globales para realizar una síntesis narrativa de los conceptos clave (Intervención familiar; programas informativos, psicosociales, sociológicos, de tutelaje, de componentes múltiples, voluntarios, breves; tipos de intervención; prevención universal o selectiva; educadores y expertos; mantenimiento de los efectos; sesiones). Palabras clave: adolescente, alcohol, programas preventivos, eficacia.

- Estudios:

Entre los estudios seleccionados se incluyen revisiones sistemáticas, estudios descriptivos, estudios exploratorios, estudios cuasi experimentales, una revisión bibliográfica, un estudio de cohorte, ECAs y un metaanálisis.

- Variables:

- o Tipo de intervención.
- o Consumo de alcohol.
- o Duración del estudio (Período de tiempo que transcurre entre la implementación del programa preventivo y la evaluación del mismo).

**3. RESULTADOS**

Esta revisión muestra cierta discrepancia entre los resultados extraídos. Por un lado se encontraron estudios que avalan la eficacia de determinadas intervenciones en la disminución del consumo de alcohol y en el cambio de actitudes de los adolescentes hacia el uso de esta sustancia; pero por otro lado, varios estudios muestran la ineficacia de dichas intervenciones.

Los resultados confirman la importancia de la familia, la escuela y los iguales sobre la educación de los adolescentes; modificaciones en los patrones de ingesta y cambios en las conductas de los jóvenes cuando se desarrollan habilidades psicosociales como la autoestima, la comunicación asertiva, las relaciones interpersonales, la toma de decisiones, el manejo de problemas y de emociones.

Muchos de los estudios revisados en este trabajo hacen referencia a la mayor efectividad de los programas preventivos en la disminución del consumo de alcohol y cambios en las actitudes de los adolescentes cuando se involucra en ellos a la familia. Sin

embargo, otros estudios muestran que no existen diferencias en los efectos del programa al incorporar dentro de las actividades preventivas a la familia. Esto podría ser debido al escaso número de familias participantes y a la falta de conocimientos de los padres sobre sus hijos y sus relaciones con el entorno.

Las intervenciones informativas aumentan los conocimientos en cuanto a la materia pero no consiguen modificar la conducta de los adolescentes.

Las sesiones de los programas varían tanto en cantidad como en duración. No existe una relación clara entre, el número de sesiones recibidas y el tiempo de intervención, con la eficacia de los programas preventivos en cuanto a la disminución del consumo de alcohol y al cambio de actitudes hacia su uso.

No existe evidencia sobre la mayor efectividad de los programas universales donde se abarca a un gran número de población sin un cribado previo versus los programas dirigidos a un grupo concreto de personas con un factor de riesgo que les caracteriza.

Muchos de los estudios, a pesar de cumplir los objetivos propuestos en sus trabajos para la prevención del consumo de alcohol, sugieren que sería necesario futuras investigaciones a más largo plazo.

#### 4. DISCUSIÓN

Se valora la necesidad de realizar estudios de investigación a más largo plazo que nos permitan arrojar un mayor grado de evidencia sobre la eficacia de los programas preventivos de consumo de alcohol en el ámbito escolar en los adolescentes.

##### IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Sería necesario seguir investigando sobre la eficacia de los programas preventivos de alcohol en el ámbito escolar debido a la cantidad de resultados de diversa índole encontrados. Se debería tener en cuenta variables como la zona geográfica, el sexo, el nivel cultural y el estatus socioeconómico por considerarlas factores de riesgo o de protección según el caso.

Futuras investigaciones deberían demostrar la eficacia de los programas preventivos de alcohol en el ámbito escolar cuando son impartidos por personal de enfermería cualificado, además de implicar a este colectivo enfermero en procesos de investigación tanto de prevención como de promoción de la salud.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Pascual F. Aspectos antropológicos del consumo de bebidas alcohólicas en las culturas mediterráneas. *Salud Drogas*. 2007;7(2):249-262.
2. Megías E (dir). *Adolescentes ante el alcohol*. Barcelona: Fundación "la Caixa". 2007.
3. Calafat A. Estrategias preventivas del abuso del alcohol. *Adicciones*. 2002; 14 supl 1:S317-335.
4. Fernández B, Jorge V, Vejar E. Función protectora de las habilidades emocionales en la prevención del consumo de tabaco y alcohol: una propuesta de intervención. *Psicooncología*. 2009; 6 (1): 243-256.

5. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2012/2013, España [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [cited 2014 Abr 11]. Available from: [http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/PresentESTUDES2012\\_2013.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/PresentESTUDES2012_2013.pdf)
6. Altarriba FX, Bascones A. Libro blanco sobre la relación entre adolescencia y alcohol en España. Madrid: Fundación Alcohol y Sociedad; 2006.
7. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España EDADES 2011-2012. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2013.
8. Gil J. Consumo de alcohol entre estudiantes de enseñanzas secundarias. Factores de riesgo y factores de protección. Revista de Educación. 2008;(346):291-313.
9. García LM, Expósito J, Sanhueza C, Angulo M<sup>a</sup>T. Actividad prefrontal y alcoholismo de fin de semana en jóvenes. Adicciones. 2008;20(3):271-280.
10. Sanhueza C, García LM, Expósito J. Weekend alcoholism in youth and neurocognitive aging. Psicothema. 2011;23(2):209-14.
11. Taboada EM. Prevención escolar del abuso del alcohol en la educación secundaria obligatoria (ESO): Objetivos, líneas metodológicas y criterios de evaluación. Rev Psicol Gen Apl. 2000;53(2):401-412.
12. Becoña E. Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas; 1999. 309p.

## POSTER 97

## AUTORES/AUTHORS:

Ainara Zumarraga Insausti

## TÍTULO/TITLE:

HABITOS SALUDABLES DE LOS ALUMNOS DE TERCER CICLO DE PRIMARIA DE ORMAIZTEGI

**INTRODUCCIÓN:** Los niños además de constituir el 28% de la población total, son el futuro directo de nuestra sociedad. (1) Como los cambios que se están dando en la sociedad occidental promueven conductas de riesgo, con gran causalidad en la tasa de morbilidad y mortalidad, (2) los hábitos saludables se deben consolidar antes que los comportamientos no saludables. Para ello se debe comenzar por conocer las características y necesidades reales que definen a esa comunidad. Debido a que los beneficios de los buenos hábitos no se limitan a la infancia, sino que también influyen en la salud de la madurez, todos los gobiernos y sociedades deberían de apoyar y proteger los hábitos saludables de los niños. Gracias a las características que los definen, entender procesos de salud/enfermedad y estar capacitados para responder con criterio personal (3), los estudiantes de 3º ciclo de Educación Primaria, son especialmente receptivos en la interiorización de costumbres y corrección de actitudes de riesgo. Según la Ley, todos los niños deben cursar los estudios de las escuelas primarias y secundarias, siendo estas un factor transcendental en la cultura del pueblo. (2) Esta investigación se sitúa en un pueblo 1311 habitantes llamado Ormaiztegi, que se localiza en la comarca Goierri de Gipuzkoa. Consta de una única escuela de educación primaria, quien bajo titularidad pública imparte sus clases basándose en una enseñanza bilingüe. **OBJETIVO: GENERAL:** Identificar y analizar las características de los hábitos saludables de los alumnos de 3º ciclo de primaria de Ormaiztegi. **ESPECÍFICOS:** 1) Recoger posibles diferencias en estilos de vida en función del nivel académico y el sexo. 2) Reconocer en ellas necesidades de salud. **METODOLOGÍA:** Este estudio transversal tiene como grupo diana a los alumnos de 3º ciclo de Educación Primaria de la escuela San Andrés Herri Eskola (Ormaiztegi). Todo el alumnado cumple los criterios de inclusión y ninguno de exclusión, por lo que se consigue una muestra de 25 alumnos. Para recoger los datos de los hábitos de estos estudiantes, se basó en una adaptación de la encuesta validada "Encuesta sobre hábitos a niños de 10-11 años en 5º de Primaria. Contraste rural/urbano". La encuesta ajustada al nivel de comprensión de alumnos de 10-11 años de edad, explora bajo el punto de vista del mismo alumno, 6 hábitos que repercuten en su salud, como por ejemplo; alimentación, higiene personal, descanso y primer contacto con sustancias tóxicas. (4) El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el programa informático SPSS, llevando a cabo el análisis descriptivo y realizando la comparación entre las variables cualitativas de hábitos, sexo y nivel académico. **RESULTADOS:** Al describir las variables de la población diana, se vio que el 72% de los alumnos desayuna a diario productos lácteos acompañados de carbohidratos sólidos. Las familias que siguen las recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría de atención primaria a la hora del desayuno, suponen un 28% del colectivo analizado (5). Siguiendo con el hábito alimenticio se identifica que el 100% de los alumnos de la población estadística consume dulces cada fin de semana. Otro resultado ha resaltar, es el observado en los datos obtenidos de las preguntas que hacían referencia al primer contacto con sustancias nocivas. En ellas se veía que el 56% de los alumnos del grupo diana había tenido su primer contacto con el alcohol, y el 8% con el tabaco. A su vez se quieren recalcar los cambios que mantienen continuamente estos alumnos en los patrones de sueño, ya que se ha comprobado que en los días lectivos el 96% suele acostarse antes de las 11pm, pero si al día siguiente es festivo el 88% se acuesta más tarde. Al comparar estadísticamente hábitos según variables de nivel académico y sexo, se observan diferencias significativas en el momento del almuerzo, merienda y en las costumbres de visualización televisiva. **CONCLUSIÓN:** Las diferencias significativas percibidas, se deberán de tener en cuenta antes de proponer una actividad sanitaria, para que estas no influyan en la eficacia de los programas. En los hábitos analizados se clasifican costumbres saludables, hábitos a reforzar y necesidades de salud. En el último grupo encontramos primeramente los hábitos mejorables presentados por los alumnos a la hora de un desayuno saludable. Con esta investigación se propone trabajar mediante un programa de formación para alumnos y padres, la importancia del desayuno y alimentos que deben componer este para que sea saludable. Por otro lado como el alumnado en su totalidad consume dulces los fines de semana sin excepción, se propone enseñar las repercusiones de ello y ofrecer alternativas mediante juegos y actividades. Sobre el primer contacto con sustancias se advirtió que el alumnado mantenía un contacto demasiado precoz. Por ello, mediante un programa educacional creado por equipo multidisciplinar, se debería ayudar a interiorizar hábitos saludables en edades tempranas y ahondar en los conocimientos de los riesgos que tienen ellos de ese consumo. Concluyendo como se identificaron hábitos contraproducentes en la visualización televisiva, se propone inspirar en clase el uso adecuado de las nuevas tecnologías mediante talleres de razonamiento, y el ejercicio del cálculo mensual del propio uso individual de las tecnología



**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- (1) Salud Escolar. Ley 7/1982, de 30 de junio, de Salud Escolar. Boletín Oficial del Estado, nº100, (26-04-2012).
- (2) Salleras Sanmartí L. Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. 3ªed. Madrid: Díaz de Santos; 1985.
- (3) Noronha MI, Alves M. Salud y bienestar de los niños en edad escolar. Esc Anna Nery. 2011;15(2): 395-401
- (4) Rodríguez Torres MA, Salve Díaz-Miguel MJ, Arenas Fernández M, Angora Mazuecos F. Encuesta sobre hábitos a niños de 10-11 años en quinto de Primaria. Contraste rural/urbano. Documentación social. 2002; (127):299-316.
- (5) Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria [Homepage]. Madrid: AEPap; 2014.[acceso 20 de abril de 2014]. Familia y salud. Disponible en: <http://www.familiaysalud.es/>

**POSTER 99****AUTORES/AUTHORS:**

Irene Mancilla Falcon, Esther Gilart Cantizano, Inmaculada Cabrero Roman

**TÍTULO/TITLE:**

La risoterapia como herramienta complementaria en los cuidados

Numerosos estudios han demostrado que la risa y el humor ayudan a mejorar fisiológicamente nuestro organismo, para fomentarlos existe la risoterapia, entendida como aquella técnica de grupo que usa juegos y conductas alegres para cambiar la forma de percibir las situaciones de la vida, para saber verlas desde una perspectiva más alegre y optimista.

La risoterapia es efectiva porque las situaciones de la vida no nos afectan por lo que son, sino por lo que representan para nosotros y por como las percibimos.

Por todas estas ventajas los enfermeros/as deberíamos utilizar técnicas complementarias como la risoterapia en nuestro proceso de atención. El apoyo, comprensión y complicidad con los sanitarios hace que esto sea factible y no debemos olvidar que los profesionales de la salud están sometidos a estrés, a circunstancias psicológicas negativas, que hace que se precarice La enfermería es la encargada del cuidado de aquellas personas enfermas o con un problema de salud físico o mental. Los enfermeros/as estamos en primera línea y esto nos permite tener un vínculo estrecho con los pacientes que nos implica en mayor o menor medida emocionalmente. La enfermedad es la falta de salud por lo que el estado de bienestar esta mermado y junto con ello, el autoestima y el nivel anímico.

Estas situaciones afectan a los profesionales haciendo que se "contagien" de las circunstancias. en algunas ocasiones la atención por el conocido síndrome de burn-out.

El objetivo general ha sido la creación y realización de un taller de risoterapia dirigida principalmente a estudiantes de segundo grado de Enfermería de la Escuela Salus Infirmorum de Cádiz con el propósito de dotar al alumnado de las competencias necesarias para establecer relaciones positivas que conciencien la metodología de estudio, estudiando la relación existente entre la risoterapia y otras variables asociadas como la autoestima y el bienestar psicológico.

Objetivos específicos:

- Valorar la necesidad y la importancia de implantar la risoterapia a futuros profesionales de la salud para elevar su bienestar
- Verificar que la risoterapia aumenta el nivel de autoestima y bienestar psicológico.

**METODOLOGÍA**

Estudio experimental pre test post test de metodología cuantitativa.

Muestra: estuvo compuesta por un total 92 alumnos en edades comprendidas entre 19 y 30 años del segundo curso de grado de Enfermería de la escuela universitaria Salus infirmorum de Cádiz.

Instrumentos:

- Escala de autoestima de Rosenberg (1965)
- Escala de bienestar psicológico de Riff. Adaptación española de Díaz y Co. (2006)

Procedimiento: el estudio se llevó a cabo en periodo de prácticas y exámenes entre los meses mayo y junio 2013. El grupo experimental o grupo A estuvo constituido por 46 estudiantes a los que se les aplicó risoterapia y el grupo control o grupo B por 46 que no fueron sometidos al taller.

Se llevaron a cabo las siguientes fases:

1ª fase: realización del pre test con las escalas de autoestima y bienestar previo consentimiento informado de los alumnos que se someten al estudio.

2ª fase: elaboración del taller de risoterapia

3ª fase: realización del post test con las escalas de autoestima y bienestar.

4ª fase: comparación de datos pre y post test.

Análisis de datos: el procesamiento de los datos para la evaluación pre y posteriores fueron analizados cuantitativamente, realizando un análisis de comparación de proporciones utilizando la prueba Q de Cochran para la escala de autoestima que presenta 3 categorías y la prueba de McNemar para la escala de bienestar psicológico, que presenta 2 categorías. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 21.

## RESULTADOS

Con respecto a la comparación entre el pre test y post test de las escalas en el grupo experimental se obtuvo que en el pre test había un mayor porcentaje de alumnos con autoestima media y baja (80.4%) y en el post test aumentó el porcentaje de individuos con autoestima elevada (43%,  $p=0.0.26$ ). En la escala de bienestar psicológico de Riff, también aumentó el porcentaje en el post test de alumnos con bienestar alto (78%) en comparación con el pre test (42%,  $p<0.001$ ). Sin embargo, en el grupo control no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las escalas entre el pre test y post test, en ambos momentos la mayoría de los alumnos tenían una autoestima media (aproximadamente un 50%,  $p=0.5735$ ), según la escala de Rosengerg y aunque aumentó el porcentaje de alumnos con un alto bienestar en el post test (47.8% vs.56.5%,  $p=0.5312$ ), no eran diferencias significativas.

## DISCUSIÓN

Concluimos que entre la risoterapia y las variables de autoestima y bienestar psicológico existe una relación positiva y directamente proporcional haciendo que se cumpla nuestro objetivo principal.

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

(1) Daza de Caballero, R., Torres Pique, A. M., & Prieto de Romano, G. I. Análisis

crítico del cuidado de enfermería: interacción, participación y afecto. Index de

Enfermería 2005; 14(48-49):18-22.

(2) Rabelais, F. The histories of gargantuan and Pantagruel. 1955; Harmondsworth:

Penguin;

(3) Paddington, R. Psicología de la Risa. 1962; Argentina: Editorial La Pleyade.

(4) Fry, W. Mirth and the Human Cardiovascular System. En Mindess and Turek (Eds.),

The Study of Humor. 1979; New York: Antioch Univ. Press.

(5) Lefcourt, H. Humor and immune system functioning. International Journal of

Humor Research 1990; 3:3.

(6) Salameh, W. A. Humor in integrative short-term psychotherapy (ISTP). En W. F. Fry, Jr. & W. A. Salameh (Eds.), Handbook of humor and psychotherapy: Advances in the clinical use of humor. 1987; Sarasota, FL: Professional Resource Exchange. pp. 195-240.

(7) Hodgkin. Laughter as Therapy for Patient and Caregiver. Pulmonary Rehabilitation. 1993; Philadelphia: Lippincott.

(8) Adams, P. House Calls: How we can all heal the world one visit at a time. 1998; United States: Robert D. Reed Publishers.

**POSTER 102****AUTORES/AUTHORS:**

Rosa M<sup>a</sup> Álvarez Díez , María González Gallego , Camino Álvarez León , Ana M<sup>a</sup> Taladriz Pérez , Yolanda Gutiérrez González , M<sup>a</sup> José Ramos Carbajo , Susana Mirás Carballal , Laura Feito Prieto

**TÍTULO/TITLE:**

POTENCIAR EL AUTOCAUIDADO Y LAS HABILIDADES SOCIALES EN ATENCIÓN PRIMARIA A TRAVÉS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPAL

**OBJETIVO****General**

Mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de las personas que acuden a los talleres de Educación para la Salud grupal "Cuidando al cuidador y "Envejecimiento activo, mente activa" incrementando su capacitación en el cuidado y favoreciendo la autoayuda con dinámicas de grupo.

**Específicos**

- Concienciar sobre la importancia de la salud personal
- Potenciar habilidades personales y sociales que beneficien la salud
- Aprender a rechazar hábitos perjudiciales para su salud
- Aprender técnicas para el manejo del estrés
- Mejorar su rendimiento cognitivo y sensorial
- Potenciar el contacto social

**METODO**

Ámbito: atención primaria

Estudio: observacional descriptivo

Sujetos a estudio: personas que acuden a los talleres de EpS grupal "Cuidando al cuidador" (39 personas) y "Envejecimiento activo, mente activa" (26 personas) durante los años 2013/ 2014.

La captación se realiza mediante carteles informativos en las salas de espera del Centro de Salud y en las consultas de enfermería.

La metodología es:

- Participativa y dinámica: Estimulando la expresión de dudas, preguntas o comentarios durante el desarrollo de las sesiones
- Inductiva: Aprendizaje basando en la propia experiencia de los cuidadores
- Activa :Aprender haciendo

Variables/dimensiones estudiadas: opinión sobre modificación de hábitos (bueno/regular/malo), organización y beneficios del curso (nada/bastante/mucho), satisfacción sobre los temas tratados y satisfacción personal

Talleres impartidos en el Centro de Salud por enfermeras de Atención Primaria, Trabajadora Social y EIR DE FyC. El programa se estructuró en 7 sesiones de 90 minutos de duración con una periodicidad semanal.

Las sesiones del taller "Cuidando al Cuidador "son:

- Que se entiende por cuidador
- Cuidar mejor
- Cuidar la propia salud
- Comunicación asertiva
- Aprender a sentirse mejor
- Apoyo Institucional
- Duelo

Las sesiones del taller "Envejecimiento activo, mente Activa" son:

- Que se entiende por envejecimiento activo - mente activa
- Relaciones sociales. Autocuidado
- Talleres
- Alimentación Saludable
- Ejercicio Físico

- Talleres y Primeros Auxilios básicos
- La importancia de las rutinas y despedida

Al finalizar el taller se entrega diploma acreditativo y un libro resumen del mismo incluyendo fotos de los momentos más significativos de los talleres.

Instrumentos de recogida de datos:

- Hoja del observador
- Encuesta de opinión en la última sesión (13 preguntas cerradas y 4 abiertas)
- Entrevista telefónica, se realiza entre los tres meses a un año de la finalización del curso. Consta de cinco preguntas cerradas y una abierta, El objetivo es valorar el grado de implementación de los conocimientos y habilidades adquiridos

Análisis de los datos. Estadística descriptiva: frecuencias absolutas y relativas. Microsoft Excel 2007

## RESULTADOS

### 1.-Hoja del observador:

Los observadores son los alumnos de 3º curso de grado en enfermería que están realizando su formación en el Centro de Salud.

Evalúan por consenso los resultados cualitativamente y consideran los talleres:

- Participativos
- Importante la implicación y la influencia del grupo
- La dinámica grupal hace que afloren los sentimientos desde el inicio de los talleres.

### 2.- Encuesta de opinión:

De las 65 personas que acudieron a los talleres, realizan la encuesta 48.

El 100% de los encuestados hacen una valoración del curso buena.

Consideran que ha aumentado sus conocimientos sobre la salud: bastante 61.05% y mucho el 38.95%.

Respecto a si lo aprendido ayudará a mejorar hábitos: bastante 45.5% mucho 54.5%.

El 100% de los participantes aconsejan realizar los talleres

En las preguntas abiertas exteriorizan sus sentimientos: "Importante comunicarme con otras personas y compartir experiencias" "El dolor compartido es más llevadero" "Todos compartimos las mismas dificultades: no estoy sólo en esto" "El taller se hace muy corto" y manifiestan gratificación "muchas gracias a las enfermeras por enseñarnos tanto".

### 3.- Entrevista telefónica:

Al 100% de los cuidadores entrevistados les ayudó a modificar hábitos en el cuidado y sentirse más seguros como cuidadores.

Al 100 % de los asistentes al taller de envejecimiento activo les ayudó a valorar la importancia de relacionarse y el 63% refiere haber modificado hábitos.

A la pregunta "¿resume el curso en una palabra o frase?: Aumento autoestima, Sentirse a gusto en el grupo, ¿Cuándo hay otro taller?, "El libro lo tengo como oro en paño", compañerismo, relacionarse, compartir, comunicación...

## DISCUSIÓN/ IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Los participantes que creen en la importancia de cuidar de sí mismos, se proponen realizar cambios en sus vidas.

Pasado un tiempo de realizado el taller la mayoría de los asistentes consideran que les ayudo a modificar hábitos, sentirse más seguros y a valorar más la importancia de la relaciones personales y la comunicación.

Demandan recibir más formación y recuerdan el taller como una buena experiencia de vida.

La mejora en la calidad de atención a la población de nuestro Area de Salud a través de la Eps grupal se traduce en mejores resultados de autocuidado y habilidades sociales.

### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- 1.-Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud. Cartera de servicios de Atención Primaria. Valladolid, 2011
  
- 2.-IMSERSO. Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. Madrid: IMSERSO 2005. Disponible en:  
<http://www.segsocial.es/imserso/documentacion/cuidadosppmmhogares.pdf>
  
- 3.-López J. Crespo M Intervención con cuidadores. Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 54. Lecciones de Gerontología, IV. Madrid, IMSERSO 2006. Disponible En:  
<http://www.imserosmayores.csic.es/documentos/documentos/lopezintervencion01>
  
- 4.- Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hablando de cuidadores...Cuidarnos para Cuidar Mejor. Enero 2007
  
- 5.-Institut de l'envelliment de la Universitat Autònoma de Barcelona. FIC-UAB. Relaciones Sociales y envejecimiento saludable. 1ª edición Barcelona junio 2011.
  
- 6.- Ministerio de Sanidad, Política Social e igualdad (IMSERSO). Envejecimiento Activo. Libro Blanco. Madrid noviembre 2011
  
- 7.- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Guía de ejercicio físico para mayores "Tu salud en marcha". Madrid 2012
  
- 8.- Obra Social Fundación "La Caixa". Vive el envejecimiento activo. Memoria y otros retos cotidianos. Barcelona 2010
  
- 9.- Centro de prevención de deterioro cognitivo. Cuadernos de ejercicios de estimulación cognitiva. Madrid 2008.  
<http://www.esteve.com>
  
- 10.- Escuela Andaluza de Salud Pública. Junta de Andalucía. Cuidar y cuidarse. Guía para personas cuidadoras.  
<http://www.escueladepacientes.es>

**POSTER 103****AUTORES/AUTHORS:**

M<sup>a</sup> Angeles Sola Gainza, Carmen Silvestre Busto, Juana M<sup>a</sup> Alava, Judit Orive Ruiz, Nerea Gutierrez Bartolomé, Amaya Garcia Arechavala, M<sup>a</sup> Jose Lopetegui Insausti, Marta Perez Gomez, Raquel Roca Castro

**TÍTULO/TITLE:**

Satisfacción de los participantes con una intervención educativa para prevenir la diabetes T2 en OSAKIDETZA- A. Primaria

**OBJETIVO:** Conocer la satisfacción de los participantes con una intervención educativa para prevenir la diabetes tipo 2. Esta intervención está basada en el programa DEPLAN, que tiene demostrada su eficacia y, se realiza en el contexto de un ensayo clínico aleatorizado para evaluar su efectividad y la factibilidad de su traslación a la práctica diaria de enfermería de Atención Primaria del País Vasco.

**MÉTODOS:** Encuestas de satisfacción a participantes de riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, identificados mediante la escala FINDRISC. La encuesta se realiza en dos fases, una después de realizar los talleres educativos grupales (intervención intensiva) y otra tras el taller de refuerzo de la Revisión anual, después de un año de seguimiento de sus objetivos que fue realizado mensualmente por teléfono (intervención continuada).

Los cuestionarios se diseñaron ad hoc, en escala tipo likert, con preguntas dirigidas a recoger la información relevante de cada fase y categorías de respuesta de 1-5 de menor a mayor grado de acuerdo. En ambos cuestionarios había preguntas abiertas para añadir comentarios al final. Se ha realizado un análisis descriptivo de las respuestas. De los datos de respuesta se presenta la media de cada ítem. La intervención se realizó entre 2011 y 2013.

**RESULTADOS:** Fueron intervenidos 491 personas. En la Fase I respondieron la encuesta 194 (39,5%) de los participantes (se identificaron: 80 mujeres y 41 varones), con edad media de 57 años. En la Fase II, 251 (51,1%) (se identificaron: 67 mujeres y 48 varones), con edad media 56,8 años.

De la Intervención intensiva: Lugar y horario adecuados:4,7; Los educadores transmiten los conocimientos de forma fácil de entender: 4,9; Conozco mejor cómo evitar la enfermedad:4,8; Controlaré más fácilmente mi dieta:4,6; Controlaré más fácilmente mi ejercicio:4,6; Me ayudarán a cumplir los objetivos:4,6; Los materiales recibidos son útiles:4,7; Los materiales recibidos son suficientes:4,6; En general estoy satisfecho con los talleres: 4,9.

De la intervención continuada: He reducido mi peso como esperaba:3,1; Estoy satisfecho con la mejora analítica:3,9; El programa facilita hacer una dieta saludable:4,2; El programa estimula a hacer ejercicio:4,1; El apoyo del C.S.me ayuda a mejorar mis hábitos:4,3; El apoyo a distancia me ayuda en el progreso:3,8; En general estoy satisfecho con el programa: 4,5; Estoy satisfecho de mis progresos para no fumar:3,4

**DISCUSIÓN:** La valoración de los talleres educativos es muy alta, aunque hay que tener en cuenta el sesgo de no respuesta. Valoran todas las preguntas por encima del 4,5 sobre 5 y tienen menor confianza en su capacidad para cumplir objetivos referidos a cambiar sus hábitos de nutrición y de actividad física. Tras la 1<sup>a</sup> revisión de seguimiento anual, mantienen la alta valoración del programa, del apoyo recibido en su centro de salud y de la facilidad para una dieta saludable, aunque ningún ítem alcanza la puntuación de 4,5. Sus expectativas sobre la reducción de peso no se han visto cumplidas.

**Implicaciones para la práctica:** Las personas a riesgo de diabetes valoran muy bien este tipo de conocimiento y este formato de relación con sus enfermeras. La valoración de los materiales apunta a su interés por el autocontrol.

**Necesitan ajustes:** el formato de seguimiento telefónico (aunque es apreciado en los comentarios), impartir talleres en euskera (también de los comentarios) y el abordaje de la reducción de peso y abandono del hábito tabáquico.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

Sanchez A, Silvestre C, Sauto R, Martínez C, Grandes G and on behalf of the PreDE research group. Feasibility and effectiveness of the implementation of a primary prevention programme for type 2 diabetes in routine primary care practice: a phase IV cluster randomised clinical trial. BMC Family Practice 2012, 13:109. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/13/109>



**POSTER 105****AUTORES/AUTHORS:**

Inmaculada Arrabal Gonzalez, Olga Pascual Cortes

**TÍTULO/TITLE:**

Importancia del enfoque proactivo en Atención Primaria frente a la Vulnerabilidad de la población mayor 75 años

La necesidad de cuidados crece de forma constante en una población cada vez más envejecida (entre el 2012 y 2020, habrá por encima de doscientas mil personas mayores de 65 años), y un perfil de morbilidad más complejo (entre el año 2012 y 2020 se duplicará el número de personas que sufran al menos una enfermedad crónica), según el Plan de Salud de Cataluña 2011-2015. Para dar respuesta a las nuevas necesidades ha de plantearse el abordaje proactivo y preventivo de la población de edad avanzada desde la atención primaria.

La valoración de fragilidad de la población <75 años puede orientar la necesidad de cuidados.

Habiendo realizado en nuestro equipo cambios organizativos para detectar y dar respuesta eficiente a estas necesidades se plantea en este estudio evaluar la situación.

**OBJETIVOS.**

- Describir la situación de fragilidad de la población mayor de 75 años atendida en un equipo de atención primaria.
- Analizar la evolución de la detección de fragilidad en el período 2012-2014.

**METODOLOGIA.**

Estudio Transversal retrospectivo descriptivo observacional.

Población >75 años atendidos en un equipo de atención primaria, un total de 1175 pacientes.

Población institucionalizadas en residencias geriátricas quedan excluidos.

El periodo del estudio entre 2012-2014.

Los datos obtenidos son la historia clínica (ECAP). De la historia informatizada recogen datos, diagnósticos según CIM 10 de viejo frágil, definido como individuo 75 años con uno de los cuatro test básicos, incluidos en la Valoración Geriátrica Integral, alterados:

- Barthel: Valoración de las actividades básicas de la vida diaria alterado si <55.
- Lawton: Valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria alterado si <5 en mujeres y < 3 hombres.
- Pfeiffer: Test Cognitivo de Pfeiffer para la valoración mental alterado si <5 errores.
- TIRS: Indicador de riesgo social alterado si >=2.

Variables sociodemográficas: edad y sexo.

Fecha y resultado de los test de Lawton, Barthel, Pfeiffer y TIRS.

**RESULTADOS.**

En 2012 la realización de test y por tanto la clasificación de la población atendida >75 años como frágil era muy escaso. El planteamiento proactivo del equipo incrementa la realización de Valoraciones Geriátricas Integrales y la detección de fragilidad en 2013 y 2014.

Según los resultados se observa inicialmente una alteración de las actividades básicas de la diaria y posteriormente de las instrumentales y cognitivas-mentales.

En octubre 2012, tenemos detección de 21 usuarios con diagnóstico fragilidad con un porcentaje de escalas realizadas de un 17,3%.

En el periodo de 2013 ,tenemos detección de 213 usuarios con un 76,74%.

Y en el año 2014 , la detección es de 202 usuarios diagnosticados de fragilidad con un 43,72 %.

Con una población de 1175 usuarios, se han podido analizar 436 usuarios que equivale al 37,11% de la población en este periodo de estudio.

**CONCLUSIONES.**

El conocimiento de fragilidad de la población atendida > 75 años permite prevenir situaciones de vulnerabilidad, potenciar el autocuidado y la atención específica del entorno familiar, social y sanitario.

Con una población > 75 años que crece constantemente hemos observado que se deberían aumentar los recursos para poder llegar

a cubrir estas necesidades y en la medida de lo posible anticiparnos a la vulnerabilidad de la población. Y sobretodo en tener en cuenta que lo primero que se alteran son las actividades de la vida diaria.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- Plan de Salud de Cataluña 2011-2015.

**POSTER 109****AUTORES/AUTHORS:**

Raquel Ruiz-Íñiguez, Nuria Navarro Siguero, Alicia Seco Martínez, Noelia Bravo Sobrino, Ana Carralero Montero, Fernando Peña Ibáñez

**TÍTULO/TITLE:**

Intervención enfermera sobre la calidad de vida en personas con cuidados paliativos domiciliarios: revisión sistemática.

**Objetivo:**

Evaluar la efectividad de la intervención enfermera en la calidad de vida de las personas con cuidados paliativos domiciliarios. Este estudio pivota sobre tres ejes: 1) cuidados paliativos; 2) calidad de vida y 3) atención domiciliaria.

**Método:**

Se realizó una revisión sistemática siguiendo algunas de las recomendaciones de la declaración PRISMA en las bases de datos: PUBMED, CUIDEN, CUIDATGE, JBI, CINAHL, ENFISPO, PSYCINFO, EMBASE, LILACS, COCHRANE, TESEO y OPENGREY, durante los meses de octubre a diciembre de 2013.

Se seleccionaron los estudios en inglés, castellano, portugués, francés e italiano. El procedimiento debía incluir un cuestionario específico de medida de la calidad de vida.

La categorización de las variables se realizó por consenso entre todos los autores mediante una sesión de discusión. Para el control del sesgo en los estudios individuales, se usaron las fichas de lectura crítica (FLC 2.0) desarrollado por Osteba y se determinó el grado de recomendación.

**Resultados:**

Las intervenciones realizadas en los estudios estaban habitualmente orientadas hacia el control de síntomas de la enfermedad en todas las esferas del individuo: fisiológica, psicoemocional, relacional, etc.

-Intervención paliativa especializada vs intervención habitual: resultados en calidad de vida del paciente.

En el estudio de Duggleby WD et al. (1), se acompañó al paciente en la visualización de un vídeo y se propuso la realización de una actividad a elegir con el objetivo de mejorar el afrontamiento y aumentar la esperanza. La intervención de Meyers FJ et al. (9), se orientó a asesorar sobre el tratamiento quimioterápico y control de síntomas.

-Intervención a domicilio vs intervención en pacientes ingresados en una unidad de cuidados paliativos: resultados en calidad de vida.

Leppert W et al. (3), evaluaron a dos grupos de 25 pacientes con cáncer de pulmón a los 14 y a los 28 días de recibir cuidados paliativos en una unidad hospitalaria o en su propio domicilio. Peters L et al.(10), evaluaron dos grupos de pacientes oncológicos ingresados en unidades de cuidados paliativos o cuidados en su domicilio. Miyashita M et al. (11), midieron la calidad de vida global en pacientes oncológicos paliativos atendidos a domicilio y pacientes que asistían a un hospital de día de cuidados paliativos, y compararon estos resultados con un "estándar nacional" de calidad de vida de la población general.

-Calidad de vida antes/después de la intervención paliativa a domicilio.

En el estudio de Groh G et al. (7), los resultados mostraron una mejoría estadísticamente significativa de la calidad de vida, así como de otras variables como calidad de vida de los cuidadores principales, mejor control de síntomas y disminución de la carga percibida de enfermedad. Los resultados del estudio de Melin-Johansson C et al.(8), mostraron de nuevo una mejoría significativa de los resultados de calidad de vida global, así como en variables asociadas, como estado de salud físico, mental y satisfacción con el cuidado recibido. En el estudio de Fernandes R et al.(6), los resultados muestran en general una mejora de ítems de calidad de vida, excepto en el apartado de relaciones interpersonales. Este estudio aporta también una reducción significativa de las visitas a urgencias, así como un aumento sustancial del uso del documento de voluntades anticipadas

**Discusión:**

El número de estudios encontrados en esta revisión, sí como la calidad metodológica de los mismos, fueron limitados. Es por ello que los resultados encontrados deben manejarse con prudencia.

Los resultados parece que tienden a señalar una mejora en la calidad de vida de los pacientes que reciben cuidados paliativos a domicilio. Sin embargo, dado el número limitado de trabajos de calidad, es necesario tomar estos datos con cautela. Son necesarias mayores investigaciones con diseños de calidad que aporten evidencia sobre las intervenciones enfermeras en el cuidado de las personas que reciben cuidados paliativos a domicilio.

Una razón importante de la limitación en el número de los estudios es la escasa literatura en la que específicamente se hable de

intervenciones enfermeras. En todos los estudios de esta revisión la intervención de la enfermera se ubica dentro de un equipo multidisciplinar, por lo que resulta difícil valorar la efectividad de las intervenciones enfermeras en los pacientes que reciben cuidados paliativos domiciliarios.

Sin duda este es un punto de reflexión, sobre la pertinencia y los diseños necesarios al evaluar específicamente la actuación enfermera en el cuidado y la calidad de vida de los pacientes.

Otro punto de reflexión podría ser la variabilidad de las intervenciones en relación a la patología del paciente, ya que la mayoría de los estudios seleccionados estaban dirigidos a personas con enfermedades oncológicas, que quizá no representan la globalidad de las personas que se encuentran en la fase final de un proceso crónico y/o degenerativo.

De acuerdo con la quinta línea estratégica que presenta la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud, es necesario fomentar la línea de investigación en cuidados paliativos y tal vez plantearse la formación de una red temática de investigación cooperativa en cuidados paliativos.

#### BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- \* 1. Duggleby WD, Williams A, Popkin D, Holtslander L. Living with hope: initial evaluation of a psychosocial hope intervention for older palliative home care patients. *J Pain Symptom Manage.* 2007;33(3):247-257.
- 2. Singh DP. Quality of life in cancer patients receiving palliative care. *Indian J Palliat Care.* 2010;16(1):36-43.
- \* 3. Leppert W, Turska A, Majkiewicz M, Dziegielewska S, Pankiewicz P, Mess E. Quality of life in patients with advanced lung cancer treated at home and at a palliative care unit. *Am J Hosp Palliat Care.* 2012;29(5):379-387.
- 4. Organización Mundial de la Salud. Control del cáncer. Aplicación de los conocimientos [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007 [acceso 9 julio 2014]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44025/1/9789243547343\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44025/1/9789243547343_spa.pdf?ua=1).
- 5. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos [internet]. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 1993 [acceso 25 julio 2014]. Disponible en: <http://www.secpal.com/guiacp/index.php>
- \*6. Fernandes R, Braun KL, Ozawa J, Compton M, Guzman C, Somogyi-Zalud E. Home-based palliative care services for underserved populations. *J Palliat Med.* 2010;13(4):413-9.
- \* 7. Groh G, Vyhnalek B, Feddersen B, Führer M, Borasio GD. Effectiveness of a specialized outpatient palliative care service as experienced by patients and caregivers. *J Palliat Med.* 2013;16(8):848-56.
- \* 8. Melin-Johansson C, Axelsson B, Gaston-Johansson F, Danielson E. Significant improvement in quality of life of patients with incurable cancer after designation to a palliative homecare team. *Eur J Cancer Care.* 2010;19(2):243–250.
- \* 9. Meyers FJ, Linder J, Beckett L, Christensen S, Blais J, Gandara DR. Simultaneous care: a model approach to the perceived conflict between investigational therapy and palliative care. *J Pain Symptom Manage.* 2004;28(6):548-56.
- \* 10. Peters L, Sellick K. Quality of life of cancer patients receiving inpatient and home-based palliative care. *J Adv Nurs.* 2006;53(5):524-33.
- \* 11. Miyashita M, Misawa T, Abe M, Nakayama Y, Abe K, Kawa M. Quality of life, day hospice needs, and satisfaction of community-dwelling patients with advanced cancer and their caregivers in Japan. *J Palliat Med.* 2008;11(9):1203-1207.

## POSTER 111

## AUTORES/AUTHORS:

Juliana Silva

## TÍTULO/TITLE:

MARCACIÓN DEL ESTOMA ABDOMINAL EN PERSONAS CON CÁNCER: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Se trata de una revisión sistemática de lo trabajado de conclusión lato sensu de lo programa de posgrado de enfermería en estomaterapia. Las neoplasias malignas, en términos mundiales, son responsables de aproximadamente el 13% de todas las causas de la muerte, que corresponde a más de 7 millones de personas (Brasil, 2011).

En Brasil es también causa importante de morbilidad y mortalidad, siendo la segunda causa más común de muerte en la población, representaron casi el 17% de las muertes de causa conocida, en segundo lugar solamente a las enfermedades cardiovasculares (Brasil, 2009).

Colon y cáncer rectal es el tercero más común en el mundo en ambos sexos y la segunda en los países desarrollados (Brasil, 2009). La cirugía es la modalidad del tratamiento primario y grado de resección, así como la necesidad de otras terapias como la quimioterapia y la radioterapia dependen de la etapa y la localización de la enfermedad (Brasil, 2008). Una de las posibilidades con la ejecución del procedimiento quirúrgico es la fabricación de estoma intestinal temporal o permanente, es para la protección de la anastomosis, ya sea para el desvío del tránsito intestinal, contribuye a la cura o la supervivencia del paciente. Estoma, ostoma, ostomía o son palabras de origen griego significa boca o apertura, externalización de alguna víscera hueca a través del cuerpo (ZAMPIERI; JATOBÁ, 1997).

Las ostomías intestinales, según el segmento exteriorizado puede ser jejunostomias, ileostomias y colostomias, estar preparado para el tratamiento de diversas enfermedades, incluyendo cáncer colorrectal, enfermedad diverticular, enfermedad inflamatoria intestinal, incontinencia anal, colitis isquémica, poliposis adenomatosa familiar, trauma abdominal, megacolon, infecciones severas perineales, Actinic y Proctitis enfermedad de Crohn (AGU, 2000). Se definieron como objetivos del estudio: realizar levantamiento de la producción de artículos científicos relacionados con el objeto de estudio; demostrar las particularidades relacionadas con el paciente con cáncer intestinal; discutir las medidas concretas adoptadas por la enfermera con posgrado en estomaterapia (ET) en la demarcación de ostomía intestinal en pacientes con cáncer. Se realizó una búsqueda sobre las publicaciones científicas en lo periódico CAPES que incluye SCIELO, LILCAS, BIREME y MEDLINE.

Durante el estudio, se encontraron un total de 292 artículos en portugués, español e Inglés entre los años 1998 y 2013. Sin embargo, sólo 4 artículos tratan el tema propuesto. Como carácter de inclusión se utilizaron artículos que abordan el tema propuesto como la demarcación de estoma abdominal y directrices perioperatorias. Y como carácter de exclusión, los artículos que se centraron en las complicaciones post-quirúrgicas. A través de estos documentos, fue realizada una lectura analítica para organizar la discusión dividida en 2 temas: marcación de la enfermera con posgrado en estomaterapia y las peculiaridades de la demarcación en pacientes con cáncer intestinal. Esta investigación demostró que no hay publicaciones recientes que incluyen las peculiaridades de los pacientes de cáncer intestinal con respecto a la demarcación del estoma, de ahí la necesidad del uso de artículos relacionados con el tema de la oncología para enriquecer la discusión.

Se concluye que el reconocimiento de la demarcación hecha por la enfermera con posgrado en estomaterapia (ET) es aún poco conocido en el campo de la salud y que es necesario promover la investigación en esta área para esta actividad sea cada vez más reconocida, apuntando así una atención específica y única para los pacientes con cáncer sometidos a hacer un estoma.

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

## BIBLIOGRAFIA

1 Araujo Sergio Eduardo Alonso, Habr-Gama Angelita, Teixeira Magaly Gênio, Caravatto Pedro Paulo de Paris, Kiss Desidério Roberto, Gama-Rodrigues Joaquim. Uso de prótese biológica no tratamento cirúrgico de hérnias paracolostômicas. Clinics [serial on the Internet]. 2005 .Aug [cited 2014 May 27]; 60(4): 271-276. Available from: <http://www.scielo>

2 Barros Araújo Luz MH, Sousa Andrade Dd, Oliveira Amaral Hd, Gonçalves Bezerra SM, Avelino Vasconcelos Benício CD, Almoedes Leal AC. Caracterização dos pacientes submetidos a estomas intestinais em um hospital público de Teresina-PI. Texto &

Contexto Enfermagem 200918140-146. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo> Data de consulta: 26 [mayo 2014].

3 Maruyama Sônia Ayako Tao, Zago Márcia Maria Fontão. O processo de adoecer do portador de colostomia por câncer. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 2005 Abr [citado 2014 Maio 27]; 13( 2 ): 216-222. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>

## POSTER 113

**AUTORES/AUTHORS:**

ESTHER PÉREZ PANZANO, NIEVES LÓPEZ IBORT, ANA MARÍA GASCÓN CATALÁN, ANTONIO GÜEMES SÁNCHEZ, RAMÓN SOUSA DOMÍNGUEZ, PATRICIA CARRERA LASFUENTES

**TÍTULO/TITLE:**

PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y GRADO DE SATISFACCIÓN EN PACIENTES CON MACROMASTIA TRAS LA REDUCCIÓN MAMARIA

**Objetivo**

La macromastia, se define como un desarrollo excesivo, difuso y en algunos casos discapacitante de una o ambas mamas sin ningún tipo de proceso patológico o enfermedad de base. La macromastia sintomática, es un complejo sintomático, diferente en cada mujer, precipitado por la hipertrofia mamaria y resuelto, en la mayoría de los casos, por una mamoplastia de reducción<sup>1</sup>.

Los síntomas asociados son: dolor crónico en varias partes del organismo, fatiga, dificultad para realizar actividades de la vida diaria, sensación de hormigueo en las manos, intertrigo en el pliegue submamario, surcos cutáneos, cefalea etc.

La imagen corporal es el modo en que la persona percibe, siente, imagina y actúa respecto a su cuerpo<sup>2</sup>. Está asociada al deseo de gustar, de ser aceptado y de ser lo más parecido al grupo del que quiere formar parte. El nivel de insatisfacción corporal es superior en las mujeres<sup>3</sup>.

La hipertrofia mamaria provoca gran repercusión negativa de la autoimagen corporal, asociándose a una baja autoestima, a un sentimiento de inseguridad, de depresión y ansiedad.

La imagen corporal se ve afectada por la posibilidad o no, de llevar la ropa con la que nos sentimos a gusto y esta situación es a menudo olvidada y banalizada.

Como el concepto de imagen corporal no es invariable ni estático, el objetivo de este estudio es valorar la imagen corporal previa y posterior a la reducción mamaria, y por otro lado valorar a corto y a largo plazo, el grado de satisfacción de las pacientes intervenidas de mamoplastia de reducción.

**Métodos**

Estudio descriptivo, observacional longitudinal y prospectivo de 121 pacientes que fueron intervenidas de mamoplastia de reducción en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza, se ha realizado entre Noviembre de 2009 y Abril 2013.

Criterios de inclusión: Pacientes con macromastia que presentaran al menos dos de los siguientes requisitos: Informe de traumatología y/o reumatología. Informe de psicopatológica. Signos y síntomas físicos objetivables, valorada por el cirujano de mama.

Alteraciones en la conducta objetivables.

Criterios de exclusión: Edad menor de 18 años. Tumores o radioterapia previa en mama. Incapacidad de comprender la intervención o con expectativas irreales de la misma. Antecedentes psiquiátricos. Sin hipertrofia mamaria objetivable.

Se recogieron datos sociodemográficos, y se realizó una entrevista personal con dichas pacientes en tres tiempos (el día que ingresaban antes de la intervención quirúrgica, al mes y al año de la misma) en la que se administró la subescala de insatisfacción corporal (IC) del test EDI-2. Esta subescala consta de 9 ítems con 6 posibles opciones de respuesta. Puntuaciones más altas indican mayor insatisfacción corporal.

Además se les preguntó: ¿Le gusta la forma de sus pechos? ¿Cree que sus pechos son demasiado grandes?. Tras la intervención, se añadieron: ¿Está satisfecha con el resultado obtenido?. ¿Se volvería a operar?. ¿Recomendaría a otras personas que lo hicieran? y ¿Ha notado mejoría en el vestir?.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa SPSS (v 15.0).

**Resultados:**

Tasa de respuesta: al mes 100% y al año 98,34%. Edad media: 40,71 años (DE: 12,02). Media de tejido extirpado: 1.785,45 gr (DE: 876,17). Nivel de estudios: 34,7% bachiller y 17,4% estudios universitarios

Los resultados del test EDI-2 (IC) muestran en el preoperatorio una puntuación media de 9,56, al mes de 7,58 y al año de 6,72, obteniéndose una mejoría en la percepción de la imagen corporal ( $p < 0,001$ ).

Al mes un 99,2% están satisfechas con el resultado obtenido y al año un 96,6%. Sobre si recomendaría a otras personas que lo hicieran, un 97,5% lo haría al mes y al año un 96,6%. Un 92,6% se volvería a operar al mes y al año un 95,8%.

Antes sólo les gustaba la forma de sus pechos al 12,4%, al mes a un 94,2% y un 92,4% al año. El 99,2% cree que sus pechos son

demasiado grandes antes de la intervención, al mes un 0.8% y al año el 2.5%. Respecto al vestido, el 64,4% notaron gran mejoría tras la intervención.

#### Discusión

La persona busca en la reducción mamaria además de solucionar la sintomatología, encontrar un beneficio con respecto a su imagen. Los resultados demuestran que la reducción mamaria mejora la percepción de la imagen corporal de forma significativa al mes, resultados que se mejoran al año. En nuestro estudio al año de la intervención la satisfacción corporal es la misma en todos los grupos de edad. En estudios de población general la insatisfacción corporal es mayor en las mujeres de menor edad<sup>4</sup>.

El grado de satisfacción fue muy alto y la mayoría de las pacientes recomendarían la intervención, resultados similares a los obtenidos en otros estudios realizados en pacientes con el mismo tipo de intervención<sup>5-8</sup>.

La satisfacción de la paciente con la apariencia de sus mamas es sin duda el tema clave y es un factor relevante en la determinación del éxito de la cirugía de mama<sup>9</sup>.

Una mejor apariencia corporal otorga a las mujeres una mayor confianza en sí mismas, que mejora la función social y las relaciones con otras personas y por lo tanto la calidad de vida.

La medición de resultados informados por las pacientes en cirugía es importante para la orientación de la investigación y la atención clínica.

#### **BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Güemes A, Sousa R, Salinas J, Torcal J, Burdío F. Mamoplastia de reducción. Indicaciones y consideraciones técnicas. *Cir Esp*. 2000; 68(1):30-34.
2. Rosen, J.C. The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive behavior theraphic. *Cogn Behav Pract*.1995; (2): 143-166.
3. Raich R.M. Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Av.psicol.latinoam*. 2004; 22: 15-27.
4. Esnaola I, Rodríguez A, Goñi A. Body dissatisfaction and perceived sociocultural pressures: gender and age differences. *Salud Mental* 2010; 33:21-29.
5. Menderes A, Mola F, Vayvada H, Barutcu A. Evaluation of results from reduction mammoplasty: relief of symptoms and patient satisfaction. *Aesthetic Plast Surg*. 2005; 29(2):83-7.
6. Gonzalez MA, Glickman LT, Aladegbami B, Simpson RL. Quality of life after breast reduction surgery: a 10-year retrospective analysis using the Breast Q questionnaire: does breast size matter? *Ann Plast Surg*. 2012; 69(4):361-3.
7. Hermans BJ, Boeckx WD, De Lorenzi F, van der Hulst RR. Quality of life after breast reduction. *Ann Plast Surg*. 2005; 55(3):227-31.
8. DeFazio MV, Fan KL, Avashia YJ, Tashiro J, Ovadia S, Husain T, et al. Inferior pedicle breast reduction: a retrospective review of technical modifications influencing patient safety, operative efficiency, and postoperative outcomes. *Am J Surg*. 2012; 204(5):7-14.
9. Klassen AF, Pusic AL, Scott A, Klok J, Cano SJ. Satisfaction and quality of life in women who undergo breast surgery: a qualitative study. *BMC Womens Health*. 2009; 9:11.



**POSTER 114****AUTORES/AUTHORS:**

Encarnación Olavarria Bevide, Paula Parás Bravo, Manuel Herrero Montes, Carlos Rodriguez de la Vega, Vanesa Caso Alvarez, Laura Gonzalez Parralo

**TÍTULO/TITLE:**

CATÉTERES VENOSOS BRAQUIALES CENTRALES DE INSERCIÓN PERIFÉRICA TUNELIZADOS (RESERVORIOS BRAQUIALES): COMPLICACIONES

**OBJETIVO:** Determinar el tiempo de uso, las causas de retirada y la frecuencia de complicaciones del catéter venoso central de inserción periférica localizado en el brazo completamente tunelizado (Reservorio Braquial) en el Hospital de Día Médico, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

**MÉTODOS:** El diseño de este proyecto es un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo realizado en el Hospital de Día Médico, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria). La población a estudio fueron todos los pacientes portadores de un reservorio braquial atendidos en el año 2013. La recogida de variables se realizó a través de la herramienta informática Preinscripción Electrónica Asistida (PEA) oncológica diseñada específicamente para dicha unidad. Las variables analizadas fueron: el estado de uso del catéter (activo o retirado en la actualidad), el motivo de su retirada, el uso de fibrinolítico en alguna ocasión y la fecha de detección de la complicación. Se describen variables cualitativas (distribución de frecuencias absolutas y relativas y porcentajes) y variables cuantitativas (media, desviación estándar y rango). El análisis estadístico se realizó a través del paquete informático SPSS 21.0 registrando los datos en una hoja confeccionada ad hoc.

**RESULTADOS:** El número de pacientes incluidos en el estudio fue 64, de los cuales 39 mantienen en activo el catéter a fecha de mayo del año 2014. Del resto, 5 fueron retirados por fin de tratamiento, 11 por fallecimiento del paciente, 7 por infección y 2 por migración del catéter. La duración media del catéter fue de  $150,84 \pm 128,395$  días, con un rango entre 2 y 467 días. La duración máxima registrada fue de 467 días. El 82,8% de los portadores son mujeres siendo las enfermedades onco-ginecológicas las más frecuentes representando el 42,2% del total (cáncer de mama, de cérvix y de ovario) seguidas del cáncer colorrectal con un 10,9%. El 14% de los pacientes presentaron complicaciones relevantes (infección y migración) que obligaron la retirada del catéter. Aunque en ningún caso la causa de la retirada fue la obstrucción, 54 de los catéteres precisaron el uso de fibrinolítico, en alguna ocasión, con una media de  $2 \pm 1,414$  usos por catéter.

**DISCUSIÓN:** los reservorios braquiales, que en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) son implantados por el personal de enfermería del servicio de Radiodiagnóstico, resultan una alternativa a los catéteres centrales de inserción periférica parcialmente tunelizados para pacientes con tratamientos de larga duración y/o agresivos para el sistema venoso.

En base a los datos presentados, y dado que la muestra no nos permite extraer resultados estadísticamente significativos, sería conveniente estudiar una muestra más amplia de pacientes portadores de reservorios braquiales que nos permita analizar detalladamente las características y las complicaciones y así poder detectar puntos de mejora y posibles medidas correctoras para la prevención de las mismas.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Aubaniac R. The subclavian vein puncture--advantages and technique 1952. *Nutrition* 1990;6:139-40.
2. Broviac JW, Cole JJ, Scribner BH. A silicone rubber atrial catéter for prolonged parenteral hyperalimentation. *Surg Gynecol Obstet.* 1973;136:602-6.
3. Hickman RO et al. A modified right atrial catheter for acces to the venous system in marrow transplant recipients. *Surg Gynecol Obstet.* 1979;148:871-5.
4. Equipo PICC Enfermería. PICC Peripherally Inserted Central Catheter. Instituto Donostia de Onco-Hematología Hospital Universitario Donostia. 2012.
5. Moraza-Dulanto MI et al. Ultrasound-guided peripherally inserted central catheters (PICC) in cancer patients: success of the insertion, survival and complications. *Enferm Clin.* 2012;22(3):135-43.
6. Ruano JM et al. Accesos vasculares en pediatría. Tipos de catéteres. *Acta Pediatr Méx.* 2002;23 (3):150-3.
7. Alonso AF et al. Guía Catéteres Venosos Centrales. Servicio Salud Principado de Asturias. 2010.

8. Santolim TQ, Santos LA, Giovani AM, Dias VC. The strategic role of the nurse in the selection of IV devices. *Br J Nurs*. 2012;21(21):28, 30-2.
9. Bellesi S et al. Peripherally inserted central catheters (PICCs) in the management of oncohematological patients submitted to autologous stem cell transplantation. *Support Care Cancer*. 2013;21(2):531-5.
10. Mašásek V, Soumarová R, Kociánová I, Mašásková M. Venous access devices in oncology. *Klin Onkol*. 2012;25(1):9-16.
11. Aw A, Carrier M, Koczerzinski J, Mcdiarmid S, Tay J. Incidence and predictive factors of symptomatic thrombosis related to peripherally inserted central catheters in chemotherapy patients. *Thromb Res*. 2012;130(3):323-6.
12. Leroyer C et al. Prospective follow-up of complications related to peripherally inserted central catheters. *Med Mal Infect*. 2013;43(8):350-5.
13. Leung TK, Lee CM, Tai CJ, Liang YL, Lin CC. A retrospective study on the long-term placement of peripherally inserted central catheters and the importance of nursing care and education. *Cancer Nurs*. 2011;34(1):25-30.
14. Patel GS et al. Comparison of peripherally inserted central venous catheters (PICC) versus subcutaneously implanted port-chamber catheters by complication and cost for patients receiving chemotherapy for non-haematological malignancies. *Support Care Cancer*. 2014;22(1):121-8.
15. Nicholson J, Davies L. Patients' experiences of the PICC insertion procedure. *Br J Nurs*. 2013;22(14):16-8, 20-3.

**POSTER 115****AUTORES/AUTHORS:**

Xosé Manuel Meijome Sánchez, Azucena Santillán García, Carmen Villar Bustos, José María Cepeda Díez, María Ángeles González Fernández

**TÍTULO/TITLE:**

Dudas sobre fármacos y recursos disponibles para resolverlas entre enfermeras del sistema público de Castilla y León

**OBJETIVOS:**

Se busca conocer cuales son las dudas sobre el manejo de fármacos que se le presentan a las enfermeras del sistema público de castilla y león y su frecuencia y conocer los recursos disponibles para la resolución de las mismas y la información que tienen sobre un recurso concreto de la intranet corporativa y su uso del mismo.

**MATERIAL Y MÉTODO:**

Se confeccionó una encuesta "ad-hoc" validándose su redacción mediante consulta online a 16 expertos.

La encuesta se distribuyó físicamente en 2 hospitales, 1 residencia y 1 base de emergencias (N=79 Tasa de respuesta 52,6%) y

Online mediante redes sociales (N=194) Obteniéndose un total de 273 respuestas válidas.

Se analizaron las respuestas con el paquete de macros XLStatistics para excel 2003.

**RESULTADOS:**

Descriptivos de población participante: Edad media 40,19  $\pm$ 9,79; 84% mujeres, experiencia profesional general (<4a=5,86%, de 4 a 8 años=16,85%, de 9 a 15 años=24,91%, de 16 a 25 años=31,50% y >25a=20,88%), Medio de trabajo (Hospital=63%, Atención primaria=14%, Emergencias=11%, Cuidados sociosanitarios=8% y otros=4%) con unas edades medias de: Hospital=40,36 $\pm$ 10,4; Atención primaria= 43,86 $\pm$ 10,7; Emergencias=41,03 $\pm$ 4,53; Cuidados sociosanitarios=33,63 $\pm$ 7,41 y otros=35,53 $\pm$ 9,34. Experiencia profesional en el medio actual (<4a=19,05%, de 4 a 8 años=28,57%, de 9 a 15 años=23,54%, de 16 a 25 años=18,32% y >25a=10,62%)

La media de frecuencia de dudas sobre fármacos puntuadas en una escala de 0 a 5 fue:

- a) Sobre preparación de fármacos 2,17  $\pm$ 0,86.
- b) Compatibilidades entre medicamentos para la administración 2,71 $\pm$ 0,92.
- c) Dilución 2,33 $\pm$ 0,9
- d) Fragmentación/triturado de comprimidos 2,14 $\pm$ 0,97
- e) Vías de administración 1,91 $\pm$ 0,84
- f) Equivalencias de nombres comerciales/Principios activos 2,88 $\pm$ 1,04
- g) Conservación (condiciones; ruptura de cadena de frío) 2,44 $\pm$ 0,97
- h) Conservación de viales multidosos (partes no utilizadas) 2,57 $\pm$ 1,03
- i) Interacciones con alimentos u otros medicamentos 2,80 $\pm$ 0,96
- j) Efectos secundarios probables 2,78 $\pm$ 0,94
- k) Manejo de dispositivos de administración 2,31 $\pm$ 0,90

La edad fue significativa en 7 dudas (Preparación de fármacos, compatibilidades entre medicamentos, Dilución, Condiciones de conservación, Conservación de viales multidosos, Interacciones con alimentos u otros medicamentos y Efectos secundarios probables), el sexo en 2 (Fragmentación/triturado de comprimidos y Equivalencias de nombres comerciales/Principios activos), la experiencia profesional general en 8 (Compatibilidades entre medicamentos, Dilución, Vías de administración, Equivalencias de nombres comerciales/Principios activos, Condiciones de conservación, Conservación de viales multidosos, Interacciones con alimentos u otros medicamentos y Efectos secundarios probables), la experiencia en el medio actual en 4 (Dilución, Vías de administración, Condiciones de conservación y Conservación de viales multidosos), el medio laboral en 5 (Dilución,

Fragmentación/triturado de comprimidos, Condiciones de conservación, Conservación de viales multidosis y Manejo de dispositivos de administración) y la unidad dentro del hospital en 3 (Preparación de fármacos, Compatibilidades entre medicamentos para la administración y Fragmentación/triturado de comprimidos). La vía de cumplimentación de la encuesta sólo fue significativa respecto a la preparación de fármacos.

Para los recursos disponibles para resolver esas dudas se permitió respuesta múltiple siendo el "acceso a Internet" el más citado (174 veces, 63,73% de las respuestas) seguido de "consulta telefónica con farmacia" (148, 54,21%), "Libros/guías sobre fármacos" (144, 52,74%), "Listados de equivalencias" (93, 34,06%), "Pósters o carteles con información" (75, 27,47%) y "Farmafichas" (41, 15,01%); el medio laboral general resultó significativo en todos los casos, dentro del medio hospitalario se encontraron diferencias significativas en 3 (Libros/guías sobre fármacos, consulta telefónica con farmacia y Farmafichas), el sexo fue significativo en 3 (Pósters o carteles con información, acceso a Internet y consulta telefónica con farmacia), finalmente las personas que podían acceder al portal [www.saludcastillayleon.es](http://www.saludcastillayleon.es) señalaron significativamente el acceso a internet.

Sólo un 17% de los encuestados conocía el recurso de consulta "REMEDIOS" dentro de la intranet corporativa resultando significativa en la edad (>edad >conocimiento) y el medio laboral (> en AP).

De los usuarios del recurso "REMEDIOS" un 61,69% lo considera útil o muy útil; pese a ello su utilización es rara u ocasional (76,59%).

## DISCUSIÓN

Aunque la mayoría de las dudas sobre fármacos no se presentan más que ocasionalmente es llamativa la disminución de las mismas con la edad y la experiencia profesional que puede dar a entender déficits formativos tanto en pregrado como en el cambio de medio de trabajo.

Destaca la desigual distribución de los recursos de apoyo respecto a fármacos lo que puede dificultar su utilización y el importante papel que juega ya el acceso a la información online

El desconocimiento del recurso de intranet es preocupante y debería llevar a una mejor difusión de este tipo de herramientas.

## BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1) Abbasnazar M, Zareh-Toranposhti S, Hassani A, Sistanizad M, Azizian H, Panahi Y. The Effect of Information Provision on Reduction of Errors in Intravenous Drug Preparation and Administration by Nurses in ICU and Surgical Wards. *Acta Med Iran* 2012;50(11):771-777.
- 2) Mota MLS, Barbosa IV, Studart RMB, Melo EM, Lima FET, Mariano FA. Evaluación del conocimiento del enfermero de terapia intensiva sobre administración de medicamentos por sonda nasogástrica y nasoentérica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* sept.-oct. 2010
- 3) ACTIVIDADES DIRIGIDAS A LA PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN CENTROS SANITARIOS DE CASTILLA Y LEÓN. INFORME Diciembre 2009 (2009) editado por Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud; Hospital Universitario de Salamanca disponible en [[http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/memoria\\_proyecto\\_CYL.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/memoria_proyecto_CYL.pdf)] visto el 6 de Septiembre de 2014

**POSTER 116****AUTORES/AUTHORS:**

Seher Ünver, Ümmü Yildiz Findik

**TÍTULO/TITLE:**

A QUALITATIVE STUDY OF EMERGENCY ROOM EXPERIENCES OF NURSING STUDENTS

**Objectives:** Clinical experience is an integral part of nursing education and the clinical environment influences the students' clinical experiences (1-3). The aim of this study was to investigate student nurses' experience in emergency room (ER) in a qualitative study design.

**Methods:** This study was carried out between February 12, 2014 – May 15, 2014 on 63 voluntary nursing students at Faculty of Health Sciences. Between these dates; students had their emergency training in the main ER of university hospital in Edirne, Turkey and this training took 3 days for each student. Before their first practice day; responsible nurse and/or their training instructor introduced the ER environment basically (triage, drugs, rooms, instruments etc). In the last day of the practice; the students were asked to answer questions about their experiences of ER training. The data were analyzed by thematic analysis. The themes identified from students' answers were; (a) communication, (b) patients and their caregivers, (c) risks in ER.

**Results and Findings:** Out of 60 students, 3 of them were male. Nineteen students stated that they had good communication with the ER team. Except these 33 students who stated any communication problems, others had problems with patients who had pain, respiration problem, loose of conscious, anxiety, anger, foreign language, who were disabled, in shock, crying, child and shy. Via students' window, patients and their healthcare givers were too crowded and making too much noise in the ER. They stated that they were shouting to ER staff and were interfering to their care interventions even the triage decision. Students also reported that families were afraid of ER and they were full of anxiety. Out of twenty-nine students, others thought that ER was a risky working place for staff. They stated that because of the hurry, medical wastes, inadequate security for workers, criminal cases, serious cases that affect psychology of human and unknown infections that could pass through patients, ER staff were under risk.

**Discussion:**

As known, families and patients present to the emergency department are generally in variety of highly emotional states (4-6). Similar in this study, nursing students reported that families were afraid of ER and they were full of anxiety.

With respect to patient characteristics, the existence of a mental health condition was found to be most predictive of violent behavior, followed by alcohol abuse, substance abuse and patient's expectations (7,8). The results from these studies that show violence against emergency room health care providers was a prevalent problem (9,10). Parallel to our study, out of twenty-nine students, others thought that ER was a risky working place for staff. The most commonly reported perpetrator(s) of violence were patients' family members or friends and patients (11, 12). Mayer et al. (1999) found that verbal abuse was higher on the day shift. Via students' window in this study, patients and their healthcare givers were too crowded and making too much noise in the ER. They stated that they were shouting to ER staff and were interfering to their care interventions even the triage decision.

In Gates et al's study (2011), it was found that verbal and physical violence was prevalent in emergency departments. Many of the participants mentioned that they feel unsafe while working in EDs with the majority believing that they will be injured by a patient in the next 6 months. In this study nursing students stated that because of the hurry, medical wastes, inadequate security for workers, criminal cases, serious cases that affect psychology of human and unknown infections that could pass through patients, ER staff were under risk.

Students had some communication problems with patients who had pain, respiration problem, loose of conscious, anxiety, anger, foreign language, who were disabled, in shock, crying, child and shy. In a study it was found that therapeutic communication was very effective to create a nurse-patient relation. It was recommended for nursing educators to teach this model (14).

Consequently, students felt unsafe in ER and had some communication problems related to the nature of ERs. It was suggested that the use of safety glass in the triage area and the use of metal detectors may reduce the risk of injury from gunshot wounds from patients (15). Unless it is not possible to change the ER environment, it is recommended to take appropriate safety precautions in ER. For communication problems giving orientation programmes for nursing students prior their ER trainings and teaching the therapeutic communication model may be helpful for students.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- 1.Papastavrou E, Lambrinou E, Tsangari H, Saarikoski M, Leino-Kilpi H (2010).Student nurses experience of learning in the clinical environment. Nurse Education in Practice; 10:176–182.
- 2.Dunn SV, Burnett P (1995).The development of a clinical learning environment scale. Journal of Advanced Nursing; 22:1166–1173.
- 3.Sharif F, Masoumi S (2005).A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. BMC Nurs;4(6):1-10.
- 4.Ericson L.& Williams-Evans, A (2000).Patient assaults. Journal of Emergency Nursing, 26:210-215.
- 5.Levin, PF, Hewitt, B, Misner, T (1998).Insights of nurses about assaults in hospital based emergency departments. Image: Journal of Nursing Scholarship; 30:249-254.
- 6.May D, Grubbs, L. (2002). The extent, nature and precipitating factors of nurse assault among three groups of registered nurses in a regional medical center. Journal of Emergency Nursing, 28:11-17.
7. Crilly J, Chaboyer W, Creedy D (2004).Violence towards emergency department nurses by patients. Accid Emerg Nurs; 12: 67–73.
- 8.Kamchuchat C, Chongsuvivatwong V, Oncheunjit S, Yip TW, Sangthong R (2008).Workplace violence directed at nursing staff at a general hospital in southern Thailand. J Occup Health;50:201-7.
- 9.Gates D, Gillespie G, Kowalenko T, Succop P, Sanker M, Farra S (2011).Occupational and Demographic Factors Associated With Violence in the Emergency Department. Advanced Emergency Nursing Journal;33(4):303–313.
- 10.Alameddine M, Kazzi A, El-Jardali F, Dimassi H, Maa louf S (2011).Occupational Violence at Lebanese Emergency Departments: Prevalence, Characteristics and Associated Factors. J Occup Health;53:455–464.
- 11.Taylor JL, Rew L. A (2010).A systematic review of the literature: workplace violence in the emergency department. J Clin Nurs; 20(7-8):1072-85
- 12.Jenkins MG, Rocke LG, McNicholl BP, Hughes DM (1998).Violence and verbal abuse against staff in accident and emergency departments: a survey of consultants in the UK and the Republic of Ireland. J Accid Emerg Med;15:262–5.
- 13.Mayer, BW, Smith, FB, King, CA (1999).Factors associated with victimization of personnel in emergency departments. Journal of Emergency Nursing; 25(5):361-366.
- 14.Rosenberg S, Gallo-Silver L (2011).Therapeutic communication skills and student nurses in the clinical setting. Teaching and Learning in Nursing;6:2–8
- 15.Rose M (1997).A survey of violence toward nursing staff in one large Irish accident and emergency department. Journal of Emergency Nursing, 23:214-219.

**POSTER 120****AUTORES/AUTHORS:**

ilknur dindar, melahat akgün kostak, eylem pasli gürdogan, seda kurt, serap ünsar

**TÍTULO/TITLE:**

Importance of Occupational Skills Laboratory in Developing Psychomotor Skills Related to Birth, Women's & Children's Health

**Objective:** Nursing education is an educational process by which include the areas of cognitive, affective and psychomotor [3,5]. In nursing education, psychomotor skill are learned laboratory which is professional skill laboratory. Professional skill laboratories is becoming increasingly important in recent years worldwide [1,10]. These laboratories prepare students to the clinic. These laboratories provide real or near-real environment for learning professional skill. Thus, students' clinical anxiety is reduced, communication skills are developed and students' informations combinations of theory and practice are allowed [1,2,4,5-8,9]. Professional skill laboratories facilitate to clinical skill training and students' self-confidence increase before patient exposure [1,10]. This study was intended to identify opinions and expectations of nursing students on Occupational Skills Laboratory within the scope of "Obstetrics and Gynecology Nursing" and "Children's Health and Diseases Nursing" courses, and create a scientifically and technologically equipped laboratory.

**Method:** This study, which was intended to be descriptive, was conducted on 139 students who were 3rd and 4th year students in the academic year 2011-2012 and 114 students who were 3rd and 4th year students in the academic year 2012-2013 at Trakya University, Faculty of Medical Sciences, Department of Nursing. The data was collected using a Survey Form, consisting of the students' opinions and expectations about Occupational Skills Laboratory before and after the development of Occupational Skills Laboratory.

**Findings:** Of the students, 4.3% and 28.1% stated that the laboratory is satisfactory, 1.4% and 25.4% stated that the laboratory is well equipped, 22.3% and 50.9% stated that the laboratory facilitated learning, 31.7% and 50.9% stated that laboratory practice increased their self-confidence, 3.6% and 31.6% stated that the laboratory models are sufficient for their practical training, 23.7% and 40.4% stated that after making practice with the models in the laboratory, they experienced less concern during clinical practice, 26.6% and 53.5% stated that laboratory practice increased motivation, 11.5% and 64% stated that they provided patient care on a child model, and 3.6% and 44.7% stated that she delivered on a pregnant woman model, before and after the development of the occupational skills laboratory, respectively. A statistically significant difference was found between the students' opinions and expectations about the facts that the laboratory is satisfactory, well equipped, the models are sufficient for practical training, and about the opportunity to practice on pregnant woman, child and newborn models, before and after the development of occupational skills laboratory, respectively ( $p < 0.001$ ).

**Discussion:** The development of skills laboratory had a positive impact on the students' opinions about the laboratory, and the number of students who have practiced on child, newborn and pregnant woman models increased significantly. Practicing on models by nursing students enhanced their clinical skills, and laboratory practices were found to make a positive contribution to nursing education.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Boulay, DC., & Medway, C. The clinical skills resource: a review of current practice. *Medical Education*, 1999, 33, 185-191.
2. Büyükkaragöz SS., Çivi C. Genel Öğretim Metodlari, 10. Baski, Beta Yayinlari, Istanbul, 1999, 90-99.
3. Fidan N. Okulda Öğrenme ve Öğretme. 3. Baski, Pegem Akademi Yayinlari, Ankiara, 2012, 173-178.
4. Freeth, D., & Fry, H. Nursing students' and tutors' perceptions of learning and teaching in a clinical skills centre. *Nurse Education Today*, 2005, 25, 272-282.
5. Karaöz S. Hemsirelikte klinik öğretime genel bir bakis ve etkin klinik öğretim için öneriler. *Hemsirelikte Arastirma Gelistirme Dergisi*, 2003, 1, 15-21.
6. Keetsemang, S., Mugarurwa, J., Shahidi, T., Maputhege, M., Chipps, J., & Brysiewicz, P. Student evaluation of a clinical self-study laboratory. *Nurse Education in Practice*, 2008, 8, 359-367.

7. Mete S, Uysal N. Hemsirelik mesleksel beceri egitiminde bir model uygulaması. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2009, 2(3), 115-123.
8. Mete S, Uysal N. Hemsirelik Mesleksel Beceri Laboratuvarındaki Psikomotor Beceri Egitiminin Öğrenci ve Egiticiler Tarafından Değerlendirilmesi. Hemsirelikte Arastırma Gelistirme Dergisi, 2010, 2, 28-38.
9. Yazar F. Tıp Egitiminde Beceri Laboratuvarları ve Simülatörlerin Kullanılması, Gülhane Tıp Dergisi, 2003, 45(1), 96-99.
10. Morgan, R. Using clinical skills laboratories to promote theory–practice integration during first practice placement: an Irish perspective. Journal of Clinical Nursing, 2006, 15, 155–161.



**POSTER 121****AUTORES/AUTHORS:**

Melissa Hemesath, Simone Pasin, Helena Santos, Gisela Moura, Ana Magalhães

**TÍTULO/TITLE:**

Improvement of the adherence to the patient correct identification process in a university hospital

**Objective:** To assess the adherence of professionals to the procedure of checking the patient's identification wristband before providing care.

**Method:** Descriptive, prospective study conducted in a large university hospital (> 500 beds) in southern Brazil, which has 6202 employees. The population consisted of all patients admitted in 2013 who were included in the sample of 3051 patients interviewed from January to December 2013. The study was conducted through individual interviews with patients during their hospital stay by trained research fellows, who were not part of the care team. A form asking whether the patient perceived that his/her ID wristband was checked by the staff before providing care, especially before administering medications or blood products, delivering diets, collecting blood or performing invasive procedures and other treatments, was completed. The adherence rate was measured through the number of "Yes" answers to the question. Eighteen patients are interviewed on a daily basis, and they are randomly allocated in inpatient adult and pediatric units in the hospital. The exclusion criteria consist of patients with less than 24 hours of hospital stay, isolated patients, and patients incapable of communicating or without a companion at the time of interview. In pediatric units, the answerers are the parents and companions.

**Results:** When the monitoring of the indicator was initially implemented, in January 2013, the adherence rate was 42.90%. In subsequent months, adherence averaged 50%. In May, an educational campaign was carried out with delivery of brochures and promotion of actions to be taken for achieving the goal, and the rate rose to 73.35%, peaking at 81% in June. In addition, in the same month, an instructional video was released to reinforce the international patient safety goals, which contributed to the improved indicator outcome. The rate dropped to 65% in August. A new campaign was held in November, when adherence returned to 76%.

**Discussion:** Patient safety has become a new paradigm that guides practice and care management in health institutions. The report of the Institute of Medicine (IOM) (1) led to an alarming conclusion about the need for changes to reduce the high number of errors in healthcare services and resulted in proposing a set of specific recommendations to improve quality and safety in health facilities. With this in mind, the World Health Organization (WHO)(2) created, in 2002, the World Alliance for Patient Safety, and, in 2003, the Joint Commission International (JCI) (3) started requiring the implementation of safer care processes, establishing correct patient identification as a safety goal. According to the goal, it is necessary to follow a method of identification of patients and a verification process before higher risk procedures. In 2012 our hospital qualified its identification process and incorporated the recommendations of such goal. In the new routine, the teams were instructed to check identification before providing care, including medication administration. Adherence of professionals to routine became an institutional indicator, with the target set at 80% of compliance with verifying the identification wristband. Although the use of such wristband is a routine in some renowned Brazilian hospitals, there is still the need to reinforce this process as a whole, investing in patient education and in the habit of verifying the wristband. This is a very recent issue in Brazil, where, in 2013, the Ministry of Health established the National Patient Safety Program (PNSP) (4), aiming to promote and support the implementation of initiatives focused on patient safety in different areas, organizations, and health services. Variations in the rate of adherence to the verification of ID wristbands were observed throughout the year and during the consolidation process of the new routine, in which continued educational measures are needed to change the organizational culture with regard to the new protocol that was introduced into the organization of work. These aspects are supported by recommendations from organizations and researchers in the area of health safety, pointing to the importance of professional training and educational strategies focusing on patient safety to transform practice environments and reduce the harm caused to patients (5-7). The results of our study show that the change in routine improved the adherence of professionals to check identification before providing care, and that it was more significant after education and awareness campaigns. Initiatives to improve the international goals of patient safety and to promote safety in healthcare organizations have a positive impact on clinical practice, helping to minimize risks and errors in patient care. Educational programs with professionals and patients help prevent errors and bring better results to inpatient safety.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

1. Institute of Medicine (2000) To err is human: building a safer health system. Insitute of Medicine, Committee on Quality of Health

Care in America, Washington, DC. Retrieved from <http://www.nap.edu/readingroom>

2. World Health Organization (2004) World alliance for patient safety. World Health Organization, Washington, DC. Retrieved from [http://www.who.int/whosis/whostat/EN\\_WHS10\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf)

3. Joint Commission International (2010) Accreditation standards of the JCI for hospitals. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde.

4. BRASIL (2013) Ministry of Health. Portaria 529 de 01 de abril de 2013. Establishing the Patient Safety National Program (PNSP). Retrieved from

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)

5. National Patient Safety Agency (NPSA). Safer Practice Notice. Wristbands for hospital inpatients improves safety. London, UK; 2005. Retrieved from <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=60032>

6. World Health Organization. Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition. 2011.

7. Wachter, R. M. (2012) Understanding patient safety. McGraw Hill Medical.

**POSTER 124****AUTORES/AUTHORS:**

Paz Fernández-Ortega, Cristina Martínez Martínez, Marcela Fu, Jose María Martínez-Sánchez, Laura Antón, Anna Andrés, Anna Riccobenne, Albert Gallart, Esteva Fernández

**TÍTULO/TITLE:**

Impact of a Long-Term Tobacco-Free Policy in a Comprehensive Cancer Center

Background: Spain has passed two smoke-free laws since 2005; the first law banned smoking in indoors places, and the second one in outdoor areas of some premises such as acute hospitals.

Objective: To assess the impact of a long-term tobacco control policy project among hospital workers from a Comprehensive Cancer Center in Barcelona, before and after two National smoke-free laws.

Methods: Six cross-sectional surveys were conducted among a representable sample of workers from 2001 to 2012 using the same standardized questionnaire. Logistic regression was used to compare differences in the odds of smoking after the laws (baseline versus 1st law; 2nd law versus 1st law).

Results: Smoking prevalence declined from 33.1% at baseline, to 30.5% after the 1st law, and to 22.2% after the 2nd law ( $p$  for trend = 0.005). Prevalence ratios (PR) indicated a significant decrease in overall smoking after the 2nd law (PR=0.65, 95% CI= 0.47-0.89). Smoking dropped in all professional groups, more prominently among those  $\geq$  35 years old, doctors, and women. Changes included an increase of occasional smokers, a rise of abstinence during working hours but an increase in smoking dependence, and an increase of the overall support to the smoke-free hospital project.

Conclusions: A long-term tobacco control project along with two smoke-free National laws reduced smoking rates among oncology health workers.

Implications for Practice: Indoor and outdoor smoking bans reduce smoking among hospital workers. More efforts are required to decrease smoking among oncology nurses and to engage them into tobacco control practice.

Keywords: hospital; cancer; smoke-free policies; health care providers; smoking; bans.

**BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**

- (1) IARC Working Group. Evaluating the effectiveness of smoke-free policies. IARC handbooks of cancer prevention: tobacco control. Lyon; 2009.
- (2) Bilal U, Fernandez E, Beltran P, Navas-Acien A, Bolumar F, Franco M. Validation of a method for reconstructing historical rates of smoking prevalence. *Am J Epidemiol* 2014 Jan 1;179(1):15-19.
- (3) Ministerio de Sanidad. Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12 (ENSE 2011/12). Available at: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011>. Accessed 06/03, 2013.
- (4) Banegas JR, Díez-Ganan L, Banuelos-Marco B, Gonzalez-Enriquez J, Villar-Alvarez F, Martín-Moreno JM, et al. Smoking-attributable deaths in Spain, 2006. *Med Clin (Barc)* 2010 Oct 25.
- (5) Lopez Nicolas A, Viudes de Velasco A. Tobacco control from an economic perspective. *Rev Esp Salud Publica* 2009 Jan-Feb;83(1):9-23.
- (6) Fernandez E, Martínez C, Saltó E. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y la estrategia MPOWER. In: Grupo Aula Médica S, editor. *Tratado de Tabaquismo*. 3era edición ed.; 2011. p. 483-491. <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/18/6/451/reply#content-block>. Accessed 05/08, 2011. Accessed 05/08, 2011.
- (7) Martínez C, García M, Méndez E, Fernández E. Barriers and challenges for tobacco control in a smoke-free hospital. *Cancer Nurs* 2008 Mar-Apr;31(2):88-94.

## ÍNDICE / INDEX

Mesa de Comunicaciones 1: Profesión / Gestión Concurrent Session 1: Nursing Profession / Management.....	p. 1
Mesa de Comunicaciones 2: Cáncer / Cuidados Paliativos Concurrent Session 2: Cancer / Palliative Care.....	p. 12
Mesa de Comunicaciones 3: Promoción de la salud / Envejecimiento Concurrent Session 3: Health Promotion / Aging.....	p. 27
Mesa de Comunicaciones 4: Promoción de la salud Concurrent Session 4: Health Promotion .....	p. 36
Mesa de Comunicaciones 5: Cuidados a pacientes crónicos Concurrent Session 5: Chronic Care .....	p. 53
Mesa de Comunicaciones 6: Envejecimiento Concurrent Session 6: Aging .....	p. 71
Mesa de Comunicaciones 7: Práctica Clínica Concurrent Session 7: Clinical Practice .....	p. 77
Mesa de Comunicaciones 8: Docencia Concurrent Session 8: Nursing Education .....	p. 85
Mesa de Comunicaciones 9: Envejecimiento Concurrent Session 9: Aging .....	p. 97
Mesa de Comunicaciones 10: Promoción de la salud Concurrent Session 10: Health Promotion .....	p. 105
Mesa de Comunicaciones 11: Profesión / Gestión Concurrent Session 11: Nursing Profession / Management.....	p. 115
Mesa de Comunicaciones 12: Práctica Clínica Concurrent Session 12: Clinical Practice .....	p. 125
Sesión de Comunicaciones Orales Breves I Session of Oral Brief Presentations I .....	p. 129
Sesión de Comunicaciones Orales Breves II Session of Oral Brief Presentations II .....	p. 148
Sesión de Comunicaciones Orales Breves III Session of Oral Brief Presentations III .....	p. 157
Sesión de Comunicaciones Orales Breves IV Session of Oral Brief Presentations IV .....	p. 168
Mesa de Comunicaciones 13: PCBE Concurrent Session 13: EBP.....	p. 183
Mesa de Comunicaciones 14: Cuidados Materno - infantiles Concurrent Session 14: Mother and children care .....	p. 191
Sesión de Comunicaciones Orales Breves V Session of Oral brief Presentations V.....	p. 200
Sesión de Comunicaciones Orales Breves VI Session of Oral Brief Presentations VI .....	p. 228
Mesa de Comunicaciones 15: Cuidados a pacientes crónicos Concurrent Session 15: Chronic Care .....	p. 259
Mesa de Comunicaciones 16: PCBE Concurrent Session 16: EBP.....	p. 270
Mesa de Comunicaciones 17: Profesión / Gestión Concurrent Session 17: Nursing Profession / Management.....	p. 274
Mesa de Comunicaciones 18: Profesión / Gestión Concurrent Session 18: Nursing Profession / Management.....	p. 286
Mesa de Comunicaciones 19: Dolor Concurrent Session 19: Pain.....	p. 293
Mesa de Comunicaciones 20: PCBE Concurrent Session 20: EBP.....	p. 303
Mesa de Comunicaciones 21: Salud Mental Concurrent Session 21: Mental Health .....	p. 305
Mesa de Comunicaciones 22: Salud / Género Concurrent Session 22: Health / Gender .....	p. 319
Mesa de Comunicaciones 23: Cuidados Materno - infantiles Concurrent Session 23: Mother and children care .....	p. 326
Sesión de Comunicaciones Orales Breves VII Session of Oral Brief Presentations VII .....	p. 342
Sesión de Comunicaciones Orales Breves VIII Session of Oral Brief Presentations VIII .....	p. 377
Sesión de Comunicaciones Orales Breves IX Session of Oral Brief Presentations IX .....	p. 399
POSTER 1.....	p. 426
POSTER 2.....	p. 428
POSTER 3.....	p. 430
POSTER 4.....	p. 432
POSTER 8.....	p. 435
POSTER 9.....	p. 437
POSTER 10.....	p. 438
POSTER 11.....	p. 439
POSTER 12.....	p. 441

POSTER 15.....	p. 442
POSTER 17.....	p. 445
POSTER 20.....	p. 447
POSTER 21.....	p. 450
POSTER 24.....	p. 453
POSTER 29.....	p. 455
POSTER 30.....	p. 458
POSTER 31.....	p. 460
POSTER 32.....	p. 462
POSTER 35.....	p. 465
POSTER 36.....	p. 467
POSTER 37.....	p. 470
POSTER 41.....	p. 472
POSTER 43.....	p. 474
POSTER 45.....	p. 476
POSTER 47.....	p. 478
POSTER 48.....	p. 480
POSTER 50.....	p. 482
POSTER 53.....	p. 483
POSTER 55.....	p. 486
POSTER 56.....	p. 488
POSTER 59.....	p. 489
POSTER 61.....	p. 491
POSTER 63.....	p. 493
POSTER 64.....	p. 494
POSTER 66.....	p. 496
POSTER 68.....	p. 499
POSTER 70.....	p. 501
POSTER 72.....	p. 503
POSTER 75.....	p. 505
POSTER 76.....	p. 508
POSTER 77.....	p. 511
POSTER 78.....	p. 513
POSTER 80.....	p. 515
POSTER 83.....	p. 517
POSTER 84.....	p. 519
POSTER 85.....	p. 521
POSTER 86.....	p. 523
POSTER 87.....	p. 525
POSTER 88.....	p. 527
POSTER 90.....	p. 529
POSTER 96.....	p. 531
POSTER 97.....	p. 534
POSTER 99.....	p. 536

POSTER 102.....	p. 539
POSTER 103.....	p. 542
POSTER 105.....	p. 543
POSTER 109.....	p. 545
POSTER 111.....	p. 547
POSTER 113.....	p. 549
POSTER 114.....	p. 551
POSTER 115.....	p. 553
POSTER 116.....	p. 555
POSTER 120.....	p. 557
POSTER 121.....	p. 559
POSTER 124.....	p. 561
ÍNDICE / INDEX .....	p. 562