

Cuenca 2015 #inves15

Libro de Ponencias Books of abstracts

XIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados 19th International Nursing Research Conference

Cuenca, España
17-20 noviembre 2015



ISBN: 978-84-608-4592-8

Edita: Instituto de Salud Carlos III

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii). Madrid, 2015.

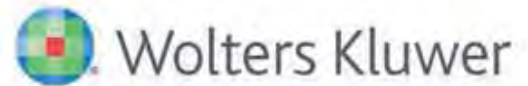
Colaboran:
Collaborate:



ayuntamiento de cuenca



Patrocinan:
Sponsor:



Casa rural El Caño
(Galinduste-Salamanca)

Márcalo en tu calendario!
Mark in your calendar!



XX ENCUENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS 20th International Nursing Research Conference
15-18 noviembre. A Coruña, España

Logos of sponsors: Xunta de Galicia, Servizo Galego de Saúde, Investen, 20 años, and others.

<https://encuentros.isciii.es/coruna2016/>

Mesa de Comunicaciones 1: Cuidados a pacientes críticos

Concurrent Session 1: Critical Care

AUTORES/AUTHORS:

Eva Sosa Palanca, Gabriela Tomás Bartrina, Paula Sosa Palanca

TÍTULO/TITLE:

ESTUDIO DEL ROL PATERNAL EN LAS UNIDADES DE INTENSIVOS NEONATALES. OPORTUNIDADES DE MEJORA

1. OBJETIVOS

Generales:

Realizar una aproximación a las necesidades y expectativas de los padres de los niños ingresados en la UCIN del Hospital La Fe de Valencia, y compararlo con el rol ofertado por parte de los profesionales de la unidad.

Aprovechar las oportunidades de mejora surgidas durante el estudio.

Específicos:

Conocer la experiencia de la paternidad en la UCIN.

Explorar si la experiencia de la paternidad es vivida y sentida desde la igualdad respecto a la madre o desde un plano distinto

Analizar cómo perciben los padres las oportunidades que se les ofrecen para participar en unos cuidados parentales equitativos (calidad esperada y percibida)

*Justificación del estudio y sus objetivos

El rol paterno ha sufrido cambios destacables en los últimos años y nuestra oferta de cuidados debe adaptarse a lo que la sociedad actual espera.

En el desarrollo de la personalidad de los hijos, los padres juegan roles diferentes a los de las madres y éstos no pueden ser considerados ocasionales sustitutos maternos. Ellos interactúan con sus hijos de una forma única e indiferenciable. Las interacciones maternas y paternas, tienen implicaciones diferentes en la vida psíquica de sus hijos.

El padre es una presencia vital, desde la cual el niño extrae elementos necesarios para modelar su propia identidad. Las diferencias en el estilo paternal y maternal están relacionadas, en parte, con contribuciones biológicas diferentes, pero esto no impide que el padre cumpla su propio rol en el cuidado del bebé. La madre y el padre se complementan y posibilitan mayores efectos en la socialización y desarrollo del niño.

A lo largo de la historia se han producido distintos cambios en el rol paterno entre los que destacamos:

- Hacia fines del siglo XIX aparece el padre como modelo de moral cristiana, y más tarde, como soporte económico.
- Alrededor de la década de los años 30, emerge un padre como modelo de identificación sexual.
- Es a partir de los años 70 que aparece el padre nutricio o "la etapa del amor paternal", Oiberman(8).
- En los últimos 30 años diversos investigadores identifican la idea del "nuevo padre" e cual pasa de ser un mero proveedor o modelo de identificación sexual a responsabilizarse de algunos cuidados directos de sus hijos. Este concepto, tiene su origen principal en trabajos realizados por antropólogos, investigadores con enfoque psicoanalítico; aunque también desde otros enfoques de trabajo. Greenberg y Morris, 1982(1); Munder Ross, 1982(4); Rascovsky, 1981(5). En la década de los 90 trabajos de investigadores, como Badinter (1992) (2) y Sinay (1994) (3), demuestran el interés que ha ido tomando el tema, que se ha dado en llamar la "Revolución Masculina". Este movimiento de los hombres es considerado por muchos autores el primer proceso social postmoderno. Sin embargo, con excepción de Mahl (6), la mayoría de los trabajos de orientación psicoanalítica han dado como seguro que es la madre quien tiene un rol esencial en los primeros años de vida del niño. Ella es la intermediaria necesaria entre el padre y el niño (Winnicott, 1975) (7)

Por último, cabe añadir también el carácter progresivamente más participativo de los padres en el cuidado directo de sus hijos. Ya que, en lo referente al contacto temprano, los estudios de Greenberg y Morris (1) mostraron resultados altamente satisfactorios, como que el 90 % de los padres estaba de acuerdo en compartir con la mujer el cuidado del bebé.

En resumen, los padres acuden a nuestra unidad con una idea preconcebida de lo que esperan recibir, la cual puede coincidir o no, con lo que finalmente se encuentren.

A todo lo anterior se suma el "legado cultural" asociado a la figura paterna y a su implicación y participación directa en los cuidados de los bebés. Circunstancia que puede influir tanto en los padres y en su disposición, como en el personal sanitario y en el que su oferta de cuidados sea equitativa.

Ante una situación tan delicada y estresante como la de tener un hijo ingresado en UCIN y para explorar lo que ello puede significar para los padres, la técnica de grupos focales es la que más se ajusta a nuestro objetivo, ya que “el grupo focal constituye una técnica especial, dentro de la más amplia categoría de la entrevista grupal, cuyo sello característico es el uso explícito de la interacción para producir datos que serían menos accesibles sin la interacción en grupo” (9)

2. MÉTODOS

Estudio cualitativo fenomenológico

*Técnica de recogida de datos:

Técnica de grupos focales o grupos de discusión, 6 sesiones con 5 participantes por sesión

Encuesta evaluativa individual sobre la reunión.

*Muestra:

Tamaño de la muestra: 30 padres

Criterios de inclusión: Padres (varones) de niños ingresados en UCIN desde enero hasta marzo 2015

Criterios de exclusión: Familias monoparentales y padres extranjeros con dificultades con el idioma

*Material:

- Sala de reunión
- Material para el registro de la reunión: Videocámara y grabadora
- Moderador que los padres no vinculen con los servicios analizados
- Grupo de discusión de 6-8 padres entrevistados
- Autorización y permiso escrito de los entrevistados para la realización del estudio
- Material para el tratamiento de la grabación (análisis y/o transcripción de lo grabado)
- Software y material de oficina para la realización general del trabajo de investigación.
- Servicio de catering para un pequeño refrigerio

*Planificación:

- Se citará a los participantes en grupos 6-8 personas, dando la oportunidad de elegir horario de mañana o tarde
- Duración de las reuniones 45'. Se intentará que las reuniones NO sobrepasen la hora de duración
- Se realizarán sesiones de mañana y de tardes para que los participantes puedan elegir
- El moderador tratará de recabar información sobre los siguientes puntos:
 - Entorno e instalaciones. Comodidad de la unidad.
 - Trato y grado de satisfacción: Intentaremos obtener información sobre si el trato recibido fue respetuoso, igualitario y si se correspondía con sus expectativas. Si el tipo de relación paternal ofertada era la esperada
 - Información: se recabarán datos acerca de la información recibida por parte de los profesionales de la unidad, y si esta ha sido equitativa para ambos padres.
 - Calidad científico-técnica. Percepción del grado de concienciación de los profesionales directamente implicados en el fomento del vínculo padre-hijo

*Encuesta evaluativa de la reunión

Los participantes evaluaron como Excelente, Bueno, Regular o Malo los siguientes ítems:

1. Le ha parecido interesante participar en la reunión
2. Está satisfecho con el trato recibido por los investigadores
3. Le ha aportado algún beneficio a nivel emocional compartir su experiencia
4. Le ha parecido apropiado el tiempo de duración

5. Recomendaría a otros padres este tipo de sesiones
6. Las instalaciones eran apropiadas
7. Se ha sentido usted entendido por el moderador y el resto de padres
8. Ha vivido esta experiencia de forma positiva
9. El resultado general ha sido satisfactorio

3. RESULTADOS

Tras analizar el material audiovisual y las opiniones vertidas en él, concluimos:

1. Los padres viven la paternidad en la UCIN con incertidumbre y preocupación

- “El corazón en un puño”
- “En duda permanente”
- “Tienes el corazón arrugado como un papel”

2. La experiencia es vivida y sentida mayoritariamente desde la igualdad:

- “Todo a medias”
- “Uno es la mano izquierda y otro la derecha”
- “Vamos los dos p’adelante con todo”

Excepto para una minoría

- “Yo trabajo y mantengo mi casa”
- “Ahora que son pequeñillos son más de las madres”

3. Perciben las oportunidades que se les ofrecen para participar en los cuidados de forma equitativa pero reconocen que el vínculo afectivo entre padre-hijo es menor y ceden las oportunidades a las madres, aunque una pequeña representación se siente desplazado por el dominio materno. Por uno u otro motivo, en todos los casos fue la madre la primera que realizó MMC (Método Madre Canguro)

- “La pediatra se lo ofreció a la madre”
- “Prefería que estuviera con ella porque venía de estar en su vientre”
- “Me dejaban y yo no quise porque ella lo necesitaba más”
- “Con nuestra primera hija hice yo el piel con piel, así que esta se la he dejado a ella”
- “La madre se adelantaba siempre”
- “Es que las mujeres...se quieren apoderar”
- “Si la cojo yo primero...esta noche no duermo en casa”

4. Respecto a la información recibida, es percibida de forma equitativa en todos los casos:

- “Trato indistinto para los dos”
- “Igual me lo han dicho a mí que a ella si estaba en la leche”
- “Información igual para los dos y si estás en casa también puedes llamar”
- “No he notado diferencias en cuanto a la información”

5. En la oferta de Participación de cuidados se sienten integrados:

- “Te vuelves como de la familia”

- “Te dejan ayudarlas”
- “Cuando quieres dices “¿me lo puedo poner a canguro?” y nunca una mala cara”

6. Confianza total en la calidad científico-técnica de los profesionales y del Hospital:

- “Tranquilidad y apoyo porque es el hospital de referencia”
- “Aquí hacen virguerías”
- “Me siento afortunado de estar en este hospital”
- “Y nos vamos de la UCIN y tenemos claro que vive por los cuidados que tienen allí”

7. Valoración muy positiva sobre unidad de puertas abiertas

- “El método canguro...eso es una pasada”
- “Y poder hacer el MMC y poder estar las 24 horas...excepcional, extraordinario”

8. Oportunidades de mejora encontradas:

- Posibilidad de visitas de los hermanos
- Información a las parejas ingresadas por amenazas de parto prematuro
- Asignación de los mismos profesionales durante todo el proceso asistencial
- Sala de espera específica para padres en situación de extrema vulnerabilidad
- Programación de sesiones informativas para padres de niños ingresados en UCIN
- Formación en Cuidados Centrados en la Familia para los profesionales de la unidad

En el resultado de las encuestas evaluativas post reunión encontramos:

- EL 100% califica todos los ítems como “excelente” o “bueno”
- El 100% recomendaría la asistencia a otros padres
- El 91% califica de excelente el trato, le ha parecido interesante asistir, se ha sentido entendido y considera el resultado general satisfactorio
- El 49% califica la duración de las reuniones como “excelente”, y el 51% como “bueno” e incluso, puntualiza que les pareció “corta”

4. DISCUSIÓN

Podemos concluir que las necesidades y expectativas de los padres de niños ingresados en UCIN son cubiertas satisfactoriamente. El rol paterno actual (“nuevo padre”) aún no está totalmente integrado entre nuestra población diana, aunque es cierto, que ha habido cambios sustanciales en los últimos años.

También cabe resaltar que nuestros profesionales ofrecen cuidados que se perciben como de calidad, equitativos y humanizados.

Implicaciones para la práctica:

Mantener el alto grado de confianza en la calidad científico-técnica del equipo y el de “Humanización de los cuidados”

Seguir avanzando en la mejora de los cuidados mediante el reciclaje y la innovación

Implicar a los profesionales para Fomentar el grado de participación de los padres en los cuidados directos de sus hijos

Que la oferta de cuidados sea equitativa

Favorecer el vínculo padre-madre-hijo

Plan de actuaciones posibles según las oportunidades de mejora halladas:

Incluir la posibilidad de visitas de los hermanos

Programación de sesiones informativas (visita a la unidad, normas de funcionamiento...) para padres cuyos hijos estén ya ingresados en la unidad (urgencias, traslados...) o que previsiblemente ingresen en UCIN (ingresadas por amenaza de parto, etc....)

Creación de una sala o espacio específico para padres en situaciones de extrema vulnerabilidad

Intentar garantizar la permanencia y seguimiento por el mismo equipo de profesionales durante todo el proceso asistencial

Fomentar la continua formación de los profesionales, incluyendo la puesta al día y reciclaje tanto del personal fijo como del eventual o de nueva incorporación

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.-Greenberg y Morris. Engrossment: the newborn simpact upon the father. Father and child developmental and clinical perspectives. Cath. Stanley, Alan gurwitt and John Munder Ross. Eds. Boston: Little Brown and Co, 1982)
- 2.-Badinter E. XY de l'identité masculine. Paris: PUF, 1993
- 3.-Sinay S. El varón contemporáneo ante el fin de siglo. Notas editoriales del Diario la Nación, Buenos Aires, febrero 1994
- 4.-Munder Ross J. The roots of fatherhood: excursions into the lost literature. Father and child developmental and clinical perspectives. Cath. Stanley, Alan Gurwitt and John Munder Ross. Eds. Boston: Little Brown and Co, 1982
- 5.- Rascovsky A. El filicidio: la agresión contra el hijo. Barcelona: Paidós-Pomaire, 1981
6. - Mahl J. Father-son themes in Freud self: analysis. Father and child developmental and clinical perspectives. Stanley Cath., Alan Gurwitt and John Munder Ross .Eds. Boston: Little Brown and Co., 1982
- 7.-Winnicott. De la pediatría al psicoanálisis. Buenos aires: Laia, 1975.
- 8.-Oiberman A. La relación padre-bebé: una revisión bibliográfica .Revista hospital infantil Ramón Sardá, vol.XIII, nº2,1994
- 9.-García Clavente, MM. y Rodríguez M. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. Revista Atención primaria, vol. XXV. Nº3., 2000

AUTORES/AUTHORS:

Juan Francisco Velarde García, Domingo Palacios Ceña, Raquel González Hervias, Raquel Luego González, Sergio González Cervantes, Eva García Carpintero Blas, Alfonso Meneses Monroy, Beatriz Álvarez Embarba, Marta Mas Espejo

TÍTULO/TITLE:

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE LA MUERTE DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UCI

Introducción: La atención dentro de las unidades de cuidados críticos se centra en el manejo de situaciones agudas que comprometen la vida del paciente, al tratarse de unidades sofisticadas dotadas de recursos materiales y humanos (1). A pesar de ello existen elevadas tasas de mortalidad, en comparación al resto de unidades de hospitalización, por la avanzada edad de los pacientes, la presencia de enfermedades crónicas subyacentes o procesos agudos (2), ante dicha circunstancia se plantea:

Objetivo describir la experiencia vivida de enfermeras en relación a las estrategias de afrontamiento empleadas ante la muerte del paciente ingresado dentro de estas unidades.

Método: Se desarrolló un estudio cualitativo fenomenológico descriptivo en dos fases en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid (HGUGM). La primera transcurrió en la unidad de reanimación postanestésica, mientras que la segunda en la unidad de cuidados intensivos, la unidad de cuidados postquirúrgicos cardíacos y la unidad coronaria. Se llevó a cabo un muestreo por propósito de las enfermeras en su primera fase por el propio investigador al ser conocedor del escenario de estudio, a partir de criterios teóricos definidos previamente (3). Por el contrario en la segunda fase el desconocimiento de los nuevos escenarios hizo que se localizasen a los participantes por mediación de terceras personas con un muestreo por bola de nieve con el fin de acceder a nuevos participantes difíciles de identificar (4). Se incluyeron en el estudio a enfermeras una experiencia laboral mayor o igual a un año en el cuidado de pacientes críticos. Por el contrario se excluyeron aquellas con una experiencia inferior a 1 año, o que hubiesen sufrido una pérdida personal en los últimos 6 meses. La recogida de los datos se realizó mediante la grabación en audio de las entrevistas, la recogida de documentos personales facilitados por los participantes y la toma de notas de campo por el investigador. Se realizaron entrevistas individuales no estructuradas en la primera fase y semi-estructuradas en la segunda con el fin de recoger información sobre conocimientos creencias y rituales (5). Las entrevistas fueron analizadas de manera simultánea, separada y paralelamente por 3 de los investigadores siguiendo el modelo propuesto por Amadeus Giorgi (6). Posteriormente se pusieron en común los resultados, se identificaban los temas y subtemas que mostraban la experiencia de las enfermeras (7). La calidad del estudio se garantizó siguiendo las recomendaciones para los estudios cualitativos desarrollados por la Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) (8). A su vez se emplearon los criterios enunciados por Guba & Lincoln para garantizar la confiabilidad acorde a la credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad de dichos datos (9). En cuanto a las consideraciones ético legales, el estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del HGUGM y el Comité Ético de la Universidad Rey Juan Carlos.

Resultados: Participaron 22 enfermeras con una edad media de 40,8 años (desviación típica 8,03), una experiencia profesional media en unidades de cuidados críticos de 13,6 años (desviación típica 7,63). En cuanto a su distribución por género 16 fueron mujeres (68,2%) y los 7 restantes hombres (31,8%). Se identificaron 4 estrategias de afrontamiento ante la muerte a partir de la experiencia aportada por las enfermeras como fueron el distanciamiento emocional, el apoyo psicológico, el humor y la aceptación. El distanciamiento emocional hace referencia al alejamiento adoptado por la enfermera del paciente y su familia con el fin de limitar su implicación; lo que les permite separar su vida personal de la profesional.
“...te alejas un poco porque enfrentarte con esa situación es duro...pones una separación por propia protección...” (Participante 2,

51 años, entrevista no estructurada).

"...con nuestros pacientes tenemos que estar muy cerca pero no son nuestra familia y tenemos que tener una diferencia. No me puedo llevar a todos mis pacientes a casa..." (Participante 11, 47 años, entrevista semiestructurada).

"...nos defendemos alejándonos, no puedes estar toda la vida sufriendo por los pacientes...no quieres implicarte más" (Participante 11, 47 años, entrevista semiestructurada).

"...muchas veces no me quiero implicar porque sé que cuanto más me implico peor lo paso...los pacientes son pacientes...tienes que mantener alguna distancia, alguna barrera, saber dónde acaba y empieza tu profesión" (Participante 18, 43 años, entrevista semiestructurada).

El apoyo psicológico, se refiere al soporte psicológico empleado o demandado por las enfermeras para afrontar situaciones especialmente difíciles:

"...desde prevención sería fundamental que tuviéramos un servicio de psicología cada cierto tiempo o ante determinadas factores de riesgo que monitorizaran ese tipo de cosas" (Participante 19, 32 años, entrevista semiestructurada).

"...son sitios en los que debería de haber un psicólogo tanto para el personal como para las familias, mucho más apoyo" (Participante 5, 41 años, entrevista no estructurada).

Ante la falta de dicho soporte las enfermeras hacen uso de personas allegadas como es el caso de amigos o familiares con los que se desahogan compartiendo con ellos dichas situaciones:

"...suelo contárselo a mi pareja casi siempre o contárselo a mis padres, me las trago con mi familia, no lo cuento en el trabajo" (Participante 13, 28 años, entrevista semiestructurada).

"...lo sobrellevas hablando con la gente, desahogándote con los amigos, con gente que no tenga que ver con el trabajo..." (Participante 10, 35 años, entrevista semiestructurada).

El humor se refiere al empleo de la sátira para afrontar un tema tan doloroso como es el fallecimiento del paciente:

"...en alguna ocasión para enfrentarme a la muerte he utilizado el humor negro, por supuesto en la más estricta intimidad entre profesionales" (Participante 22, 31 años, carta personal).

"...a veces no te queda otra, si no te lo tomas con humor no podrías trabajar aquí..." (Participante 11, 47 años, entrevista semiestructurada).

"le tienes que dar una chispa de humor para sobrellevarlo, si estuviésemos todos los días de luto, todo el día de duelo, no podríamos llevarlo" (Participante 18, 43 años, entrevista semiestructurada).

Finalmente la aceptación es una técnica de afrontamiento que apenas aparece entre los participantes y de hacerlo suele estar asociado a la imposibilidad de seguir manteniendo la vida del paciente una vez se han empleado los medios disponibles:

"...en la vida hay un momento en el que nada de lo que hagas puede cambiar esa situación...todo tiene un principio y un final, hay que saber decir hasta aquí hemos llegado" (Participante 2, 51 años, entrevista no estructurada).

"...todo el mundo es consciente de que ese proceso tiene que terminar, llega un momento en que tienes que tomar la decisión, hay quien lo acepta en el mismo momento en que se da cuenta de que eso va a suceder y otros que siguen y siguen, no lo toleran" (Participante 1, 51 años, entrevista no estructurada).

"...lo concibo como una realidad, como algo que tienes que aceptar después de haber utilizado los medios que has podido y saber también cuando ese hecho se produce..." (Participante 7, 42 años, entrevista semiestructurada).

Discusión: En nuestro estudio el distanciamiento emocional permitió a las enfermeras alejarse de la relación entablada con el paciente y su familia, llegándose a extremarse y despersonalizado el trato con el paciente. Gálvez et (10) al destacan que su empleo se hace en un intento de apartarse del dolor y el sufrimiento ante la presencia de la muerte; mientras que Santamaría (11) afirma que se trata de una técnica que se va desarrollando con el paso del tiempo que permite la asimilación de la muerte. Por otro lado en nuestro estudio el apoyo psicológico fue prestado informalmente por amigos, compañeros o familiares coincidiendo con los

resultados de Espinosa (12), Ranse (13) y Gálvez (10). Sin embargo Halcomb et al (14) plantea que en pocas ocasiones las enfermeras recurren a servicios profesionales pese a tenerlos disponibles por falta de tiempo, por lo que se pudiese pensar de ellos o por intentar dar una imagen de fortaleza. Por el contrario el humor tuvo un escaso protagonismo, a pesar de ello hay diferentes autores que destacan las ventajas que ofrece, Talbolt (15) afirma que disminuye el agotamiento emocional y aumenta la realización personal y Espinosa (12) plantea que ayuda a mantener el estado anímico. La aceptación de la muerte apenas aparece y de hacerlo se relaciona con la incapacidad de mantener la supervivencia del paciente. Halcomb et al (14) afirman que a las enfermeras el resultado difícil aceptar la retirada del tratamiento.

En cuanto a las implicaciones para la práctica clínica, los resultados del presente estudio ayudarían incorporar programas de apoyo psicológico profesional a partir del conocimiento de estrategias disfuncionales empleadas que pudiesen influir negativamente en la asistencia prestada. A su vez ayudaría a prevenir posible situaciones de agotamiento emocional presente en los propios profesionales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Truog R, Campbell M, Curtis J, Haas C, Luce JM, Rubenfeld G, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. *Critical Care Medicine*. 2008;36(3):953–63
2. Fernández Fernández R. Baigorri González F. & Artigas Raventos A. Limitación del esfuerzo terapéutico en Cuidados Intensivos. ¿Ha cambiado en el siglo XXI? *Med Intensiva*. 2005; 29(6):338-41.
3. Navarrete M. La investigación cuantitativa en la sociología peruana. *Metodología de Encuestas*. 2000; 2(1), 1-16
4. Polit F, & Hungler P. Diseños de muestreo. *Investigación científica en ciencias de la salud*. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
5. Carmona C, & de Flores S. Implicaciones conceptuales y metodológicas en la aplicación de la entrevista en profundidad. *Revista de Educación*. 2007; 13(23)
6. Giorgi A. The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *J Clin Psychol*. 1997; 28(2), 235-260.
7. Morse J, & Richards L. *Readme first for a user's guide to qualitative methods*. California: Sage; 2002
8. Tong A, Sainsbury P, & Craig, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups *Int J Qual Health Care*. 2007; 19(6), 349-357.
9. Guba G. & Lincoln S. *Fourth generation evaluation*. London: Sage Publications; 1990.
10. Gálvez M, Ríos F, Fernández L, del Águila B, Muñumel G, & Fernández C. El final de la vida en la unidad de cuidados intensivos desde la perspectiva enfermera: un estudio fenomenológico. *Enfermería Intensiva*, 2011; 22(1), 13-21.
11. Santamaría, C. Cómo abordar la muerte y el duelo en el contexto educativo. *Humanizar*, 2009; 105:12 - 4.
12. Espinosa, L., Young, A., Symes, L., Haile, B., & Walsh, T. ICU nurses' experiences in providing terminal care. *Critical Care Nursing Quarterly*, 2010; 33(3), 273-281.
13. Ranse, K., Yates, P., & Coyer, F. End-of-life care in the intensive care setting: A descriptive exploratory qualitative study of nurses' beliefs and practices. *Australian Critical Care*, 2012; 25(1), 4-12.
14. Halcomb E, Daly J, Jackson D, & Davidson, P. An insight into Australian nurses' experience of withdrawal/withholding of treatment in the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2004; 20(4), 214-222.
15. Talbot, A., & Lunden, B. On the association between humor and burnout. *Humor*, 2000; 13(4), 419–428.

Mesa de Comunicaciones 2: Envejecimiento

Concurrent Session 2: Aging

AUTORES/AUTHORS:

Maria de Fátima Araújo, Nilza Caldevilla, Paulo Marques, Manuela Martins, Júlia Martinho, Clara Monteiro

TÍTULO/TITLE:

Factores de riesgo de caídas en la población mayor en contexto comunitario: estudio transversal

Objetivo. Evaluar factores de riesgo de caídas de personas mayores en contexto comunitario.

Método. Se ha realizado un estudio transversal con 1322 personas mayores con una edad de 65 años o más a vivir de forma independiente, en el periodo de Diciembre de 2014 a Febrero de 2015. La muestra fue intencional, no probabilística. Se ha recogido la información de todos los participantes sobre la situación de salud, actividades instrumentales de vida diaria (IADL), condiciones de habitación y circunstancias de las caídas ocurridas en los últimos 6 meses. Para la evaluación de las IADL, se ha usado la versión Portuguesa de Lawton & Brody (Araújo, Ribeiro, Oliveira, Pinto & Martins 2008).

La escala de Lawton & Brody es un instrumento usado para evaluar las IADL, en particular en ámbito de investigación con personas mayores (Araújo, 2011). Este instrumento, evalúa el nivel de independencia de la persona mayor en lo que se refiere a su capacidad para realizar tareas como: usar teléfono, hacer compras, preparar su alimentación, arrumar su casa, lavar su ropa, usar transportes, preparar su medicación y gestionar su dinero, mediante la atribución de una puntuación. En la versión portuguesa, cada posibilidad de respuesta asume un valor distinto (0, 1, 2, 3, o 4) permitiendo distinguir los sujetos cuanto a la realización de las tareas, o que en la práctica clínica constituye una ventaja para la realización de estudios más ajustados a las reales necesidades de los sujetos (al envés de la versión original que utiliza una puntuación dicotómica). El score global de la escala en la versión portuguesa varía entre 0 y 23, siendo que una puntuación más baja corresponde a peor funcionalidad. La validación del instrumento ha sido hecha con una muestra de 225 personas mayores residentes en contexto domiciliario en tres regiones distintas del norte de Portugal (contexto urbano, rural y intermedio).

El instrumento reveló buenas calidades psicométricas para ser usado en contexto comunitario, con un α de Cronbach indicativo de buena fidelidad (0,94) y los ítems de la escala presentaron correlaciones con una escala total entre $r=0,77$ y $r=0,86$. En el estudio de la validez convergente se ha observado una correlación fuertemente positiva y estadísticamente significativa con el IB. En la presente investigación, se ha obtenido el parecer favorable de la comisión de ética para la salud del Centro Hospitalar São João / Faculdade de Medicina do Porto, teniendo sido obtenido el consentimiento libre y esclarecido de los participantes. En el tratamiento de los datos, fue hecha una análisis exploratoria en que las estadísticas habituales han sido computadas, a fin de obtener una visión de las principales características de la muestra. En particular, las distribuciones de frecuencia de los factores de riesgo fueron calculadas para clasificar su importancia en la ocurrencia de las caídas. Para evaluar la asociación entre variables, se optó por usar el odds ratio (OR). El procesamiento de los datos fue realizado con recurso al software SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 22,0.

Resultados. El estudio ha envuelto a 561 hombres y 761 mujeres. La edad media fue 74,4 (SD= $\pm 7,04$) años, con un mínimo de 65 y un máximo de 99 años, mitad de la muestra tiene 73 o más años. En términos de escolaridad, la mayoría de la muestra tiene el primer ciclo 71,3% y 16,7% no tiene ningún grado de enseñanza. Un tercio de la población tiene una percepción de que su salud es mala 29,7% o muy mala 3,8%. Aun así 46,5% de los participantes viven en habitaciones en que el acceso se hace por escaleras con más de 5 escalones.

La prevalencia de las caídas en los participantes es de 24,5%, haciendo un total de 467 caídas. De las personas que han caído 14,5% fueron caídas accidentales y 8,15% fueron caídas recurrentes (≥ 2 caídas). Entre los 24,5% de las personas que han caído, 67,5% fueron mujeres. Las mujeres presentan un riesgo de caída, casi dos veces superior a los hombres (OR = 1,85; IC 95%: 1,40-2,43).

El número de caídas aumenta significativamente con la edad. Cuando hecho un corte en los 75 años, los resultados revelaron que tener más de 75 años aumenta el riesgo de caerse en relación al grupo de los 65-74 años (OR = 2,38; IC 95%: 1,82-3,11). De las personas mayores que han caído 46,3% han reportado lesiones asociadas a la caída, de las cuales 35% han necesitado de recibir cuidados de salud. Nuestros resultados muestran que los participantes que tienen menor autonomía en las IADL evaluadas por Lawton & Brody, tienen significativamente más quedadas que los demás con mejor desempeño en dichas actividades ($t = -8,927$, $df = 1,152$; $p < 0,001$). Los resultados del estudio evidencian también que los mayores que tienen una percepción del riesgo de caerse, son

tres veces más propensos a ello, en comparación con sus pares que consideran no tener riesgo de caerse (OR = 3,163; IC 95%: 2,338-4,279).

El estudio evidencio otros factores de riesgo fuertemente asociados con el outcome de queda, incluyendo la incontinencia urinaria (OR = 3,13; IC 95%: 2,29-4,28), sentimientos de tristeza (OR = 2,84; IC 95 %: 2,09-3,87), compromisos de memoria (que interfiere con el día a día) (OR = 2,96; IC 95%: 2,20-3,99) y los compromisos de marcha e equilibrio, respectivamente (OR = 3,06; IC 95%: 2,31-4,06) / OR = 5,15; IC 95%: 3,71-7,15).

Discusión. En el análisis de las caídas es importante enfatizar su naturaleza multifactorial. Haciendo eco de esta indicación, se ha optado por agrupar los factores de riesgo más prevalentes en la muestra, siguiendo la misma orientación de Canadian Falls Preventions Curriculum (Scott et al., 2007).

En nuestro estudio, los factores de riesgo biológicos tuvieron una predominancia mayor, especialmente, tener edad \geq 75 años (OR = 2,38; 95% CI: 1,82- 3,11), la incontinencia urinaria (OR =3,13; IC 95%:2,29-4,28), compromiso de memoria (OR=2,96; IC 95%:2,20-3) y los compromisos de marcha e equilibrio, respectivamente (OR = 3,06; IC 95%: 2,31-4,06) / OR = 5,15; IC 95%: 3,71-7,15). Otros estudios también han encontrado algunos de estos resultados (Araújo, 2011; Chiarelli et al., 2009; Chien, & Guo, 2014; Liu-Ambrose, 2008; Martin et al., 2013; Rossat et al., 2011).

Cuanto a los factores de riesgo socio-económicos, baja escolaridad estuvo presente en 71,3% de la muestra y 16,7% no tenían cualquier grado de enseñanza. En nuestro estudio, la asociación de esta variable con la ocurrencia de caídas no ha tenido significado estadístico, aun así a OMS (2007) llama a atención para que las personas mayores con status económico más bajo, especialmente del sexo femenino, que vivan solas o en áreas rurales tienen un mayor riesgo de caerse.

El lo que dice respecto a los riesgos ambientales, la presencia de escaleras (en el acceso a los domicilios o en su interior) fue referida por 46,5% de los participantes. Los mayores con menor autonomía en las IADL (versión Portuguesa de Lawton & Brody) han tenido significativamente menos caídas, o que puede ser explicado por estas personas se encontraran acamadas. En relación con el género, el mayor riesgo en las mujeres es suportado también en otros estudios nacionales (Araújo, 2011; Silva, 2012) e internacionales (Martin et al., 2013; Rossat et al., 2011; Rubenstein, 2006). En conclusión, las caídas en las personas mayores constituyen un grave problema de salud que trae sufrimiento y elevados costes a sus familias y al servicio de salud. Los resultados de esta investigación aportan conocimientos para la práctica clínica y para las políticas de salud de diferentes formas. Primero, la prevención del riesgo de queda es una meta para la enfermería. Luego, los conocimientos de los factores de riesgo de caídas y la prescripción de intervenciones de enfermería basadas en evidencia científica, lleva a una tomada de decisión fundamentada y direccionada para las reales necesidades de los mayores en la comunidad. En segundo lugar, este estudio demuestra la necesidad urgente en evaluar el riesgo de quedas de los mayores en las consultas de enfermería, como una estrategia para la promoción de la seguridad de las personas mayores. En tercero lugar, esta pesquisa ha permitido realzar el impacto de los factores ambientales en el riesgo de caídas de la población mayor en contexto comunitario, hecho que viene a corroborar la necesidad de empoderar a los mayores y a sus familia en la eliminación y control de los factores ambientales y estimular su responsabilidad en el autocuidado y en el ejercicio de autonomía. En la prestación de cuidados, una de las competencias definidas para el enfermero es la promoción de la salud, teniendo como herramienta fundamental la educación para la salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Araújo, M.F.A. (2011). Contributos do apoio psicossocial em contexto domiciliário, aos familiares cuidadores /idosos, após fractura da extremidade proximal do fémur (Tese de Doutoramento). Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto, Portugal.

Araújo, F., Ribeiro, J.L., Oliveira, A., Pinto, C., & Teresa (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In I. Leal; J.L.P., Ribeiro; I., Silva; S. Marques (Eds), 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Intervenção

em Psicologia e Saúde (218-220). Lisboa:ISPA.

Chiarelli, P.E. Mackenzie, L.A. Osmotherly, P.G. (2009). Urinary incontinence is associated with an increase in falls: a systematic review. *Aust J Physiother.* 55(2):89-95.

Chien, Ming-Hung. Guo, How-Ran (2014). Nutritional Status and Falls in Community-Dwelling Older People: A Longitudinal Study of a Population-Based Random Sample. *PLoS ONE*, 9(3): e91044. doi:10.1371/journal.pone.0091044.

Liu-Ambrose, T. Ahamed, Y. Graf, P. Feldman, F. Robinovitch, S.N. (2008) Older fallers with poor working memory overestimate their postural limits. *Arch Phys Med Rehabil*, 89, 1335-1340.

Martin, K.L. Blizzard, L. Srikanth, V.K. Wood, A. Thomson, R. Sanders, L.M. Callisaya, M.L. (2013). Cognitive function modifies the effect of physiological function on the risk of multiple falls – a population-based study. *Journals of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*, 68 (9), 1091-1097.

Rossat, A. Fantino, B. Bongue, B. Colvez, A. Nitenberg, C. Annweiler, C. Beauchet O. (2011). Association between benzodiazepines and recurrent falls: a cross-sectional elderly population-based study. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 15 (1), 72-77.

Rubenstein, L.Z. (2006). Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Aging*, 35 Suppl 2:ii37-ii41.

Scott, V. [et al]. (2007). Canadian Falls Prevention Curriculum. Canadian Falls Prevention Curriculum - Resource Manual.

Silva, N.S.M. (2012). As quedas nos idosos: A importância da Educação para a Saúde (Tese de Mestrado). Faculdade de Medicina e Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto, Portugal.

WHO (2007). WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. Geneva. ISBN 978 92 4 156353 6.

AUTORES/AUTHORS:

Victoria Morín Fraile, Jordi Galimany Masclans, Raül Sancho Agredano, Joan Maria Estrada Masllorens, Eva Guix Comellas, Montse Solà Pola

TÍTULO/TITLE:

Factores contextuales que condicionan el desarrollo de actividad física

Objetivos

Identificar la influencia de los factores contextuales (interpersonales y situacionales) en el desarrollo de actividad física.

Método

Se desarrolló un diseño de investigación cualitativa de raíz fenomenológica, basado en el paradigma constructivista y la perspectiva del interaccionismo, que permite, en esta investigación, comprender el punto de vista de los participantes, ahondar en cómo han construido las vivencias en interacción con su entorno y conocer qué condicionantes han intervenido en la generación de las actitudes, creencias, expectativas y motivaciones que subyacen en la conducta de realizar actividad física como forma de promover la propia salud.

Se han estudiado las dimensiones: expectativas de las personas allegadas, apoyo profesional, apoyo grupal, disponibilidad de opciones, requerimientos de cuidados familiares, necesidad de ocupar el tiempo.

Para la obtención de los datos de las personas participantes se utilizó la entrevista en profundidad semiestructurada y los memorandos.

El estudio se realizó en un área urbana de la provincia de Barcelona. Se seleccionaron tres tipos de entorno: un centro deportivo, tres Centros de Atención Primaria y cuatro domicilios.

Las personas responsables de los centros dieron su aprobación para facilitar el acceso a los participantes. Se contó con la colaboración de una monitora de actividad física y con varios/as enfermeros/as y médicos. Se solicitó la firma del documento de consentimiento informado a todos los participantes. Se obtuvo un informe de evaluación favorable de la Comisión de Bioética de la Universitat de Barcelona.

En la selección de los casos se ha buscado contactar con personas de diferentes edades, sexo y experiencias en actividad física, con la intención de obtener el máximo equilibrio entre diversidad y tipicidad en el fenómeno estudiado. Se valoró la pertenencia a tres perfiles: personas activas en la actualidad y durante los dos últimos años, personas no activas en la actualidad pero activas en el pasado y personas no activas nunca. Por ello, las decisiones muestrales tomadas, han respondido al objetivo del estudio, de desarrollar conceptos que permiten entender el sentido que tiene para las personas participantes la realización de actividad física y los factores contextuales que intervienen en el desarrollo de dicha conducta promotora de salud. De esta manera se optó por seguir el procedimiento de muestreo intencional teórico, con selección estratégica de casos. Se entrevistaron 25 personas (16 mujeres y 9 hombres) entre 45 y 75 años que cumplieran los criterios de edad y perfil, de las cuales 15 realizaban actividad física y 10 no.

Los datos se analizaron según los planteamientos metodológicos de la teoría fundamentada, a través del método de comparación constante hasta la saturación teórica, intentando obtener el máximo equilibrio entre diversidad y tipicidad en el fenómeno de estudio. Se analizaron y codificaron los datos para desarrollar conceptos e identificar sus interrelaciones y propiedades, a partir del contenido de las entrevistas transcritas. En la primera fase del análisis, siguiendo un proceso inductivo de comparación de los textos, se identificaron las informaciones comunes que se podían englobar en una idea, analizando sus propiedades y dimensiones y se formularon catorce códigos conceptuales, que se agruparon en dos categorías. En una segunda fase se analizaron las dos categorías con el fin de encontrar relaciones entre categorías y dentro de ellas, así como con la literatura existente; ello permitió identificar tres subcategorías en cada una de las dos categorías. En la fase final del análisis se valoró si la interpretación de los

datos, expresadas a través de las categorías, se correspondía con la información obtenida, con los referentes teóricos y con las apreciaciones recogidas en los memorandos, para así, englobar las categorías en una idea central.

Para garantizar la confiabilidad se utilizaron el recurso de la grabación de las entrevistas, la transcripción por la propia investigadora, la incorporación de la información de los memorandos y la triangulación con los planteamientos teóricos del Modelo de Promoción de la Salud.

Resultados y Discusión

Los factores contextuales que influyen en el inicio y mantenimiento de la AF se concretan en dos categorías: influencias interpersonales e influencias situacionales.

Como influencias interpersonales que condicionan el desarrollo de AF, de los datos analizados se identifican las subcategorías siguientes:

Expectativas de las personas importantes

Para una gran parte de los participantes activos, la opinión de sus personas allegadas ha tenido incidencia en el desarrollo de la actividad física. El apoyo familiar y de amigos, contribuye a percibir mayor nivel de autoeficacia y motivación por la actividad física y en personas mayores, el ejemplo de personas de su misma edad puede ser visto como un ejemplo a seguir (1).

En algunos casos el estímulo de las persona allegadas no tiene influencia e incluso puede ser desmotivador. Ello puede estar relacionado con la percepción de presión social que infunde sentimientos de tensión, estrés y por consiguiente puede influir de forma negativa (2).

Los profesionales que guían la AF

Los profesionales de la AF (monitores, entrenadores) son considerados, por las personas participantes, un elemento clave para el mantenimiento de la misma. Ayudan a mejorar la autopercepción, infunden ánimo y sentido de logro y hacen que la AF sea una actividad amena y divertida (3)

Los profesionales de la salud

El consejo frecuente de los profesionales de la salud influye en las conductas de AF, en las personas con problemas leves de salud, con factores de riesgo y en las personas más mayores motivadas para mantener un buen estado funcional. Las intervenciones enfermeras de apoyo y consejo conductual incrementan el sentido de autoeficacia y motivan para la AF, sobre todo entre mujeres mayores que tienen disposición a iniciarla (4).

En algunos casos las indicaciones de los profesionales sanitarios son consideradas insuficientes por las personas participantes. Valoran que necesitarían que el consejo fuera más prescriptivo para estar más motivadas. Los pacientes que reciben el consejo como prescripción incrementan su nivel de AF, al menos durante los seis meses siguientes y aunque posteriormente puede haber un descenso, si se repite la prescripción, se mantiene la AF a largo plazo (5, 6).

El grupo como modelo y apoyo

Para la mayoría de las mujeres participantes que realizan actividad en grupo, ésta constituye una experiencia satisfactoria que valoran como un aspecto motivador para el mantenimiento de la misma. Formar parte de un grupo es un aspecto de importancia para mantener el compromiso con la AF, sobre todo en mujeres (7). Sin embargo, en algunos casos, formar parte de un grupo no influye e incluso puede ser un elemento desmotivador ya que no se desea establecer nuevas relaciones. Para la mayoría de los hombres participantes la realización de AF en grupo, no es considerada como importante, por lo general. Aun así, para alguno de ellos, la experiencia de la actividad grupal, todo y no ser buscada, cuando se da, puede tornarse un elemento que motiva para

mantener la conducta, bien sea porque agrada, bien porque se dan ciertos elementos de competición. Así, este factor de competitividad es un elemento de motivación extrínseca, que genera el grupo y que puede mejorar la autoeficacia y esta, a su vez, a aumentar la motivación intrínseca (2).

Entre las influencias situacionales las personas participantes expresan las siguientes:

Las opciones disponibles

Para la mayoría de los participantes activos los recursos disponibles son adecuados para mantener la AF de forma habitual. La proximidad de zonas o de centros para la práctica de AF, los horarios de las actividades organizadas y el precio, destacan como los aspectos más comentados. Todos estos aspectos son motivadores para el inicio y mantenimiento de la AF (8)

Para algunas personas no activas, la dificultad de acceso a los recursos puede ser una limitación para realizar AF. En algunos casos la limitación situacional es la dificultad derivada de los horarios de trabajo, que no son fijos y ello dificulta la planificación de la AF. En otros casos las opciones son poco adecuadas para motivar lo suficiente. El entorno donde viven las personas y la realización de actividad física están relacionados, de manera que se realiza menos ejercicio cuando se percibe un entorno poco facilitador para ello, ya sea porque no se dispone de espacios reservados, por ejemplo para caminar, parques y centros deportivos, o porque el barrio en el que se vive no proporcione un mínimo de seguridad (tráfico, iluminación) (2) e incluso porque faltan programas de actividades comunitarias accesibles, que sean variadas y que respondan a las expectativas personales Whaley & Haley (1).

Los condicionantes descritos, afectan al desarrollo de una conducta activa en cuanto que intervienen en el grado de motivación intrínseca (el gusto por la actividad en sí misma) para realizar AF. De manera que si las personas perciben un entorno poco facilitador, se sienten menos motivadas. Pero parece no influir tanto en la motivación extrínseca, es decir, si el motivo por el que se realiza AF está vinculado a una recomendación profesional o a una necesidad percibida, la calidad del entorno no parece afectar negativamente al desarrollo de AF (2). Este último aspecto es comentado por alguno de los participantes, para quien las limitaciones del entorno, no lo serían si viera la necesidad perentoria de incrementar su AF.

Requerimientos de cuidados familiares

Para algún participante, la situación de vida personal puede obligarlo a no mantener una conducta de AF, aunque en el pasado fuera así. La situación se expresa como falta de tiempo y como falta de ánimo para realizar actividades que anteriormente se desarrollaban. Estos aspectos son los que mayormente aparecen como condicionantes de la realización de AF (9). En algún caso, el cuidado de los nietos es vivido como una obligación que se está dispuesto a realizar de buen grado. Aunque dicha obligación implica la renuncia a realizar AF, debido a la falta de tiempo. Sin embargo, en algunas de las participantes, el tiempo dedicado al cuidado de familiares es compartido y ello permite el mantenimiento del ejercicio como una actividad cotidiana (10).

La necesidad de ocupar el tiempo

Algunos de los hombres participantes indican que la principal razón por la que empezaron a realizar ejercicio es la necesidad de ocupar una parte de su tiempo. La situación de la posjubilación, también se expresa como favorecedora de la adopción de la AF como práctica habitual, con la intención de ocupar el tiempo que antes ocupaba el trabajo. En todo caso, los factores situacionales parecen ser los que más contribuyen a explicar la variación en las conductas de AF (8).

Implicaciones para la práctica

Tal como se deriva de los resultados de la investigación, iniciar y mantener una conducta de AF contribuye al mantenimiento de la salud y la calidad de vida durante la etapa de la madurez y del envejecimiento. Las enfermeras pueden ayudar a las personas a desarrollar un historial de percepciones positivas con determinadas conductas, focalizando los beneficios de las mismas, enseñándoles cómo salvar los obstáculos y consiguiendo mayores niveles de eficacia y afectos a través del desempeño de experiencias positivas y exitosas. El propio profesional enfermero constituye un elemento contextual, es decir, participa del entorno social de las personas y ello, como se deriva de los resultados de la investigación, le convierte en un recurso. Esto significa que la práctica enfermera debe orientarse hacia la educación para la salud, empleando modelos en los que prime el enfoque ecológico,

orientados a que las personas sepan, quieran y puedan comportarse de forma saludable, mediante el desarrollo de capacidades.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Whaley DE, Haley PP. Creating community, assessing need: preparing for a community physical activity intervention. *Research Quarterly for Exercise and Sport*. 2008;79(2): 245–55.
Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18664048>
2. McNeill LH, Wyrwich KW, Browson RC, Clark EM, Kreuter MW. Individual, social environmental, and physical environmental influences on physical activity among black and white adults: a structural equation analysis. *Annals of Behavior Medicine*. 2006;31(1): 36-44.
3. Huberty JL, Ransdell LB, Sidman C, Flohr JA, Shultz B, Grosshans O, Durrant L. Explaining long-term exercise adherence in women who complete a structured exercise program. *Research Quarterly for Exercise and Sport*. 2008;79(3), 374–384. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18816949>
4. Costanzo C, Walker SN. Incorporating self-efficacy and interpersonal support in an intervention to increase physical activity in older women. *Women & Health*. 2008; 47(4): 91–108.
doi:10.1080/03630240802100747
5. Grandes G, Sanchez A, Ortega Sanchez-Pinilla R, Torcal J, Montoya I, Lizarraga K, Serra J. Effectiveness of Physical Activity Advice and Prescription by Physicians in Routine Primary Care: A Cluster Randomized Trial. *ArchIntMed*. 2009;169(7): 694–701.
6. Grandes G, Sanchez A, Montoya I, Ortega Sanchez-Pinilla R, Torcal J. Two-year longitudinal analysis of a cluster randomized trial of physical activity promotion by general practitioners. *PloS One*. 2011; 6(3), e18363. doi:10.1371/journal.pone.0018363
7. Perry CK, Rosenfeld AG, Kendall J. Rural women walking for health. *Western Journal of Nursing Research*. 2008; 30(3);295–324. doi:10.1177/0193945907303036
8. Serrano-Sanchez JA, Lera-Navarro A, Dorado-García C, González-Henriquez JJ, Sanchis-Moysi J. Contribution of individual and environmental factors to physical activity level among Spanish adults. *PloS One*. 2012; 7(6), e38693. doi:10.1371/journal.pone.0038693
9. Stutts WC. Physical activity determinants in adults. Perceived benefits, barriers, and self efficacy. *American Association of Occupational Health Nurses Journal*. 2001;50(11): 499–507.
10. Weinberg RS, Gould D. *Fundamentos de psicología del deporte y el ejercicio físico*. Barcelona: Panamericana; 2010.

Mesa de Comunicaciones 3: Maternoinfantil / Educación para la salud**Concurrent Session 3: Mother and Children / Health Education****AUTORES/AUTHORS:**

MARIA GONZALEZ GALLEG0, M^a JOSE RAMOS CARBAJO, ROSA M^a ALVAREZ DIEZ, M^a ANGELES GONZALEZ FERNANDEZ, ROSA GARCIA FERNANDEZ, M^a GUADALUPE POSADILLA ALONSO, HENAR R BOBILLO DE LAMO, M^a ROSARIO LOPEZ PEREZ

TÍTULO/TITLE:

ANALISIS DE LOS RESULTADOS EN LACTANCIA MATERNA TRAS IMPLANTAR LA GUÍA RNAO "LACTANCIA MATERNA" EN ATENCIÓN PRIMARIA

INTRODUCCIÓN:

El Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs (JBI) para los Cuidados en Salud basados en la Evidencia, en colaboración con la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii) y la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), iniciaron en junio de 2011 el Proyecto de Implantación de Guías de Buenas Prácticas (GBP) en España. Este Proyecto tiene como objetivo fomentar, facilitar y apoyar la implantación, evaluación y mantenimiento, en cualquier entorno de la práctica enfermera de buenas prácticas en cuidados, basadas en las Guías de RNAO mediante la creación de una Red Nacional de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC/BPSO) que fidelice el uso de prácticas basadas en los mejores resultados de la investigación en cuidados.

En el proceso de selección a nivel nacional se eligieron ocho instituciones de las 44 candidaturas presentadas, siendo el Centro de Salud Ponferrada II

(Bierzo) el único Centro de Atención Primaria junto con siete hospitales de la red pública y la Universidad de Murcia.

Una de las dos guías que se ha implantado en el Centro de Salud Ponferrada II es la Guía de Lactancia Materna

OBJETIVO:

Evaluar los resultados de la implantación de Guías de Buenas Prácticas para la promoción de la lactancia materna en el Centro de Salud Ponferrada II (Bierzo).

METODOLOGIA:

Se realizó un análisis de resultados de datos recogidos desde mayo del 2012 (mes 1) hasta febrero del 2015 (mes 34). Análisis observacional, descriptivo y de evolución.

Ámbito de estudio: Zona Básica de Salud de Ponferrada II.

Sujetos de estudio: Hijos de madres cuya fecha de intervención de evaluación posnatal sea 1 de febrero de 2012 o posterior.

Muestra: Lactantes de 0 a 15 meses de edad, que acuden a consulta de enfermería a lo largo de cinco días de cada mes definidos por el Centro Colaborador. Se obtuvieron 375 casos (parejas madre hijo).

Criterios de exclusión: Parto gemelar, peso del recién nacido inferior a 2.500 gr y diferente fecha de alta hospitalaria madre-hijo.

Variables: Edad madre, sexo y peso del niño al nacimiento, tipo de parto, valoración pre y posnatal, educación sobre lactancia, lactancia materna exclusiva (LME) 24 h. previas al alta, LME en niños de 0-14 día y <183 días (24 h. previas a la consulta); LM en niños <365 días y <487 días (24 h. previas a la consulta) tiempo en días de LME y Lactancia Materna Total (LMT).

Recogida de datos: Historia informatizada del niño (MEDORACYL). Hoja Excel de Registro de datos diseñada por el Centro Colaborador (investén-isciii) para explotar las variables elegidas y posteriormente CarEVID (Care Evaluation Indicators): Plataforma de recogida de datos del Programa de Implantación de Guías de Buenas Prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® (CCEC) – BPSO España.

Para la presentación de los datos se utilizaron la media y la desviación típica en el caso de variables de carácter continuo y frecuencias y porcentajes en caso de variables de carácter discreto. Se analizó con Microsoft Excel 2007 y SPSS v.22.

RESULTADOS:

Resultados sociodemográficos:

- Rango de edad madres: 16 a 46 años.
- Sexo del Recién Nacido (RN): 50.1% niñas y 49.9 % niños.
- Rango de peso al nacimiento de los niños a estudio 2500 a 4550 gr.
- Tipo de parto: el 30.8 % parto eutócico, el 17.5% fue parto instrumental y el 51.7% mediante cesárea.

Resultados de los indicadores (referido a las 24 horas previas a la consulta):

- Se realiza la evaluación prenatal al 89,9%(307) de las mujeres embarazadas.
- Realizan las sesiones de educación sobre lactancia materna el 71,6% (327).
- La evaluación postparto se realiza al 90,1% (365) de la mujeres.

En las 24 horas previas al alta:

- El 70,6% (252) de los lactantes recibió lactancia mixta.
- El 21,8% (252) recibió LME.

24 horas previas a la consulta:

- El 64,5%(31) de los lactantes de 0-14 días se alimentó con LME.
- Los niños de 0<183 días toman LME el 54,4% (160).
- Los lactantes de 183-364 días toman LM el 43% (100).
- Los niños de 365-487 días se alimentan con LM 25,9% (85).
- El tiempo de LME de los niños estudiados es de 71.99 días y tiempo de LMT es de 132,69 días. Estos indicadores se empiezan a medir a partir del mes 15 (abril de 2013).
- El 40,3%(154) de niños incluidos en el estudio llegan al 6º mes con LME.

Los motivos de abandono de la Lactancia materna, indicador medido a partir del mes 15 (abril 2013):

- Trabajo materno o estudios: 9 madres.
- Indicación médica (madre /hijo): 13 madres.
- Estancamiento ponderal: 6 madres.
- Decisión lactante: 6 madres.
- Decisión materna (estrés, mala experiencia previa, anomalías en mamas,...) 93 madres.

DISCUSIÓN

A pesar de que la mayoría de las madres desean amamantar a sus hijos, durante la estancia hospitalaria tan sólo un 21.8% de los RN se alimentan con Lactancia Materna Exclusiva, este porcentaje aumenta hasta el 64.5 % en los niños de 0-14 días tras el regreso al domicilio materno y se va reduciendo a medida que transcurren los meses hasta llegar a un 40.3% de niños alimentados con LME a los 6 meses.

El porcentaje de niños que toman LME a los seis meses es más elevado que en otros estudios realizados en la zona debido a los criterios de exclusión (parto gemelar, peso del recién nacido inferior a 2.500 gr y diferente fecha de alta hospitalaria madre-hijo) ya que son los niños en los que es más difícil iniciar y mantener la LME por sus características.

IMPLICACION PARA LA PRÁCTICA:

Desde nuestro punto de vista para mejorar el fomento de la lactancia materna en nuestro medio, sería deseable:

- Realizar mejoras en la información y la formación a las madres durante el embarazo para impulsar la toma de decisión de amamantar a su hijo desde el nacimiento.
- Los profesionales de la salud implicados en la lactancia materna, tanto de Atención Primaria como Especializada, debemos transmitir el mismo mensaje a las madres lactantes.
- Es fundamental trabajar con protocolos consensuados basados en la evidencia (Guías de Buenas Prácticas) en los dos niveles de atención.

Consideramos fundamental una buena comunicación para que la madre logre un alto grado de confianza en el proceso de amamantamiento, todo dentro de un contexto propicio.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Lactancia materna. Guía de Buenas Prácticas en enfermería. Asociación profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO). 2007
Herramienta de implantación de las Guías de Práctica Clínica. Traducción de Investén (Marzo 2009). Disponible en <http://www.evidenciasencuidados.es>

Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna. Editorial Médica Panamericana –Madrid 2008.

Web:<http://www.medicapanamericana.com>

La Salud desde el principio. Guía de salud materno infantil. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Mayo 2009

"Lactancia Materna: Guía para profesionales". Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP).

Monografía de la AEP nº 5. Ediciones ERGON. 2004

"Manual práctico de asesor@s de lactancia y prevención en la crianza". Escuela de ecología de la crianza y la educación (SINA).

AUTORES/AUTHORS:

Cristina Nieto Martínez, Daniel Muñoz Jiménez, María Carmen Picos Bodelón, Nuria Celis Portillo, María Isabel Rodríguez Ruiz, Silvia Marco Marco, María Sanz Guijo, María Rosario Rosa Aguayo, Raquel Castro Martínez

TÍTULO/TITLE:

VALORACIÓN MATERNA DE LACTANCIA DURANTE EL PRIMER AÑO POSTPARTO

JUSTIFICACIÓN

La lactancia materna es una práctica recomendada desde las instituciones nacionales e internacionales debido a los beneficios que aporta tanto para la salud del lactante, como de la madre. La Organización Mundial de la Salud recomienda iniciar la lactancia materna en la primera hora tras el nacimiento y mantener una lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida¹. Así mismo, la Asociación Española de Pediatría recomienda la leche materna, como el mejor alimento para el lactante los seis primeros meses de vida². Diversos estudios han demostrado que aporta beneficios tanto para la madre^{3,4}, como para el niño^{5,6}. Sin embargo, el abandono precoz de la lactancia materna es mayoritario. Uno de los estudios más amplios sobre prevalencia de LM realizados en España fue realizado por el Comité de Lactancia Materna de la AEP en 1997, en el que se realizó una encuesta en 18 provincias. La tasa de LM fue del 77,6% al mes de vida, el 54,6% a los 3 meses y el 25% a los 6 meses⁷. Según datos publicados más recientemente, en la Encuesta Nacional de Salud del Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2011, la prevalencia de LM en España a los 3 meses era del 66,6 % y a los 6 meses del 46,9 %⁸.

OBJETIVOS

Conocer las fortalezas y dificultades de las madres en relación con su vivencia del proceso de lactancia materna durante los primeros doce meses posparto. Secundariamente, permitir a las madres expresar sentimientos derivados de su experiencia con la lactancia materna y analizar las características de los mismos.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo-prospectivo cualitativo, por medio de encuesta telefónica semiestructurada a madres de recién nacidos sanos en parto único, entre enero de 2013 y abril de 2015, en un servicio de obstetricia. Muestreo consecutivo por días de alta. Se incluyeron como variables sociodemográficas edad, nivel educativo y profesión; y como clínicas tipo de parto, tipo de lactancia materna al alta y satisfacción con la lactancia. Se describieron a través de medidas de tendencia central y dispersión o a través de frecuencias absolutas y relativas. Los aspectos cualitativos sobre la valoración del proceso de lactancia fueron recogidos y analizados mediante una lectura inicial dirigida a una comprensión global de la información; identificación de las unidades de significado; descubrimiento de los núcleos de sentido que conformaban las categorías temáticas; interpretación y discusión.

RESULTADOS

Las madres en seguimiento fueron un total de 547. La edad media fue de 31 años, desviación estándar (DE)=7,4. El tipo de parto fue

de 63,3% eutócico, 17,6% instrumentado y 19% cesárea. Los tipos de lactancia materna al alta fueron lactancia materna exclusiva 73%, lactancia materna considera exclusiva 10,7%, lactancia mixta 11,6% y lactancia artificial 4,8%. La valoración de la lactancia en escala de 0 a 10 fue de 8,69 (DE=1,86; n=381) a los dos meses, 9,2 (DE=1,3; n=217) y a los seis meses 9,44 (DE=0,88; n=81).

Según el análisis cualitativo las categorías temáticas establecidas fueron:

Consecuencias orgánicas: Las madres refieren el dolor como principal inconveniente, el cual se relacionaba con lesiones en el pezón y mastitis fundamentalmente. Como aspectos positivos resaltaban el bienestar del bebe, valorado a través de que el lactante se desarrollaba de manera más saludable. Y de manera esporádica expresaban las ventajas de la comodidad y el ahorro.

Emociones: Las madres relatan sus sentimientos en relación a la lactancia materna de manera intensa, y con una frecuencia mucho mayor que cualquier dificultad/beneficio físico. Esos sentimientos son descritos de modo que se podrían situar en una misma línea emocional: como aspecto positivo la unión al niño, el apego y el establecimiento de un vínculo de gran intensidad, y en el lado opuesto de dicha línea la sensación de “estar encadenada”, de “vivir atada al bebé” y de falta de libertad.

DISCUSIÓN

Los profesionales de salud asumen la postura de expertos técnicos en lactancia, brindando orientaciones, cuidados técnicos y utilizando razonamiento científico, y consideran que la práctica asistencial no debe involucrar dimensiones emocionales. Sin embargo, las emociones positivas parecen un factor de adherencia, mucho más efectivo que los beneficios en la salud del lactante. Dentro del ámbito emocional, la dependencia del bebe respecto a la madre, genera sentimientos contrarios entre las madres. ¿Qué origina que una misma vivencia pueda transformarse en fortaleza o dificultad?

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFIA

1. WHO: World Health Organization. Temas de salud. Lactancia materna. [Citado el 8 de mayo 2014] Disponible en : <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
2. AEP: Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones del Comité de Lactancia Materna. Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la AEP Documento PDF completo. [2012] Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/recomendaciones_lm_26-1-2012.pdf
3. Stube AM, Rich-Edwards JW. The Reset Hypothesis: Lactation and Maternal Metabolism. *Am J Perinatol.* 2009; 26(1): 81-88. doi: 10.1055/s-0028-1103034
4. Aguilar Cordero MJ, González Jiménez E, Álvarez Ferre J, Padilla López DA, Mur Villar N, García López PA, Valenza Peña MC. Lactancia materna: un método eficaz en la prevención del cáncer de mama. *Nutr Hosp.* 2010;25(6):954-958
5. Robinson S, Fall C. Infant nutrition and later health: a review of current evidence. *Nutrients.* 2012;4:859-74
6. Morales E, Garcia-Esteban R, Guxens M, et al. Effects of prolonged breastfeeding and colostrums fatty acids on allergic manifestations and infections in infancy. *Clinical & Experimental Allergy.* 2012; 42:918-28
7. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. *An Esp Pediatr.* 1999;50:333-40
8. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad y Consumo [consultado Sept 2015]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/2DeterminantesSalud_DistribucionPorcentual.pdf

AUTORES/AUTHORS:

Matilde Fernández y Fernández-Arroyo, Isabel Muñoz San Roque, Jorge Torres Lucas

TÍTULO/TITLE:

Aplicación del cuestionario "EDUMA2" para evaluar la calidad del programa de educación en el embarazo en Madrid (España)

JUSTIFICACIÓN.

La Organización Mundial de la Salud indica la necesidad de empoderar a la población en el área de Salud (1-4) y prioriza la educación para la salud materno-infantil en sus objetivos 2020 (5,6). Estos programas precisan ser evaluados, para desarrollarse y aumentar su calidad.

OBJETIVOS. Analizar, por distritos sanitarios, la calidad de las sesiones del tercer trimestre de gestación del programa de Educación para la Maternidad/Paternidad del Sistema Nacional de Salud español en la Comunidad de Madrid.

MÉTODO. Ámbito: Atención Primaria (41 Centros de Salud de la Comunidad de Madrid (CM) . Diseño: Estudio descriptivo transversal. Sujetos participantes: asistentes a las sesiones del 3º trimestre de gestación del programa que cumplieran los criterios de inclusión (asistencia a un mínimo de 4 sesiones, consentimiento informado y cumplimentación del cuestionario). El tamaño de la muestra se determina por el estudio piloto realizado con 18 cuestionarios, en el que para la variable principal de valoración se ha estimado una variabilidad de 0,83 por lo que se eligió un tamaño de muestra de 700 cuestionarios (100 por distrito sanitario), el Índice de Confianza (IC) del 95% para un promedio, tendría una amplitud de +/- 0,23 puntos. Instrumento: se aplicó el cuestionario de evaluación "EDUMA2" de cualidades psicométricas (alfa de Cronbach=0,83) (2) y 56 Variables de calidad. Análisis estadístico de datos con programa SPSS v.14. Análisis descriptivo y de técnicas de contraste para evaluar la asociación de las variables según los distintos niveles de medición (Coeficiente de correlación de Pearson, X², t de Student y U de Mann-Whitney). Nivel de significación estadística p< 0.05. Consideraciones éticas: aprobado por las comisiones de Investigación y Ética del Hospital Universitario la Paz y consideraciones según legislación.

RESULTADOS: Se ha aplicado el cuestionario a 928 asistentes, siendo más de 100 en cada uno de los 7 distritos sanitarios. Han cumplimentado el cuestionario 777 embarazadas (83,7%), 26 parejas (2,8%) y 124 acompañantes (13,4%). No se han encontrado diferencias por distrito sanitario en cuanto al riesgo por edad ($X=32,2$; $s=4,3$); falta de apoyo social relacionado con no tener pareja en la gestación (1,9%) y con falta de redes de apoyo (8,7%). En indicadores de funcionalidad el número de participantes es significativamente mayor en el Distrito Sur ($\text{Eta}^2:0,02$). Las explicaciones son más claras en el Distrito Centro ($\text{Eta}^2: 0,014$). Los indicadores de efectividad muestran que el Distrito Norte tiene menores resultados en cuidados de alimentación, ejercicio, descanso y gestación. En los indicadores de impacto no hay diferencias.

DISCUSIÓN. No se ha encontrado ningún estudio de similares características de análisis (7-12). En la mayoría de indicadores no se han encontrado diferencias significativas por distritos y cuando se han encontrado se ha analizado el tamaño del efecto y se han encontrado valores muy pequeños, lo que indica que las diferencias aunque sean significativas, dado el alto tamaño de la muestra, son pequeñas. Por tanto, cabe afirmar que el programa de Educación para la Maternidad/Paternidad que se imparte en los centros de Atención Primaria de la CM tiene una alta calidad independiente del distrito sanitario en el que se imparta. La mayor limitación del trabajo es que el estudio se circunscribe a una sola comunidad del Sistema Nacional Español.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA. El análisis comparativo aporta una información precisa para valorar la adecuación del programa a la población y establecer medidas de mejora concretas. El trabajo permite visualizar la calidad del programa desde una perspectiva de parámetros de efectividad, funcionalidad, eficacia e impacto inmediato. La utilidad de la información obtenida plantea

la necesidad de establecer estrategias de evaluación periódica en esta comunidad y replicar el estudio en otras comunidades.

PALABRAS CLAVE: Assessment models, Education program, Quality Assurance, Health education.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- World Health Organization for Europe (WHO/Europe) (2010). Use empowerment in mental health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/113834/E93430.pdf
- 2- 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.
- 3- Zimmerman, M.A., Stewart, S.E., Morrel-Samuels, S., Franzen, S., Reischl, T.M. (2011). Youth Empowerment Solutions for Peaceful Communities: combining theory and practice in a community-level violence prevention curriculum. *Health Promot Pract*, May, 12 (3), 425-39.
- 4- Asoh, D.A., & Rivers, P.A. (2010). The empowerment and quality health value propositions of e-health. *Health Services Management Research*, 23, 181-4.
- 5- World Health Organization (2013). Follow-up actions to recommendations of the high-level commissions convened to advance women's and children's health. A66/14. EB132/13. Sixty-Sixth World Health Assembly March 2013.
- 6- World Health Organization (2010). Countdown to 2015. Maternal, Newborn and Child Survival. Decade report (2000-2010).
- 7- Vlemmix, F., Warendorf, J.K., Rosman A.N., Kok M., Mol B.W., Morris J.M., Nassar, N. (2013). Decision aids to improve informed decision-making in pregnancy care: a systematic review. *BJOG*, Feb, 120(3), 257-66.
- 8- Benediktsson, I., McDonald, S.W., Vekved, M., McNeil, D.A., Dolan, S.M., Tough, S.C. (2013). Comparing CenteringPregnancy to standard prenatal care plus prenatal education. *BMC Pregnancy Childbirth*, 13(Suppl 1), S5.
- 9- Homer, C.S., Ryan, C., Leap, N., Foureur, M., Teate, A., Catling-Paull, C.J. (2012). Group versus conventional antenatal care for women. *Cochrane Database Syst Rev*, Nov 14, 11:CD007622. doi: 10.1002/14651858.CD007622.pub2.
- 10- Subramanian, S., Katz, K.S., Rodan, M., Gantz, M.G., El-Khorazaty, N.M., Johnson, A., Joseph, J. (2012). An integrated randomized intervention to reduce behavioral and psychosocial risks: pregnancy and neonatal outcomes. *Matern Child Health J*, Apr, 16(3), 545-54.
- 11- Barlow, J., & Coren, E. (2012). Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health. Update in *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;6: CD002020.
- 12- Fernández M, Muñoz I, Torres J. "Assessment of the Pregnancy Education Programme with questionnaire "EDUMA2" in Madrid (Spain)". *J Eval Clin Pract*. 2014 Aug;20(4):436-44

AUTORES/AUTHORS:

Guillermo Manuel Sibón Sancho

TÍTULO/TITLE:

Efecto de las técnicas de reproducción asistida en la calidad de vida de personas con infertilidad

OBJETIVOS

Analizar el cambio producido en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) durante el tratamiento de fertilidad en hombres y mujeres con disfunción reproductiva que reciben técnicas de reproducción asistida (TRA), así como describir el efecto de potenciales factores influyentes que afecten a la CVRS.

MÉTODOS

Diseño y ámbito: serie de casos prospectiva que incluyó a 64 pacientes de la clínica de reproducción asistida FIVMadrid entre enero y mayo de 2015, realizando un seguimiento de dos meses. El estudio fue aprobado por el Director Científico de la institución.

Sujetos: selección consecutiva de todas las pacientes y sus parejas (homosexuales o heterosexuales) y mujeres solas que iniciaron un ciclo de cualquier TRA dirigida a lograr una gestación, excluyéndose por tanto a donantes de ovocitos y a pacientes que realizaron ciclos de vitrificación ovocitaria. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado. Se tomó un tamaño muestral de conveniencia, ante la dificultad de su determinación a priori, fijando una significación del 5% mediante contraste bilateral y una precisión de 5 unidades, contando finalmente con una potencia del 88%.

Variables: se recogieron variables sociodemográficas (sexo, edad, estado laboral, nivel educativo y socioeconómico) y clínicas (tipo de pareja; número de hijos; tipo, causa y duración de la disfunción reproductiva; número de ciclos previos; número de cambios de TRA y tipo y resultado de la TRA). La CVRS se recogió al inicio (T1) y a los dos meses (T2). La diferencia entre ambas (T2 – T1), global y por subescalas, se consideró como variable dependiente.

Instrumentos: las variables sociodemográficas y clínicas se recogieron con un cuestionario general desarrollado por el autor específicamente para la presente investigación. La CVRS se cuantificó mediante la versión española del FertiQoL, específico para la disfunción reproductiva, desarrollada por la Universidad de Cardiff y validada a nivel internacional. Consta del Módulo Central (dimensiones Emocional, Cuerpo/Mente, Relacional y Social) y del Módulo de Tratamiento (Entorno y Tolerabilidad del mismo), integrados por ítems de tipo Lickert y con un alfa de Cronbach de entre 0,72 y 0,90 según las subescalas.

Control de sesgos: selección consecutiva de la población (sin técnicas de muestreo), uso de un instrumento validado y, previo al inicio del estudio, creación de un protocolo de entrega de los materiales, recogiendo desviaciones del mismo y actuaciones previstas para compensar dichas desviaciones.

Análisis: considerando un nivel de significación del 5%, en SPSS Statistics v21 se efectuó un análisis descriptivo, un análisis univariante (con FertiQoL total en T1 como variable respuesta) utilizando test no paramétricos. Aquellas variables con $p < 0,2$ se incluyeron en un análisis multivariante posterior mediante regresión lineal múltiple con la diferencia de CVRS (T2 – T1) como variable dependiente, utilizando el método introducir y eliminación hacia atrás de las variables no significativas. No se pudo realizar un análisis multinivel por el limitado tamaño muestral.

RESULTADOS

Se contó con 64 cuestionarios en T1 (respuesta del 51,56%), tras la exclusión de dos individuos por entregar el cuestionario incompleto, y únicamente 27 en T2 (57,81% de atrición). La edad de los participantes fue de $37 \pm 4,89$ años (media \pm desviación estándar) y en su mayoría tenían nacionalidad española (92,2%), habían alcanzado los estudios universitarios (50%), gozaban de un nivel socioeconómico medio (50%) y eran laboralmente activos (98,4%). Generalmente se trataba de parejas heterosexuales (78,1%)

con disfunción reproductiva primaria (81,3%) de origen femenino (32,3%), aunque seguido de cerca por el factor mixto (22,6%) y por carecer de pareja masculina (22,6%), y de duración mayor de 5 años (25%) o menor de 3 años (englobando el 60,9% de los sujetos). Dado que se incluyeron a parejas homosexuales y mujeres sin pareja, la investigación incluyó un 65,625% de mujeres, con similares características sociodemográficas que los hombres.

Se observa que la dimensión con mayor puntuación en T1 y T2 fue la Relacional (81,94±14,5 y 85,25±16,59 unidades, respectivamente). Asimismo, el módulo Central es mejor valorado que el de Tratamiento (78,81±12,49 frente a 71,50±15,39 en T1 y 79,15±12,33 frente a 72,6±12,4 en T2). La diferencia de CVRS (T2 – T1) fue de 0,51±7,51 en el módulo Central, –3,54±14,87 en el de Tratamiento y –0,04±7,96 en FertiQoL total ($p > 0,05$).

Se identificaron diferencias de género con peor CVRS en las mujeres, en las dimensiones Emocional y Cuerpo/Mente y el módulo Central en T1 y T2 ($p < 0,05$). En cuanto a las demás dimensiones y módulos no se han encontrado diferencias entre hombres y mujeres, incluyendo en T2–T1, exceptuando la dimensión Cuerpo/Mente, que fue significativamente mayor en T2 que en T1 en el grupo de varones.

En el análisis univariante únicamente se han evidenciado diferencias en la CVRS en T1 con respecto al sexo, siendo mayor la suma de rangos en los hombres frente a las mujeres ($p = 0,026$), y en el número de cambios de TRA, rho de Spearman = –0,365 ($p = 0,003$).

En el modelo de regresión (R^2 ajustado de 0,535, DE global de 5,174 y $p = 0,001$) figura el sexo, $B = 7,181$ (hombres = 0, mujeres = 1), IC95% (2,758 – 11,604); el número de hijos, $B = 6,323$, IC95% (2,737 – 9,909) y el número de cambios de técnica reproductiva, $B = 3,639$, IC95% (0,116 – 7,161), mientras que el resultado de la TRA actúa como factor confusor. Como diagnóstico del modelo se calculó la tolerancia de las variables (variando entre 0,56 y 0,973) y el estadístico de Durbin-Watson (2,715) y además se representó la distribución de los residuos del modelo y su dispersión, que verifican los supuestos de normalidad y linealidad.

DISCUSIÓN

Según el análisis preliminar descriptivo, parece que la disfunción reproductiva y su tratamiento afectan en menor medida a los aspectos social y relacional que a los sentimientos negativos, como indican Aarts et al. (1), por lo que se debe reforzar la atención sanitaria en el área psicosocial. Asimismo, el módulo de Tratamiento fue siempre el peor valorado, reforzando la idea de que el tratamiento puede tener un efecto negativo en los y las pacientes, apoyando el estudio de Karabulut et al. (2) y en contraposición a Boivin et al. (3), mientras que en otras investigaciones la puntuación de ambos módulos fue similar (4,5). Sin embargo, una diferencia de CVRS tan reducida indica que en los dos meses tras el inicio del tratamiento no se ha producido una disminución significativa de la CVRS de los hombres y mujeres y, por tanto, las TRA parecen no constituir un factor limitante de la misma a nivel global, al contrario de lo que se esperaba (se considera que dos meses es un plazo de tiempo suficiente para que un instrumento específico de esta patología detecte cambios en la CVRS).

Al estratificar por sexo, se observa la carga física y psicológica que supone la infertilidad en las mujeres, posiblemente debido a factores psicosociales relacionados con el género, como puede ser un afrontamiento diferencial de esta situación según el sexo (6). Asimismo, se advierte que la CVRS puede verse negativamente afectada con los cambios de TRA, pues cada cambio de técnica, en ocasiones con diversos reintentos, supone asumir el fracaso para lograr una gestación.

No obstante, el análisis univariante efectuado puede estar enmascarado por un tamaño de muestra pequeño y por la realización de pruebas no paramétricas debido a una distribución significativamente distinta a la normal. Los resultados del análisis multivariante, en cambio, permiten clarificar el verdadero peso de cada variable independientemente de los otros factores incluidos en el modelo, aunque hay que tener en cuenta que en este caso se está considerando la diferencia de la CVRS en T2 con respecto a T1. El modelo presentado cumple claramente todos los supuestos, excepto el de homocedasticidad, que precisaría un mayor tamaño muestral para observar gráficamente si el modelo es viable. No obstante, se considera aceptable teniendo en cuenta las limitaciones de la investigación.

Así, el modelo indica que el creciente número de hijos parece favorecer el aumento de la CVRS a lo largo del tiempo y, si bien no ha resultado significativa, una B-hCG negativa parece modificar el efecto de las demás variables incluidas en el modelo disminuyendo la CVRS frente a una gestación clínica, especialmente si se tiene intención de abandonar el tratamiento. La relación hallada con el sexo y el número de cambios de TRA fue inversa a la esperada; atribuyéndose, en parte, a otras variables no identificadas en el estudio, como el afrontamiento o los roles de género que ejercen los hombres y las mujeres. El efecto observado de los cambios de TRA se puede atribuir a que, precisamente por los intentos que ya se han realizado, las mujeres y parejas que tengan un afrontamiento efectivo se pueden volver resistentes al efecto negativo de los tratamientos reproductivos. De manera similar, si son las mujeres las que atraviesan el tratamiento y los hombres actúan como acompañantes en el proceso, algunas mujeres pueden acabar reaccionando favorablemente. En cualquier caso, serían interesantes trabajos que aclararan el efecto de estas variables a lo largo del tiempo en la CVRS.

Por otro lado, el índice de respuesta está en línea con diversos estudios similares, aunque supone, junto con la elevada atrición, una importante limitación. Sin embargo, estos datos son útiles para sensibilizar a todos los profesionales sobre la carga física y emocional que conlleva la disfunción reproductiva y su tratamiento, al tiempo que ha permitido identificar las áreas susceptibles de intervención profesional (emocional e interacción con los profesionales) para mejorar el bienestar de estos individuos y así poder mejorar la asistencia sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Aarts JWM, Van Empel IWH, Boivin J, Nelen WL, Kremer JAM, Verhaak CM. Relationship between quality of life and distress in infertility: A validation study of the Dutch FertiQoL. *Hum Reprod.* 2011;26(5):1112–8.
2. Karabulut A, Özkan S, Oguz N. Predictors of fertility quality of life (FertiQoL) in infertile women: analysis of confounding factors. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013 Sep;170(1):193–7.
3. Boivin J, Takefman J, Braverman A. The Fertility Quality of Life (FertiQoL) tool: development and general psychometric properties. *Fertil Steril.* Elsevier; 2011 Aug 8;96(2):409–15.e3.
4. Lopes V, Canavarro MC, Verhaak CM, Boivin J, Gameiro S. Are patients at risk for psychological maladjustment during fertility treatment less willing to comply with treatment? Results from the Portuguese validation of the SCREENIVF. *Hum Reprod.* 2014;29(2):293–302.
5. Hsu PY, Lin MW, Hwang JL, Lee MS, Wu MH. The fertility quality of life (FertiQoL) questionnaire in Taiwanese infertile couples. *Taiwan J Obstet Gynecol.* Elsevier; 2013;52(2):204–9.
6. Guerra D. Repercusiones psicológicas de los tratamientos reproductivos. En: Matorras R, Hernández J, Molero D, directores. *Tratado de Reproducción Humana para Enfermería.* Madrid: Médica Panamericana; 2008. p. 375–85.

AUTORES/AUTHORS:

LIDIA FRANCÉS RIBERA, ÀNGELS PAULÍ CABEZAS, PAULA AMORÓS FERRER, M. TERESA SÁNCHEZ CASADO, PILAR CABRERIZO LAS HERAS, MERCEDES VICENTE HERNÁNDEZ, HELENA VIÑAS LLEBOT, AVELINA TORTOSA MORENO

TÍTULO/TITLE:

HÁBITOS DEPOSICIONALES E HIGIÉNICOS EN LA COLONIZACIÓN POR EL ESTREPTOCOCO DEL GRUPO B DURANTE LA GESTACIÓN

Introducción

El Estreptococo del grupo B (EGB) es un coco Gram positivo beta-hemolítico, que puede crecer en medios simples, pero favorece su crecimiento el medio de sangre y suero. Forma parte de la microflora normal del tracto digestivo desde donde, por contigüidad, coloniza de forma intermitente el área perineal y el tracto genital femenino. Este hecho adquiere especial relevancia en gestantes por la posibilidad de transmisión de la infección al recién nacido (RN) a su paso por el canal del parto, intraútero tras la rotura de membranas o, menos frecuentemente, por vía ascendente, aún con las membranas íntegras. El EGB constituye la principal causa de morbimortalidad neonatal y morbilidad materna durante el embarazo y el posparto. La tasa de colonización por EGB en mujeres embarazadas en España oscila entre 11-18,2% y en Cataluña entre el 13-16%, siendo la tasa de transmisión vertical del 50%. En ausencia de maniobras de prevención, entre el 1-2% de los RN desarrollará una sepsis neonatal precoz que puede cursar en forma de septicemia, neumonía o meningitis. El 25% de estas infecciones ocurren en prematuros y en su gran mayoría en las primeras 24 horas de vida. La tasa de mortalidad que en los años 70 alcanzaba el 50% actualmente se ha reducido al 4-5%.

Objetivo

Determinar la influencia de los hábitos deposicionales e higiénicos en la colonización por Estreptococo del grupo B durante la gestación.

Métodos

Diseño. Estudio analítico de casos y controles.

Ámbito de estudio. Centro de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva La Riera de Badalona.

Sujetos de estudio 403 gestantes que acudieron a la consulta de la matrona. La captación se realizó en la primera visita de control del embarazo hasta la semana 9,6. En ese momento, se recogió una muestra vagino-rectal para cultivo de EGB. A las 35-37 semanas se volvió a realizar el cultivo, el que se realiza a todas las gestantes de forma sistemática en el embarazo, se administró un cuestionario a las gestantes y se recogieron datos de la historia clínica. El período de recogida de datos fue de Diciembre de 2012 a Abril de 2015.

Casos: gestantes que presentaron el cultivo positivo a las 35-37 semanas.

Controles: gestantes que presentaron el cultivo negativo a las 35-37 semanas.

Resultados

Se han incluido en el estudio 403 gestantes de las cuales 89 (22,1%) fueron pérdidas. Las causas de las pérdidas fueron: aborto 46 (51,7%), traslado de la gestante 24 (27%), parto prematuro 8 (9%), otros 8 (9%), problema de circuito 2 (2,2%) y muerte fetal 1 (1,1%). De las 314 gestantes restantes 40 (12,7%) fueron casos y 274 (87,3%) fueron controles. El tipo de formación académica más frecuente fue estudios universitarios. En cuanto al lugar de origen 227 (72,8%) eran autóctonas y 85 (27,2%) extranjeras. La edad media de las gestantes fue de 31 años (17-43). La edad gestacional media en que se reclutó a las gestantes fue de 7 semanas. Hábitos deposicionales: 175 gestantes (56,6%) realizaban una deposición al día, 85 (27,5%) menos de una, 42 (13,6%) dos, 5 (1,6%) tres y 2 (0,6%) realizaban cinco deposiciones al día. Cuando se relacionó el hábito deposicional con ser control o caso se

observó que fue más frecuente ser caso cuando se realizaba más de una deposición al día (26,5%), que cuando se realizaba solo una deposición al día (6,3%). Existió una dependencia significativa ($p < 0,001$) $OR = 3.5$.

Hábitos higiénicos (lavado de manos): 154 (50,2%) gestantes se lavaban las manos seis o más veces al día, 138 (45%) de tres a cinco veces y 15 (4,9%) lo hacían de una a dos veces al día. Cuando se relacionó la frecuencia del lavado de manos al día con ser control o caso, se observó que no existió diferencia significativa ($p = 0.738$).

Hábitos higiénicos (lavado de manos antes de ir al WC): 251 (80,2%) gestantes no se lavaban las manos antes de ir al lavabo, frente a 62 (19,8%) que si lo hacían, y cuando se relacionó con ser control o caso se evidenció que no existió dependencia significativa ($p = 0,906$).

Hábitos higiénicos (lavado de manos después de ir al WC): 256 (81,8%) gestantes se lavaban las manos después de ir al WC y 57 (18,2%) no lo hacían, y cuando se relacionó este hábito con ser control o caso se observó que aunque fue más frecuente ser caso cuando no se lavaban las manos después de ir al WC que cuando si lo hacían, la diferencia no llegó a ser significativa ($p = 0,084$) $OR = 0.51$.

Hábitos higiénicos (lavado de genitales): 149 (48,4%) gestantes se lavaban los genitales una vez al día, 92 (29,9%) dos veces, 51 (16,6%) más de dos veces y 16 (5,2%) menos de una vez al día. Cuando se relacionó con ser control o caso se evidenció que fue más frecuente ser caso cuando la higiene de los genitales se realizaba dos o más veces al día, existió diferencia significativa ($p = 0,006$) $OR = 2.7$.

Hábitos higiénicos (dirección higiene de los genitales): La dirección de la higiene de los genitales fue 208 (74%) de vulva hacia ano, 21 (7,5%) de ano hacia vulva y 52 (18,5%) lo hacían en los dos sentidos. Cuando se relacionó con ser control o caso se observó que aunque fue más frecuente ser caso cuando la higiene se realizaba de ano hacia vulva, que de vulva hacia ano o en los dos sentidos, la diferencia no llegó a ser significativa ($p = 0.199$).

Hábitos higiénicos (dirección secado de los genitales): La dirección del secado de los genitales fue 205 (73,5%) de vulva hacia ano, 21 (7,5%) de ano hacia vulva y 53 (19%) en los dos sentidos ($p = 0,473$). Cuando se relacionó con ser control o caso se evidenció que, aunque fue más frecuente ser caso cuando el secado de los genitales se realizaba de ano hacia vulva, que de vulva hacia ano o en los dos sentidos, la diferencia no llegó a ser significativa ($p = 0.199$).

Discusión y Conclusiones

La frecuencia de las deposiciones favorece la colonización. A mayor número de deposiciones al día mayor riesgo de colonización.

La frecuencia del lavado de manos y hacerlo antes y después de ir al WC no influye en la colonización. Sin embargo, es más frecuente ser caso cuando no se lavan las manos después del ir al WC que cuando si se hace.

La frecuencia del lavado de los genitales favorece la colonización. A mayor número de veces que se realiza la higiene de los genitales al día mayor riesgo de colonización.

Se debe recomendar la dirección de vulva hacia ano para realizar la higiene y el secado de los genitales como la forma más adecuada para prevenir la colonización por EGB durante la gestación.

Implicaciones para la práctica clínica

La identificación de los factores de riesgo de colonización por EGB permitirá diseñar intervenciones preventivas, que realizará la matrona en atención primaria. Con la prevención de la colonización por EGB durante el embarazo se evitará la sepsis neonatal precoz y sus repercusiones.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. De Cueto M, De la Rosa M. Prevención de la infección neonatal por *Streptococcus Agalactiae*. Un tema consolidado. Enferm

- Infec Microbiol Clin. 2003; 21(4):171-3.
2. CDC. Verani JR, McGee L, Schrag SJ. Prevention of perinatal group B streptococcal disease revised guidelines from CDC MMWR. 2010;59:1-32.
 3. Edwards MS, Nizet V. Group B streptococcal infections. En: Remington JS, Klein JO, Wilson CB, Nizet V, Maldonado YA, editores. Infectious Diseases of the fetus and newborn infant. (7ªed). Filadelfia: Elsevier; 2011. P.419-69.
 4. Page-Ramsey SM, Johnstone SK, Kim D, Ramsey PS. Prevalence of group B Streptococcus colonization in subsequent pregnancies of group B Streptococcus-colonized versus noncolonized women. Am J Perinatol. 2013;30(5):383-8.
 5. Ramos JM. Estudio de colonización por Streptococcus agalactiae en gestantes extranjeras y españolas, en Elche y Comarca. Enferm Infec Microbiol Clin. 2009;27(4):249-254.
 6. Foxman B, De Azevedo C, Buxton M, DeBusscher J, Pillai P, De Carvalho N S, Barbosa-Cesnik C. Acquisition and Transmission of Group B Streptococcus during Pregnancy. JID. 2008; 198:1375-8.
 7. Rocchetti TT, Marconi C, Rall VL, Borges VT, Corrente JE, da Silva MG. Group B streptococci colonization in pregnant women: risk factors and evaluation of the vaginal flora. Arch Gynecol. 2011; 283(4):717-21.
 8. Dadvand P, Basagana X, Figueras F, Sunyer J, Nieuwenhuijsen MJ. Climate and group B streptococci colonisation during pregnancy: present implications and future concerns. BJOG. 2011; 118: 1396-1400.
 9. Sharmila V, Joseph NM, Arun Babu T, Chaturvedula L, Sistla. Genital tract group B streptococcal colonization in pregnant women: a South Indian perspective. J Infect Dev Ctries. 2011; 5(8):592-95.

Mesa de Comunicaciones 4: Promoción de la salud

Concurrent Session 4: Health Promotion

AUTORES/AUTHORS:

M^a JOSE CASTRO ALIJA, M^a JOSE CAO TORIJA, JOSE M^a JIMENEZ PEREZ, ANA GARCIA DEL RIO, IRENE FERNANDEZ ESCUDERO, MANUEL FRUTOS MARTIN, MARIA LOPEZ VALLECILLO

TÍTULO/TITLE:

Mejorar el Índice de Alimentación Saludable en mujeres adultas de la ciudad de Valladolid, a través de la Educación para

Introducción:

Se han descrito en la literatura diversas metodologías para evaluar la calidad global de la dieta entre otras el índice de alimentación saludable fundamentado en la metodología del Healthy Eating Index (HEI) norteamericano 1 .Fue creado por CNPP (Centro para la Política de Nutrición y Promoción) en los Estados Unidos de América, en 1995, revisado en 2006 por un grupo de trabajo federal ,se basa en datos obtenidos de encuestas alimentarias, a partir de las cuales se construyen 10 variables, las 5 primeras representan el consumo de los principales grupos de alimentos (cereales, frutas, verduras, lácteos y carnes), las 5 restantes representan el cumplimiento de objetivos nutricionales para la población estadounidense (grasas totales, grasa saturada, colesterol, sodio y variedad de la dieta) que se valoran ,cada una, con una puntuación que entre 0 y 10. La suma de las puntuaciones, posibilita la construcción de un indicador con un valor máximo de 100.

Basándose en el HEI, adaptándolo a la realidad española, el trabajo de Norte Navarro y Ortiz Moncada,2 propone el índice de alimentación saludable (IAS) para España, que aplicaremos en nuestro estudio que categorizara las variables del siguiente modo:

- Las 4 primeras representan los grupos de alimentos de consumo diario.
- Las variables 5 y 6 corresponden a los grupos de alimentos de consumo semanal.
- Las variables 7, 8 y 9 corresponden a los grupos de alimentos de consumo ocasional.
- La variable 10 representa la variedad de la dieta.
- Para cada variable se establece una ingesta mínima, por debajo de la se obtiene una puntuación de 0 puntos, y una ingesta óptima que obtiene una calificación de 10 puntos. Para ingestas o valores intermedios, se calcula la puntuación correspondiente de forma proporcional

La puntuación global del IAS, se obtiene de la suma de sus 10 componentes, por lo que tiene un valor máximo de 100.

Así la calidad de la dieta es:

“Inadecuada” cuando la puntuación es inferior a 51.

“Aceptable” con puntuaciones entre 51 y 60.

“Buena” con puntuaciones entre 61 y 70.

“Muy buena” con puntuaciones entre 71 y 80.

“Excelente” con resultados superiores a 80 puntos.

Objetivo

- Determinar el índice de Alimentación Saludable (IAS) para las mujeres adultas de la ciudad de Valladolid y corregir los errores que se detecten a través de la educación para la salud

Material y Método

Estudio descriptivo transversal para determinar la alimentación de las mujeres de Valladolid en un momento dado.

Muestra: Población universo: 38.455 mujeres. Seleccionamos por muestreo aleatorio simple una muestra proporcional y representativa de 500 mujeres, con edades comprendidas entre 40 y 60 años. Error no superior al 5%.

Instrumento de recogida de datos: Cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos validado, (Martin Moreno et al)^{3,4} cualitativo y semicuantitativo , que incluye 130 alimentos y raciones estándar y que evalúa el año anterior.

Entrevistadores: 20 alumnos de Enfermería, cada uno 25 encuestas.

El cálculo del consumo de alimentos y determinación de IAS se llevó a cabo con una base de datos relacional en Access.

Para la conversión de alimentos en nutriente se aplicó la tabla de Ortega Anta⁵, ajustando según porción comestible y peso perdido al cocinar.

Resultados:

El Índice de alimentación saludable (IAS) que se obtiene en nuestro estudio, empleando los criterios de Norte Navarro y Ortiz Moncada², es de 67 sobre los 100 puntos posibles, a partir de la puntuación obtenida en cada ítem.

Las puntuaciones obtenidas son las siguientes:

- Consumo diario: Cereales y derivados, 10 puntos; Verduras y hortalizas 10 puntos; Frutas 10 puntos; Leche y derivados 10 puntos
- Consumo semanal: Carnes 7,5 puntos; Legumbres 7,5 puntos
- Consumo ocasional: Embutidos o fiambres 2,5 puntos; Dulces 0 puntos; refrescos azucarados 7,5 puntos
- Variedad: 2 puntos
- Total puntuación = 67 puntos

Por lo tanto podemos catalogar la dieta de la muestra como "Buena".

La dieta podría mejorarse hasta alcanzar la catalogación de "Muy buena" e incluso de "Excelente", tratando de mejorar la puntuación en lo que se refiere a:

- Embutidos y fiambres, disminuyendo la frecuencia de consumo de los mismos para alcanzar en este ítem una puntuación mejor (se obtiene una puntuación de 2,5, cuando podría obtenerse 10).
- Dulces, en el que se obtiene una puntuación 0 ya que el consumo es diario, cuando podría obtenerse a la puntuación 10.

En ambos casos, la puntuación máxima posible de 10 puntos se obtiene cuando el consumo es "nunca o casi nunca"

Discusión:

El resultado se aproxima al obtenido para Castilla y León en la investigación de Norte y Ortiz en 2011, sin discriminar por sexo ni edad, que obtiene un IAS = 73, lo que supone una catalogación de dieta como: "Muy buena".

Sin embargo es mejor que el obtenido para otros grupos de mujeres de los mismos rangos de edad, como el que describe Eliana Durán F.6, referido a mujeres chilenas que obtiene un puntaje promedio del IAS = 61,8; los puntajes más bajos correspondieron a azúcar, lácteos y frutas.

Todos los estudios consultados concluyen que la alimentación de las mujeres adultas requiere de educación alimentaria para mejorar la adecuación de nutrientes y el índice de Alimentación Saludable.

Conclusiones:

Las mujeres de nuestro estudio llevan a cabo una alimentación variada, incluyendo alimentos de todos los grupos, observándose como principales desviaciones respecto a las recomendaciones de frecuencia de consumo de alimentos, una escasa cantidad de cereales, lácteos, aceite de oliva y frutas, y un exceso de carnes, dulces y precocinados.

La cantidad y variedad de alimentos que consumen supone un aporte de energía superior a las recomendaciones, una dieta hiperproteica, escasa en glúcidos y elevada en grasa, principalmente a partir de grasas saturadas. No existe riesgo de ingesta inadecuada de micronutrientes excepto en el caso de la vitamina D y el calcio que se encuentran ligeramente por debajo de las recomendaciones, todo ello para la media de edad, peso y actividad del grupo.

El IAS obtenido permite la catalogación de la dieta como "Buena", pero implementar programas de Educación para la Salud podría contribuir a mejorar el IAS de la dieta de las mujeres de nuestro grupo de estudio.

Los profesionales de enfermería, tienen un papel cada día más relevante en atención primaria y especializada, como agentes de Educación para la Salud.

A partir de los resultados de nuestro estudio se podrán construir programas, conducir y evaluar las actividades educativas encaminadas a corregir los errores detectados en la alimentación de las mujeres peri menopáusicas, grupo de población especialmente vulnerable respecto a la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, para las que la Organización Mundial de la Salud prevé una proporción de personas afectadas cercana al 57% de la población en 2020. (OMS 2003)⁷

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Kennedy ET, Ohls J, Carlson S, Fleming K. (1995) The Healthy Eating Index: dising and applications. J Am Diet Assoc. 95(10): 1103-1108
2. Norte Navarro y Ortiz Moncada, (2011) Calidad de la dieta española según el índice de alimentación saludable. Revista Nutrición Hospitalaria. 2011; 26(2) :3 30-336,
3. Martín-Moreno JM, Boyle P, Gorgojo L et al. (1993) Development and validation of a food frequency questionnaire in Spain. Int Journal Epidemiologi 1993; 22:512-9.
4. Martin-Moreno J. M., Gorgojo L. (2007) Valoración de la ingesta dietética a nivel poblacional mediante cuestionarios individuales: sombras y luces metodológicas. Rev. Esp. Salud Publica. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272007000500007&Ing=es.
5. Ortega Anta RM, López Sabaler AM, Requejo Marcos AM, Andrés Carbajales P. La composición de los alimentos. Madrid: Editorial Complutense, 2004:1-95.
6. Durán F Eliana, Soto A Delia, Labraña T Ana María, Sáez C Katia. Adecuación de energía y nutrientes e índice de alimentación saludable en mujeres climatéricas. Rev. Chilena de Nutrición. 35(3): 200-207. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182008000300005&Ing=es.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182008000300005>.
7. OMS, Serie de Informes Técnicos 916 (2003) Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916_spa.pdf

AUTORES/AUTHORS:

Lara Menéndez González, Montserrat Muñoz Meléndez, Silvia Fernández Rodríguez, Gloria María González Sánchez

TÍTULO/TITLE:

Efectividad de una intervención grupal para reducción de peso en mujeres con obesidad.

Las diferencias de género se encuentran presentes en la obesidad por diversas razones fisiológicas, psicológicas y sociales que hacen que la mujer sea más vulnerable que el hombre a padecer problemas de obesidad. Las diferentes etapas de la vida de una mujer (el embarazo, la lactancia, la menopausia), el mayor porcentaje de grasa corporal, el rol de la mujer y la menor actividad física son algunos de los factores que podrían explicar estas diferencias de género.

Cabe destacar que también existen diferencias dentro de la atención sanitaria, estudios demuestran que los profesionales sanitarios toman con menor seriedad la obesidad femenina que la masculina, teniendo las mujeres obesas menor probabilidad de recibir tratamiento para la obesidad. Por ello se plantea realizar un taller exclusivo para mujeres.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el impacto sobre el peso de una intervención educativa y conductual, dirigida a mujeres con obesidad entre 18 y 65 años con el fin de que adquieran conocimientos, actitudes y habilidades para el manejo y control de su peso corporal, en un centro de salud(C.S).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aumentar los conocimientos y habilidades sobre una alimentación equilibrada y la práctica del ejercicio físico.
- Fomentar un estilo de vida saludable basado en la modificación de hábitos alimentarios y de ejercicio físico.
- Mejorar las parámetros antropométricos.

MÉTODO

Estudio clínico piloto cuasiexperimental con intervención grupal en mujeres con un IMC ≥ 27 en el C.S del Coto del área V de salud del Principado de Asturias.

Las participantes fueron reclutadas entre julio y septiembre de 2014. La captación fue por iniciativa propia o a través de la derivación por parte de profesionales de salud del C.S. Como estrategia para la captación se pusieron varios carteles informativos en el centro de salud donde se especificaba el inicio del taller.

Participantes: un total de 19 sujetos cumplieron los criterios de captación: sexo femenino, IMC ≥ 27 , edad 18-65 años y pertenecientes al C.S del coto. Criterios de exclusión: estar embarazada, haber padecido algún trastorno de la alimentación, padecer una enfermedad o trastorno mental grave.

El taller se estructuró en 7 sesiones impartidas por un enfermera y una residente de enfermería familiar y comunitaria en el C.S, con una periodicidad quincenal y 2 horas de duración durante 3 meses. En las diferentes sesiones se incorporan herramientas para ayudar a incorporar en su vida hábitos de vida saludables, con educación nutricional, prescripción de ejercicio físico y trabajo motivacional.

Procedimiento: El programa consta de una entrevista previa donde se realizó una valoración individual integral del estado de salud, se explicaron los objetivos del taller y se les solicitó que firmasen un compromiso por escrito de la participación en la educación grupal.

Se elaboró una hoja de recogida de datos para el registro de las variables sociodemográficas(edad); parámetros antropométricos: (peso, talla, perímetro abdominal(PA), Índice de masa corporal); variables de control: comorbilidades, percepción subjetiva de salud, nivel de actividad física(cuestionario internacional de la actividad física), hábitos alimentarios(Cuestionario validado para la valoración y cuantificación de los hábitos de vida relacionados con el sobrepeso y la obesidad)) y motivación para el cambio (modelo de Prochaska y Diclemente,1982). Se realizaron mediciones pre-post intervención, , excepto la variable peso la cual se monitorizó al inicio de cada una de las siete sesiones.

Al finalizar las sesiones se evaluó la satisfacción de las participantes. Posteriormente se realizará un seguimiento individual a los 6 meses y al año de la finalización del taller

Análisis de datos: Se calcularon estadísticos descriptivos, para las variables cuantitativas la media, desviación estándar, rango observado, rango posible e intervalos de confianza al 95%. Para las variables cualitativas se utilizaron porcentajes. Se consideraron significativas las diferencias cuya probabilidad fue inferior al 5%.

Consideraciones éticas: Consentimiento informado a las participantes de la intervención grupal y autorización por el responsable del centro.

RESULTADOS

De las 19 personas incluidas en la intervención grupal finalizaron 14 personas. La edad media de las participantes fue de $54,07 \pm 9,51$ años. El 21,4%(n=3) presentaba una obesidad grado I, el 42,9%(n=6) obesidad grado II, el 21,4%(n=3) obesidad mórbida y el 14,3%(n=2) sobrepeso.

Se consiguió una reducción significativa del peso($94,3 \pm 14,79$ vs $82,75 \pm 11,82$; $p < 0,05$), IMC($37,37 \pm 4,83$ vs $34,33 \pm 3,39$; $p < 0,05$) y perímetro abdominal ($104,10 \pm 11,6$ vs $96,7 \pm 8,46$; $p < 0,05$) en los sujetos que finalizaron el programa. Un 35,7% de las participantes lograron una reducción del 10% de su peso corporal.

En lo que respecta a los hábitos alimentarios el 42,86% refería tener un consumo muy elevado de azúcares (postres dulces, bebidas azucaradas), no existiendo ningún sujeto con este consumo al finalizar($t = -4,144$; $p = 0,003$).

En la pre-intervención un 70% de las mujeres eran inactivas, siendo el índice de mejora de este parámetro del 50%. Al finalizar la intervención aumentó la práctica de actividad física moderada (30% vs 80%).($t = -3,055$; $p = 0,018$)

A los 6 meses y al año se realizará de nuevo una reevaluación de los sujetos participantes.

DISCUSIÓN

Con este trabajo hemos observado que un programa de reducción de peso y cambios de estilos de vida aplicado en el ámbito de Atención Primaria en mujeres con un IMC ≥ 27 consiguió una disminución del peso basal a los tres meses de $7,15 \pm 4,84$ kg, una media de 7,58% de su peso al 3er mes de intervención.

Implicaciones para la práctica: Un programa de modificación de estilos de vida basado en dieta, ejercicio y apoyo psicológico podría considerarse como una herramienta útil para tratar el sobrepeso y la obesidad en el ámbito de la atención primaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

-González de León D, Beltran M, Salinas A, Torre P, Mora F, Pérez S. La epidemia de obesidad y las mujeres. Boletín género y salud

en cifras 2009;7(1):17-19.

-Arrebola E, Gómez C , Fernández C, Bermejo L, Loria V. Eficacia de un programa para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad no mórbida en atención primaria y su influencia en la modificación de estilos de vida. *Nutr Hosp.* 2013;28(1):137-141.

-Castro P, Bellido D, Pertega S. Elaboración y validación de un nuevo cuestionario de hábitos alimentarios para pacientes con sobrepeso y obesidad. *Endocrinol Nutr* 2010;57(4):130–139.

-Blanca R, Serra-Majem L, Hagströmer M, Ramon JM, Ribas L. International Physical Activity Questionnaire: Reliability and Validity in Spain. *Med Sci Sports Exerc.* 2006; 38:S563.

-International Physical Activity Questionnaire. IPAQ [Consultado el 6 de junio de 2015] Disponible en:<http://www.ipaq.ki.se>.

AUTORES/AUTHORS:

ALBERTO HERNÁNDEZ DE BENITO, ÓSCAR ÁLVAREZ LÓPEZ , MARTA LÓPEZ DE LA OSA PLATAS, IGONE DÍAZ SOLIÑO ,
NURIA GARCÍA JIMÉNEZ, RAFAEL GARCÍA DOMÍNGUEZ, BEATRIZ LOSA GARCÍA

TÍTULO/TITLE:

Conductas y hábitos de riesgo de los jóvenes que practican ocio nocturno en Madrid

El inicio de numerosas conductas de riesgo tiene lugar en la adolescencia, pudiendo, muchas de ellas, desencadenar problemas de salud y la consecuente disminución de la calidad de vida.

Objetivos:

- Identificar las conductas de riesgo de los jóvenes entre 16 y 24 años de la Comunidad de Madrid que practican ocio nocturno en las zonas céntricas de la capital y su conocimiento sobre las consecuencias de las mismas.
- Conocer, a través de un grupo de discusión, el significado y opinión de varios jóvenes sobre las conductas de riesgo estudiadas.
- Describir el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias estupefacientes en los sujetos de estudio.
- Describir la conducta sexual de los participantes del estudio.
- Identificar el nivel de conocimiento del que disponen los jóvenes encuestados sobre los riesgos asociados a las conductas evaluadas.
- Conocer si las creencias religiosas de los jóvenes condicionan su comportamiento a la hora de practicar conductas de riesgo.

Métodos: El estudio estuvo centrado en las principales zonas de ocio nocturno de la ciudad de Madrid en las que confluyen diferentes perfiles socioculturales de jóvenes de distintas procedencias en el ámbito de la Comunidad de Madrid.

Para dar respuesta a los objetivos se desarrolló un estudio descriptivo y transversal, de metodología mixta. En una primera fase, con el propósito de contextualizar el tema de estudio y obtener información para el diseño del cuestionario, se empleó una metodología cualitativa, realizándose un grupo de discusión con jóvenes de distintas características personales y de distintas localizaciones de la Comunidad de Madrid.

En la segunda fase, se utilizó metodología cuantitativa, a través de un cuestionario desplegado en las diferentes zonas céntricas de Madrid, tales como Sol, Moncloa, Chueca, Tribunal, Atocha y Nuevos Ministerios, con el objetivo de abarcar las diferentes zonas y las diferentes características de los sujetos de cada lugar.

Con carácter inicial, se realizó una búsqueda exhaustiva de la bibliografía existente sobre las formas de diversión en los jóvenes, conductas de riesgo existentes y patologías posteriores, así como datos epidemiológicos de prevalencias de patologías secundarias y tasas de mortalidad, para contextualizar el tema de estudio.

Para el desarrollo de la primera fase, se seleccionaron 6 sujetos, eligiendo igual número de hombres y mujeres. Cada individuo fue seleccionado en base a sus características personales, buscando diferentes perfiles dentro de la población de estudio.

Para la segunda fase del estudio se diseñó un cuestionario de elaboración propia, auto-administrado, realizado a partir de la explotación de los datos obtenidos del grupo de discusión y apoyándose en la revisión bibliográfica previa, al no encontrarse un cuestionario validado que cumpliera con los requisitos específicos de este estudio.

Durante el tiempo del estudio se accedió a un total de 420 sujetos, que tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, alcanzaron los 384. Los cuestionarios fueron realizados a partir de las 23:00-23:30 horas para reducir la posibilidad de que los sujetos se encontraran desarrollando otras actividades.

En el estudio participaron un total de 384 sujetos, a los que se seleccionó en función de su edad (16 y 24 años) y su residencia en la Comunidad de Madrid durante el último curso académico, excluyendo a sujetos no hispanoparlantes o con alguna dificultad en la

comunicación.

Para el desarrollo del grupo de discusión se planificaron cinco dimensiones generales relacionadas con cada conducta analizada. Tras el proceso de análisis, se diseñó un cuestionario integrado por 5 variables sociodemográficas y 44 cuestiones sobre consumo y conocimiento del tabaco, alcohol, drogas, relaciones sexuales y religión.

Para el análisis de la producción discursiva, se empleó un sistema de codificación numérico y colorimétrico, contrastando el resultado con los participantes. Para la explotación y análisis de los datos cuantitativos se empleó el programa Excel 2010.

Resultados: La edad media para iniciarse en las diferentes conductas estudiadas se encuentra por debajo de los 17 años. La edad media de iniciación en el consumo de tabaco se sitúa en los 15,4 años, el consumo de alcohol en los 14,7 años, el consumo de drogas a los 16,4 años y la primera relación sexual se produce a los 16,3 años, existiendo una mínima diferencia entre hombres y mujeres. Entre las conductas detectadas que ponen en riesgo la vida del individuo, conducir o subirse en algún vehículo a motor tras el consumo de drogas o alcohol, destacan como las más comunes, realizadas por un 55,2% de los sujetos.

Discusión: Los resultados alcanzados evidencian un aumento de los porcentajes de realización de determinadas prácticas de riesgo en el colectivo de jóvenes estudiado, respecto a diferentes estadísticas oficiales. También se ha observado un descenso en la edad de inicio de determinadas prácticas.

Resulta destacable que a las horas en las que se desplegaban los cuestionarios, hubiera menores de edad en las zonas de ocio nocturno, cuando según establece la normativa, no pueden consumir alcohol ni entrar en los locales donde se comercializa.

El presente estudio, destaca la mayor información que tienen los fumadores sobre las consecuencias del consumo de tabaco en comparación con los sujetos que no han fumado nunca. Según los resultados de un estudio sobre el tabaquismo en adolescentes, los jóvenes conocen la información, pero no la interiorizan como un riesgo, al situarla en una etapa muy lejana de su vida.

Otra de las conductas realizadas por los jóvenes, es la del consumo de alcohol, siendo la conducta mayoritaria y más precoz de todas las estudiadas, conociéndose que se trata de uno de los mayores problemas de salud pública en la mayoría de los países desarrollados.

Un resultado que requeriría un análisis en profundidad, es el continuo descenso que se está produciendo en la edad media para el inicio de consumo de alcohol. Según datos de la ENSE, en el año 2006 fue de 18,9 años y en 2011 de 17,8 años en el conjunto de España. Esta edad ha resultado de 14,7 años en el presente estudio, observándose las diferencias que existen entre el consumo de alcohol de los jóvenes y los adultos. Los jóvenes concentran su consumo de alcohol durante los fines de semana, alcanzando una ingesta media de 23,4 gramos de alcohol durante los mismos, situación que puede relacionarse con el máximo efecto producido tras la ingesta, según reconocieron los sujetos de nuestro estudio tras la ingesta del alcohol, donde un 71,8% ha alcanzado el grado de borracho o inconsciente.

En cuanto al consumo de drogas, los resultados alcanzados por el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT), en el año 2011, muestran que el 27,4% de los encuestados habían consumido Cannabis. Los resultados obtenidos en nuestro estudio, evidencian que el 41,92% de los sujetos había consumido Cannabis, pudiendo destacar que en los jóvenes encuestados que se encuentran de ocio en las zonas de Madrid, se observa un mayor consumo de drogas.

En contraposición al estudio del OEDT, el cristal fue la segunda sustancia más consumida y la cocaína la tercera, existiendo la limitación del tamaño de la muestra para establecer una comparación estadísticamente significativa con el informe del Observatorio. Según el estudio del OEDT citado anteriormente, la edad media de inicio en el consumo de Cannabis en el año 2011 fue de 18,7 años, mientras que en el presente estudio es de 16,3 años, pudiendo observarse que la edad en el inicio del consumo de drogas cada vez es menor. Asimismo, según los resultados, el consumo de Cannabis está directamente relacionado con el consumo de otras drogas, pudiendo establecerse un consumo en escalada.

En relación a las relaciones sexuales, en 2013, se realizó el estudio llevado a cabo por la Liga Española de la Educación en las diferentes ciudades de España. La edad media para el inicio de las relaciones sexuales era diferente para los chicos y para las

chicas, situándose en 15 y 16 años respectivamente, en contraposición a nuestro estudio que se sitúa en torno a los 16,4 años para hombres y mujeres. En el alcance del estudio se incluían varias ciudades españolas, entre ellas Madrid, centrándose en jóvenes de 14 a 18 años, rango menor al de nuestro estudio, situación que puede aportar mayor especificidad, debido al cambio de mentalidad y conducta de los menores.

Un aspecto en el que se observa una concordancia entre nuestro estudio con otros estudios publicados, es el relativo al periodo de edad en el que se produce la primera relación sexual, situándose entre los 14 y los 17 años.

Estos resultados se producen en un grupo que reconoce poseer información específica sobre las consecuencias de la mayoría de las conductas.

Implicaciones para la práctica. A la vista de los resultados, se deben promover estrategias globales de educación sanitaria que contemplen la idiosincrasia del colectivo, integrando a todos los agentes que pueden reforzar las conductas positivas de salud. El inicio más precoz en determinadas prácticas, requiere actualizar el perfil de los sujetos a los que se dirigen las campañas de promoción de la salud.

En primer lugar, resulta oportuno desarrollar estudios que alcancen la representatividad en la población estudiada, ampliando la muestra y especialmente, contemplando criterios sociodemográficos y de localización en la selección de los sujetos.

Otro aspecto fundamental se basaría en ampliar el alcance del estudio, incluyendo en éste, a familiares y colectivos de educadores y gestores de locales de ocio. Desde esta perspectiva, se alcanzaría una visión integral de los actores más implicados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Orientaciones estratégicas para mejorar la salud y desarrollo de los niños y adolescentes.[citado 18/10/2014]
2. Brown RT. Factores de riesgo del abuso de sustancias en los adolescentes. RET. 2002; 32: 20-5
3. Cortés M, Schiaffino A, Martí M, Fernández E. Factores cognitivos asociados con el inicio del consumo de tabaco en adolescentes. GacSanit. 2005; 19(1):36-44
4. López García-Aranda V, García Rubira JC. Tabaco y enfermedad cardiovascular. Adicciones. 2004; 16: 101-113
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Internet]. Madrid: MSSSI; 2013 [acceso 14 de marzo de 2015]. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. España.
6. Villabí JR, Suelves JM, García-Continente X, Saltó E, Ariza C, Cabezas C. Cambios en la prevalencia del tabaquismo en los adolescentes en España. Aten Primaria. 2012; 44(1): 36-42
7. Observatorio Español de la droga y las toxicomanías. Informe 2013: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. [acceso 23 de marzo de 2015].
8. Dirección General de Tráfico. El alcohol y la conducción. [Internet]. Madrid: Ministerio del Interior, DGT; 2008. [acceso 26 de febrero de 2015].
9. Instituto de adicciones de Madrid Salud. Consumo de drogas, percepción y actuaciones de prevención entre la población adolescente y joven de la ciudad de Madrid (21 distritos) [Internet]. Madrid: Instituto de adicciones; 2005. [acceso 26 de febrero de 2015].
10. Martínez-Mateo P, Bustos Fonseca MJ, Lorente Miñarro M. Drogas de uso y abuso. Mitos, realidades y aspectos prácticos en la consulta de Atención Primaria. Semergen. 2009; 35(2): 91-100
11. Liga Española de la Educación. Relaciones afectivas y sexualidad en la adolescencia. [Internet] Madrid: Liga Española de la Educación; 2013. [acceso 24 de enero de 2015].
12. Varela Salgado M, Paz Esquete J. Estudio sobre conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes y jóvenes. RevIntAdrol. 2010;8(2): 74-80

13. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A. Salud sexual y reproductiva, y crisis en España: Informe SESPAS 2014. GacSanit. 2014; 28(S1): 109-115
14. Calafat A, Fernández C, Juan M, Becoña E. Gestión de la vida recreativa: ¿un factor de riesgo determinante en el uso reciente de drogas?. Adicciones. 2005; 17(4): 337-47.
15. Caudevillagálligo F, González Tardón P, FenollBrotons C. Drogas de Síntesis: novedades. FMC. 2009; 16(7): 383-392

Mesa de Comunicaciones 5: Estudios de validación

Concurrent Session 5: Validation Studies

AUTORES/AUTHORS:

Juan Carlos Fernández-Domínguez, Albert Sesé-Abad, Joan Ernest De Pedro-Gómez, Pedro Sastre-Fullana, Olga Velasco-Roldán

TÍTULO/TITLE:

Validez aparente del cuestionario HS-EBP sobre Práctica Basada en la Evidencia en Ciencias de la Salud

OBJETIVO

Establecer el grado de claridad y comprensibilidad de los ítems del cuestionario HS-EBP (v2) orientado a la medida de la Práctica Basada en la Evidencia en Ciencias de la Salud (validez aparente).

METODOS

Para la obtención de este tipo de evidencias de validez se ha realizado un estudio mediante técnica Delphi modificada tipo ranking online siguiendo el "modelo de toma de decisiones en embudo para la técnica Delphi" de Falzarano, partiendo de la versión 2 del cuestionario HS-EBP obtenida a partir del resultados de un estudio previo sobre validez de contenido del cuestionario original HS-EBP desarrollado por el equipo investigador (3 expertos en PBE).

Esta versión 2 del cuestionario HS-EBP consta de 5 dimensiones y 75 ítems, distribuidos de la siguiente manera: D1 (Creencias y actitudes), 15 ítems ; D2 (Resultados provenientes de la investigación científica); D3 (Desarrollo de la práctica profesional), 15 ítems; D4 (Evaluación de resultados), 15 ítems y D5 (Barreras-Facilitadores), 15 ítems.

En nuestro caso, se tomaron las siguientes decisiones en base a dicho modelo:

- Desarrollo de preguntas para cada ítem

El procedimiento consistió en que los panelistas valorasen de forma directa¹ los ítems individuales correspondientes a las cinco dimensiones de la versión 2 del cuestionario según:

- a) grado de claridad de la redacción de los ítems y
- b) grado de comprensión sobre el contenido de los ítems;

utilizando para ello dos escalas tipo Likert (1-4 puntos) que aparecen junto a los ítems (de muy poco clara/ muy difícil comprensión a muy clara/ buena-muy buena comprensión, respectivamente)

Al final de la evaluación de cada uno de los dos criterios se incluyeron campos abiertos que permitían la inclusión de sugerencias/comentarios adicionales para cada ítem en relación a cada uno de estos dos aspectos.

- Procedimiento de realización-envío de los cuestionarios a los panelistas

Para el proceso de recolección de las valoraciones y sugerencias/comentarios se ha utilizado la herramienta online "Limesurvey" (<https://www.limesurvey.org/es/>)² de creación de encuestas.

Se envió un email con una carta de solicitud invitando a los sujetos a participar en el estudio. A los que aceptaron/consintieron participar se les envió una carta de presentación el mismo día que confirmaron su deseo de participar³ y que incluía la clave protegida por contraseña personalizada para acceder al cuestionario 4,5.

- Establecimiento a priori del nivel de consenso

Se establecieron niveles de consenso para cada uno de los dos criterios a valorar; es decir:

o Básico:

- Porcentaje de acuerdo mayor o igual al 80% agregando las 2 categorías más altas.

o Complementarios:

- Porcentaje de acuerdo menor al 50% en la categoría más alta.
- Porcentaje de acuerdo mayor o igual al 5% en la categoría más baja.

Se acordó a priori la finalización del proceso (rondas) en el momento que todos los ítems cumplieren el nivel de consenso básico en ambos criterios. En todos aquellos casos en que no se alcanzase el nivel de consenso básico y/o complementarios, los ítems deberían ser modificados en su redacción en base a los comentarios realizados por los panelistas respetando de la forma más literal posible las propuestas o reformulaciones de ítems realizadas por el correspondiente panelista, de manera que en ningún caso se procedería a la eliminación de ítems, todo ello con la intención de no interferir con los resultados del estudio Delphi de validez de contenido previamente realizado. Dichas modificaciones realizadas fueron sometidas a evaluación en la siguiente ronda⁶.

- Método de análisis

El análisis de datos implicó el manejo de datos tanto cuantitativos como cualitativos⁴.

Para los datos cuantitativos, se realizó un análisis descriptivo de frecuencias en base a los criterios establecidos previamente. Los datos cualitativos fueron recogidos y analizados utilizando técnicas de análisis de contenido/ temático.

- Desarrollo de criterios

El tipo de muestreo fue no probabilístico intencional a partir de alumnos recién egresados (curso académico 2013-14) de los estudios de Grado de las 4 profesiones clave seleccionadas: medicina, enfermería, psicología y fisioterapia.

En relación a los criterios de selección;

a) no expertos en PBE.

b) nota mínima 7 en su TFG

- Establecimiento del número de encuestados/evaluadores

No determinado a priori (depende de la participación voluntaria de los "invitados" a participar).

RESULTADOS

Ronda 1

En la dimensión 1 solo hay un ítem (ítem 7): "La PBE conlleva una práctica con resultados a menor coste" que no ha alcanzado el nivel de consenso básico (80% de acuerdo) en cuanto al criterio de claridad ni tampoco en cuanto al de comprensión; por lo que, siguiendo los criterios de valoración establecidos se procedió a modificar su redacción en base a los comentarios realizados por los encuestados en dichos apartados.

Ningún ítem de la escala obtuvo un porcentaje igual o superior al 5% de "muy poco clara" o "muy difícil comprensión" en las escalas Likert correspondientes.

En la dimensión 2 todos los ítems han alcanzado el 80% de acuerdo en cuanto al criterio de calidad y de comprensión.

Ahora bien, el ítem 1 "Resuelvo las dudas que tengo en mi práctica planteando preguntas que puedan ser resueltas mediante la búsqueda de resultados científicos actualizados" y el ítem 2 "Elaboro preguntas con una estructura que permita que sean contestadas mediante los resultados de la investigación" han obtenido una puntuación inferior al 50% (en concreto el 47% en ambos casos) de puntuaciones 4 (Muy clara) en la escala Likert correspondiente; además el ítem 1 y el ítem 11 "Soy capaz de interpretar las implicaciones para la práctica de los resultados estadísticos" tampoco han alcanzado el 50% de puntuaciones 4 (Buena/Muy buena comprensión) en la escala Likert de comprensión; de manera que se ha procedido a modificar la redacción de estos ítems (1, 2 y 11).

Ningún ítem de la escala obtuvo un porcentaje igual o superior al 5% de "muy poco clara" o "muy difícil comprensión" en las escalas Likert correspondientes.

En la dimensión 3 todos los ítems han alcanzado el 80% de acuerdo en cuanto al criterio de calidad y de comprensión; y también han cumplido con todo el resto de criterios establecidos.

También en la dimensión 4 todos los ítems han alcanzado el 80% de acuerdo en cuanto al criterio de calidad y de comprensión; y también han cumplido con todo el resto de criterios establecidos

Ningún ítem de la escala obtuvo un porcentaje igual o superior al 5% de "muy poco clara" o "muy difícil comprensión" en las escalas Likert correspondientes; de hecho, a excepción de los ítems 3, 12 y 13 en la escala de claridad y los ítems 3 y 12 en la de comprensión; en el resto no hubo ninguna respuesta en dichas categorías ("muy poco clara" y "muy difícil comprensión" respectivamente).

En la dimensión 5, al igual que en las dos dimensiones anteriores, todos los ítems han alcanzado el 80% de acuerdo en cuanto al criterio de calidad y de comprensión.

Solo un ítem superó un porcentaje del 5% de respuestas en la categoría de "muy difícil comprensión" de la escala de comprensión; en concreto, nuevamente el ítem 10; por lo que se procedió a su modificación. En cuanto al resto de los ítems, salvo el ítem 14 "En

mi lugar de trabajo se incentiva/compensa aplicar una PBE” en la escala de claridad y los ítems 1 (ítem 1) “Puedo acceder a recursos relacionados con la evidencia científica en mi lugar de trabajo”, 2 (ítem 2) “En mi lugar de trabajo existen documentos que orientan las intervenciones hacia una PBE” y 14 (ítem 14) en la escala de comprensión; en el resto ninguno de los encuestados puntuó dichos ítems en la parte más baja de ninguna de ambas escalas (es decir en las categorías “muy poco clara” y “muy difícil comprensión”).

Ronda 2:

Todos los ítems alcanzaron los niveles de consenso establecidos.

DISCUSIÓN

- Se ha producido alto grado de consenso interjueces, de manera que solo 5/76 ítems no han alcanzado los niveles de consenso (tanto básico como complementarios) establecidos a priori en ambos criterios.

Esto reflejaría la calidad del proceso de construcción del cuestionario, a partir de un riguroso análisis teórico sobre la definición del constructo, y de su operacionalización de la estructura dimensional y los ítems propuestos (siguiendo estándares de la American Psychology Association)⁷.

- Existe una mayor dificultad de consensos altos (>90%) en claridad y comprensión en la D3 (Desarrollo de la práctica profesional) y menor dificultad en la D5 (Barreras y facilitadores).

Esto se puede justificar plenamente en el hecho de que la D3 se trata de una dimensión del proceso de PBE (junto a la D2 y D4) de la que nunca; en nuestro conocimiento, se ha hecho una operativización en ninguno de los instrumentos de PBE uni o multidisciplinares publicados hasta el momento; siendo la parte del proceso más difícil de operacionalizar en un cuestionario auto-referido como es éste, debido a su carácter dinámico, y potencialmente cambiante durante el propio desarrollo del mismo en función de la interacción entre profesional y usuario/paciente en el “acto terapéutico”. El hecho de que el mayor grado de consenso en ambos criterios se alcance en ítems pertenecientes a la D5 es también totalmente coherente con el hecho de que es una de las dimensiones del constructo más ampliamente estudiadas a lo largo de los últimos 25 años.

- Existe un potencial sesgo de respuesta, sesgo de situación y sesgo de investigador y participante.

En los últimos años se ha recomendado en la literatura científica el procedimiento de cuestionario cerrado de la ronda 1 en el empleo de la técnica Delphi para verificar la validez de contenido de cuestionarios, intentándose evitar su sesgo de respuesta mediante la inclusión de comentarios. Para tratar de paliar los posibles sesgos específicos de situación, los comentarios y sugerencias de los panelistas se tomaron de forma literal⁸. Además, se ha prestado especial atención a la preservación del anonimato entre sí de los participantes en el estudio⁹, y el proceso ha sido gestionado por una persona ajena al equipo para evitar efectos de arrastre/adhesión o de sesgo del investigador y del participante.

- Se ha tratado de evitar el enmascaramiento de puntos de vista dispares bajo medidas de tendencia central mediante: el análisis de los porcentajes de desacuerdo estableciendo un nivel de consenso basando en ello (nivel de consenso complementario b) y el análisis minucioso de los comentarios/sugerencias de los panelistas.

- A pesar de los criterios de selección (inclusión/exclusión) de los panelistas, persiste un potencial sesgo de autoselección, lo que permanecería como una “auténtica” Limitación del estudio.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

En conclusión, pensamos que el cuestionario ha mostrado sólidas evidencias de validez aparente a partir de las opiniones de un grupo de alumnos seleccionados recién egresados de los estudios de Grado de las 4 profesiones clave seleccionadas.

La posterior validación psicométrica del cuestionario (versión 3 del cuestionario HS-EBP) surgido de este proceso permitirá determinar el perfil de PBE de cualquier profesional de la salud, y desarrollar e implementar estrategias de intervención a nivel personal, organizacional o institucional.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Nevo B. Face validity revisited. *Journal of Educational Measurement* 1985; 22(4):287-93
2. Deshpande AM, Shiffman RN, Nadkarni PM. Metadata-driven Delphi rating on the Internet. *Comput Methods Programs Biomed.* 2005;77(1):49–56.
3. Delbecq AL, Van de Ven AH, Gustafson DH. *Group Techniques for Program Planning: A Guide to Nominal Group and Delphi Processes*, Scott, Foresman and Company, Glenview, Illinois, 1975.
4. Falzarano M, Zipp GP. Seeking Consensus Through the Use of the Delphi Technique in Health Sciences Research. *J Allied Heal.* 2013;42(2):99–105.
5. Holloway K. Doing the E-Delphi: using online survey tools. *Comput Inform Nurs.* 2012;30(7):347–50.
6. Steurer J. The Delphi method: an efficient procedure to generate knowledge. *Skeletal Radiol* 2011;40(8):959–61.
7. American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education. *Standards for educational and psychological testing*. Washington DC: American Educational Research Association, 2014.
8. Woudenberg F. An evaluation of Delphi. *Technol Forecast Soc Change.* 1991;40(2):131–50.
9. Nowack M, Endrikat J, Guenther E. Review of Delphi-based scenario studies: Quality and design considerations. *Technol Forecast Soc Change* 2011;78(9):1603–15.

AUTORES/AUTHORS:

Rosa Ana Revuelta Arroyo, R. Isabel Gomez Muñoz, Encarnación Olabarria Beivide, Juan Rodriguez Garcia

TÍTULO/TITLE:

Evaluación de los conocimientos de las enfermeras acerca de la clasificación de las úlceras por presión.

OBJETIVOS:**OBJETIVO PRINCIPAL:**

Determinar los conocimientos de las enfermeras del Hospital Comarcal de Sierrallana respecto a la clasificación del estadio de las Úlceras por Presión (UPP).

OBJETIVO SECUNDARIO:

Identificar la posible relación existente entre el conocimiento de las enfermeras en la identificación y clasificación de las úlceras por presión, la edad, la experiencia profesional y el grado de formación.

MATERIAL Y METODO:

Estudio observacional descriptivo de corte transversal. El estudio se llevó a cabo en el Hospital Comarcal de Sierrallana Tres Mares. Situado en la localidad de Torrelavega.

Este hospital es un centro asistencial de nivel secundario, que atiende las áreas de salud III y IV de Cantabria (Torrelavega y Reinosa). Cuenta con dos edificios: Hospital Sierrallana y el Hospital Tres Mares, situado este último en la localidad de Reinosa, distante de Torrelavega 47,7 Km, dependiente en lo referente a la gestión del Hospital Sierrallana.

La recogida de datos tuvo lugar en las unidades de hospitalización en las que las enfermeras se enfrentan a diario al cuidado y clasificación de UPP y heridas relacionadas con la dependencia: Medicina Interna, Cuidados Paliativos, Digestivo, Cirugía Traumatológica y Ortopédica y la Unidad de Cuidados Intensivos.

El estudio se llevó a cabo en el periodo comprendido desde Enero a Mayo del 2015, la población a estudio incluyó enfermeros que desarrollaban su actividad en las unidades de hospitalización en las que se llevan a cabo actividades relacionadas con el cuidado de pacientes con UPP y heridas relacionadas con la dependencia, que previamente se han descrito y seleccionado.

La muestra estuvo compuesta por el número total de enfermeras que cumplimentaron adecuadamente el cuestionario. Se excluyeron del estudio aquellos profesionales que desarrollaban su actividad asistencial en el resto de las unidades. La baja prevalencia de este tipo de lesiones en las mismas podría suponer un sesgo debido a la especialización de estos profesionales en sus unidades, lo que supone el bajo conocimiento sobre el problema a estudiar. Quedaron excluidos del estudio aquellos cuestionarios incompletos, siendo invalidados.

La recogida de los datos se realizó mediante un cuestionario diseñado "Conocimientos de las enfermeras acerca de la identificación y clasificación de las Úlceras por Presión", "ad hoc" constituido de 16 preguntas cerradas, 10 de las cuales con 3 opciones de respuesta de verdadero, falso y no sabe no contesta, y 20 fotografías que presentan piel normal, úlceras por presión (cuatro estadios), lesión por humedad, lesión mixta o combinada.

Respecto a la temática de las preguntas, estas se dividen en los siguientes apartados:

Preguntas de 1-6: Variables sociodemográficas de los participantes, tanto personales como profesionales, para su elección han sido tomados como referencia otros estudios similares.

Preguntas de 7-16: Evaluación y clasificación de las úlceras por presión. Extraídas del sistema de clasificación de la EPUAP, en cuanto a su definición.

Presentación de fotografías validadas por el sistema de aprendizaje PUCLAS, de los diferentes estadios de las UPP, lesiones por humedad y lesiones mixtas.

Referente a la evaluación del cuestionario, se realizó en base a las 10 preguntas relacionadas con la evaluación y clasificación de las UPP y de las 20 fotografías. Teniendo cada pregunta un valor de 1 punto. Para la evaluación final de los cuestionarios, se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

Tasa de Respuestas Correctas Baja: Entre 0-10

Tasa de Respuestas Correcta Media: Entre 11-20

Tasa de Respuestas Correcta Alta: Entre 21-30

Previa al comienzo de entrega de cuestionarios se envió una carta a los supervisores de las distintas unidades involucradas en el estudio, donde se informó del fin de dicha investigación, pidiéndoles su participación en el proyecto, indicando las instrucciones para la correcta realización.

El análisis de los datos ha sido de tipo cuantitativo, realizándose un análisis descriptivo de cada una de las variables a estudio. Para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar), de acuerdo con el tipo de variable estudiada (en caso de normalidad de su distribución) o la mediana y rango intercuartílico (en caso de distribución no normal). Para las variables cualitativas (nominales y ordinales), se utilizaron frecuencias absolutas y porcentajes con su intervalo de confianza al 95%, aceptando significación estadística cuando $p < 0,05$.

Para estudiar la relación entre variables cualitativas se usó la prueba de χ^2 , para variables cuantitativas y cualitativas la prueba de ANOVA. Los datos obtenidos se volcaron en una base de datos de Microsoft Excell 2010. Posteriormente fueron codificados y analizados con el paquete estadístico SPSS versión 11.0 para Window.

RESULTADOS:

La población estudiada estuvo constituida por 135 profesionales, se obtuvieron 79 cuestionarios, lo que representa una tasa de respuesta del 58,5%. El 94,9% de los profesionales que realizaron la encuesta son mujeres, el 81% son menores de 30 años. En el 87,3% la experiencia profesional es superior a 5 años. Área de trabajo de los profesionales: 35,5%: unidades médicas; 34%: unidades quirúrgicas y 30,3%: Pool de enfermería. Han recibido formación específica el 84% de los encuestados.

El 76% de los profesionales poseen un nivel de conocimientos medio sobre el tema en general, (número de aciertos entre: 11-20 de 30), bajo en el 24,05% y 0% nivel alto.

En la posible relación existente entre la experiencia profesional, la edad y el grado global de conocimiento, no se ha observado relación significativamente estadística. Sin embargo si se observa significación estadísticamente positiva ($p < 0,05$) entre los profesionales mayores de 30 años y un mayor nivel de conocimientos teóricos, así como entre los profesionales que trabajan en unidades quirúrgicas y un menor nivel de estos conocimientos. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas de ninguna de las variables referidas con el nivel de conocimientos prácticos.

DISCUSIÓN

Los enfermeros como miembros del equipo multidisciplinar, resultan claves en la atención de los pacientes con UPP y heridas relacionadas con la dependencia, ya que son responsables de los cuidados encaminados a la promoción, prevención y restablecimiento de la salud. Este estudio pretende realizar una medida de la situación en la que se encuentra la enfermería en cuanto al conocimientos sobre la identificación y clasificación de las UPP, y de esta manera, poder establecer, primero, el punto de partida y después, diseñar estrategias correctoras, si ha lugar. Existen muchas investigaciones que se han interesado por conocer el conocimiento de los profesionales de enfermería sobre la prevención y el tratamiento de las UPP. Algunas de ellas desarrolladas en EEUU, Suecia, Reino Unido. En España algunos autores han desarrollado trabajos de investigación similares, estudios en la mayoría descriptivos. Casi todas las investigaciones apuntan que la formación influye en el grado de conocimiento de los profesionales,

fundamentalmente si esta la han recibido en los tres últimos años, si se lee literatura científica, si se asiste a congresos, y también distingue si la formación se ha recibido pre o post grado. Sin embargo se han encontrado pocas investigaciones que hagan referencia al conocimiento de los enfermeros sobre la clasificación de las UPP, algunas de las cuales hacen más referencia a la fiabilidad y validez de los sistemas de clasificación de las mismas. Parece necesario que aquellos profesionales, enfermeros, que se enfrentan diariamente con pacientes que padecen UPP, posean los conocimientos adecuados sobre la clasificación correcta de estas lesiones. La enfermería debe obtener conocimientos necesarios para brindar atención de calidad. Teniendo en cuenta el objetivo principal planteado se puede concluir que los profesionales que prestan sus cuidados a pacientes con UPP, poseen un alto grado de conocimientos teóricos en la clasificación de estas lesiones. Se observa que el nivel de conocimientos en la diferenciación con otras lesiones de la piel y el estadiaje de las mismas mediante presentación de fotografías (conocimientos prácticos), es bajo. Son necesarias estrategias formativas para mejorar aquellas áreas del conocimiento que presentan mayor déficit. Una herramienta formativa útil, la constituye un taller práctico con presentación de casos clínicos de UPP en sus diferentes estadios y otras lesiones de la piel, cuya causa no necesariamente sea sólo la presión. Una correcta identificación y clasificación de las UPP permite a los profesionales instaurar las medidas preventivas y terapéuticas idóneas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Soldevilla JJ. Las úlceras por presión en Gerontología. Dimensión epidemiológica, economía, ética y legal. Tesis Doctoral 2007.
2. Soldevilla JJ, Torra JE, Verdú J, López P. 3º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España. 2009. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos. 2011; 22,(2):77-90
3. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Clasificación- Estadiaje de las Úlceras por Presión. Logroño 2003.
4. Beeckman D, Shoonhoven L, Fletcher J, Furtado K, Gunningberg L, Heyman C, Paquay L, Verdú J, Defloor T. EPUAP classification system for pressure ulcers: European reliability study. J Adv Nur. 2007; 60(6):682-91
5. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and Treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel. 2009.
6. Soldevilla JJ, Torra JE, Martínez F, Arboix M. Etiopatogenia y clasificación de las úlceras por presión. En: Soldevilla JJ, Torra JE. (Eds). Atención integral de las heridas crónica, 1º ed. Madrid: SPA, S.A. 2004: 183-196.
7. García FP, Ibars P, Martínez F et al. Incontinencia y Úlceras por presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº 10. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Madrid. 2006.
8. Soldevilla JJ, Torra JE, Posnett J, Verdú J, San Miguel L, Mayan JM. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. Gerokomos. 2007; 18(4): 43-52.
9. Defloor T, Schoonhoven L. Inter-rater reliability of the EPUAP pressure ulcer classification system using photographs. J Clin Nurs. 2004 Nov; 13(8): 952-9.
10. Shea JD. Pressure sore: classification and management.1 Clin Orthop Relat Res. 1975; (112):89-100.
11. Dealey C, Lindholm C. Pressure ulcer classification. In Science and Practice of Pressure Ulcer Management (Romanelli M., Clark M., Colin D. & Defloor T., eds). European Pressure Ulcer Advisory Panel & Springler-Verla. London 2006: 37-41
12. Beeckman D, Schoonhoven L, Fletcher J, Furtado K, Heyman H, Paquay L, Bacquer D, Defloor T. Pressure ulcers and incontinence-associated dermatitis: effectiveness of the Pressure Ulcer Classification education tool on classification by nurses. Qual Health care Saf. 2010 Jul;19: e3 doi:10.1136/qshc2008.02841

AUTORES/AUTHORS:

JOSÉ CARLOS BELLIDO-VALLEJO, ROSA MARÍA ALONSO-CUENCA, MARÍA ENCARNACIÓN REY-GALLARDO, FRANCISCO BAENA-LATORRE, ANTONIA QUERO-HARO, MARÍA DEL MAR VELASCO-AGUILERA, MARÍA CATALINA FERNÁNDEZ-PÉREZ, CONCEPCIÓN CRUZ-GONZÁLEZ, PEDRO LUIS PANCORBO-HIDALGO

TÍTULO/TITLE:

Utilidad de una Matriz Multirasgo-Multimétodo para la validación psicométrica de 3 resultados NOC para valorar el dolor

Introducción

Los instrumentos de medida utilizados para medir estados de salud y experiencias vitales como lo es el dolor, requieren del estudio y conocimiento de sus propiedades psicométricas para que su aplicación pueda ser consecuente con la situación de salud que pretenden medir (McDowell, 2006).

La validez es una de las propiedades importantes que han de conocerse para saber que el instrumento realmente mide aquello que pretenden medir y no otras experiencias. Dentro de la validez se pueden medir distintos tipos de validez (de contenido, de criterio convergente, de criterio discriminante, de constructo). Cuanta más información de los distintos tipos de validez se puedan aportar, mayor será las pruebas que avalen la validez de un instrumento, no siendo siempre posible aportar pruebas de todos los tipos de validez, conociendo que la validez no lo es en sí misma del instrumento, sino que refleja el comportamiento del mismo en una determinada muestra de población, por lo que la validez se va construyendo a medida que el instrumento va siendo testado en distintas poblaciones y bajo diferentes condiciones (Waltz, Strickland, & Lenz, 2010).

La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) se ha constituido como una herramienta de utilidad, siendo objeto de investigación, utilizada en la formación e implementada en la asistencia. Entre los resultados que la forman existen, en la 5ª edición, seis resultados que abordan el dolor desde distintos puntos de vista. En este trabajo son objeto de estudio tres de ellos: Control del dolor (CD), Dolor: Efectos perturbadores (DEP) y Dolor: Respuesta psicológica adversa (DRPA); los cuales comparten ciertas características en su orientación a la medición del dolor (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2013).

La Matriz Multirasgo-Multimétodo (MMRMM) es un enfoque que permite medir al mismo tiempo diferentes instrumentos que utilizan metodología diferente y obtener medidas de varios tipos de validez (Di Iorio, 2005; Waltz et al., 2010).

Este trabajo forma parte del proyecto "paiNoc" que pretende estudiar las propiedades psicométricas de los seis resultados relacionados con el dolor incluidos en la 5ª edición de la NOC. El proyecto está financiado por la Fundación Progreso y Salud de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (PI-0543-2011).

Objetivos

Establecer la utilidad de la matriz multirasgo-multimétodo como método de análisis conjunto de validez convergente, discriminante y de constructo de tres resultados NOC (CD, DEP y DRPA) orientados a la evaluación del dolor.

Métodos

Diseño. Estudio de validación de instrumentos desarrollado durante 2013.

Ámbito. Población de pacientes con dolor crónico atendidos en régimen ambulatorio en Centros de Atención Primaria de Salud o Residencia de Mayores de la provincia de Jaén (Andalucía-España).

Participantes. Muestra no probabilística por cuotas de pacientes que padecen dolor de más de seis meses de evolución.

Dimensiones. Se midieron tres rasgos o constructos: Control del dolor; Efectos perturbadores y Respuesta psicológica; utilizando tres métodos diferentes: Resultados NOC específicos; Cuestionarios validados y tres preguntas directas a pacientes.

Instrumentos.

A) NOC para valorar el dolor. Se utilizaron las versiones clínicas del proyecto "paiNoc". Las versiones inglesas de los Resultados fueron traducidas y adaptadas culturalmente y sometidas a validación de contenido mediante grupo de expertos españoles en dolor (Bellido Vallejo et al., 2012; Bellido-Vallejo et al., 2014; Bellido-Vallejo, Torres-Escribano et al., 2014), como resultado se obtuvo la versión clínica de los tres Resultados:

Control del dolor, definido como "Acciones personales destinadas al control del dolor".

Dolor: Respuesta psicológica adversa, definido como "Gravedad observada o informada sobre las respuestas cognitivas y emocionales adversas al dolor físico"

Dolor: Efectos perturbadores, definido como "Severidad observada o informada sobre los efectos perturbadores del dolor crónico en el funcionamiento diario".

B) Cuestionarios que evalúan dolor:

Escala Change Pain, necesidad de mejora. Mide el impacto del dolor en la calidad de la vida diaria, el paciente expresa su necesidad de mejora en seis dimensiones de la vida diaria, mediante una escala tipo Likert de tres puntos.

Cuestionario breve de evaluación del dolor, factor interferencias. Permite a los pacientes calificar la gravedad de su dolor y el grado en que éste interfiere con siete aspectos básicos, mediante una escala numérica de 11 puntos.

Cuestionario de Afrontamiento del dolor crónico, factor Autoafirmación. Valora cuatro aspectos relacionados con el afrontamiento de la persona ante su vivencia dolorosa, mediante una escala tipo Likert de cinco puntos.

C) Preguntas directas a los pacientes sobre los constructos estudiados. Medidas mediante escalas tipo Likert de cinco puntos, donde 1 es la peor situación y 5 la mejor:

¿Cómo de controlado tiene su dolor?

¿Cómo son los efectos perjudiciales del dolor?

¿Cómo es su respuesta emocional ante el dolor?

Procedimiento. Las enfermeras seleccionaron a los pacientes, confirmaron los criterios de inclusión, realizaron una entrevista en la que valoraron la situación dolorosa de los pacientes, para luego puntuar los tres NOC (puntuación global e indicadores). Los pacientes de forma independiente respondieron un formulario auto-administrado que incluía los tres cuestionarios de evaluación del dolor y las tres preguntas específicas sobre su situación dolorosa y que entregaron en sobre cerrado.

Análisis estadístico. Se calculó una MMRMM a partir de las correlaciones bivariadas (rho de Spearman) entre los tres NOC, los tres cuestionarios y las tres preguntas a los pacientes, considerando que existe correlación estadísticamente significativa cuando $p < 0.05$. La diagonal de la matriz muestra la fiabilidad (consistencia interna) mediante el coeficiente alfa de Cronbach de cada instrumento.

Resultados

Validez convergente.

El DEP presentó correlaciones estadísticamente significativas con las preguntas sobre los efectos perturbadores y respuesta emocional a su dolor ($r=0,49, r=0,42$), y con dos instrumentos: La Escala Change Pain ($r=-0,44$; $p < 0,001$) y el Cuestionario Breve para la Evaluación del Dolor ($r=-0,39$; $p < 0,001$).

El DRPA presentó correlación significativa con las preguntas sobre los efectos perturbadores ($r=0,36$; $p=0,002$) y la respuesta psicológica ($r=0,41$; $p < 0,001$) y con dos instrumentos: La Escala Change Pain ($r=-0,41$; $p < 0,001$) y el Cuestionario Breve para la Evaluación del Dolor ($r=-0,34$; $p < 0,001$).

El CD no presentó correlaciones significativas con la pregunta específica sobre el control del dolor, ni con los cuestionarios.

Validez discriminante.

El DEP presentó baja correlación con el Cuestionario de Afrontamiento del Dolor Crónico ($r=-0,01$; $p=0,90$); y baja pero significativa con la pregunta sobre el Control del dolor ($r=0,25$; $p=0,04$).

El DRPA presentó baja correlación con el Cuestionario de Afrontamiento del Dolor Crónico ($r=0,003$; $p=0,98$); y con la pregunta sobre

el Control del dolor ($r=0,13$; $p=0,26$).

El CD presentó correlación muy baja y no significativa con los tres cuestionarios del dolor y con las preguntas sobre los efectos perjudiciales y la respuesta emocional al dolor.

Validez de constructo.

El DRPA y DEP mostraron correlaciones altas y significativas entre ellos ($r=0,61$; $p<0,001$), las correlaciones del CD con el DRPA y DEP fueron bajas y no significativas ($r=-0,06$; $p=0,60$; $r=0,03$ $p=0,81$).

Discusión

La Matriz-Multirasgo-Multimétodo permitió una visión general de la validez de los tres NOC aportando pruebas de validez convergente, divergente y de constructo mediante una representación sencilla y fácil de interpretar (Waltz et al., 2010). Sin embargo, este enfoque planteó la dificultad de encontrar instrumentos validados adecuados con los que contrastar los Resultados NOC en estudio, de hecho no se encontró ningún cuestionario que midiera exactamente el mismo rasgo que los Resultados mediante otro método, ni ninguno que midiera otro rasgo con el mismo método más allá de los propios NOC, por ello se plantearon las preguntas específicas con las que intentar estudiar la validez convergente.

Validez convergente vs divergente

El DEP y DRPA han mostrado evidencias de validez convergente con los dos cuestionarios de evaluación del dolor y con las dos preguntas específicas, divergente con el cuestionario de Afrontamiento sobre el dolor crónico y con la pregunta sobre el control del dolor. Que ambos Resultados hayan presentado un comportamiento similar además de una buena validez de constructo entre ellos, hace pensar que las respuestas emocionales al dolor pueden estar influidas por los efectos perturbadores que éste problema provoca en la persona, relación que no es el objetivo de esta investigación y que sería necesario demostrar con nuevas investigaciones. Por su parte el CD ha presentado un comportamiento distinto al DEP y DRPA, posiblemente el concepto que trabaja el "Control del dolor" no sea fácil de valorar ni de contrastar con otros instrumentos del dolor, ya que ni siquiera la pregunta específica auto-administrada ha presentado correlación significativa (validez convergente), lo que iría en la dirección de que el concepto que han manejado las enfermeras al valorar el CD y el valorado por los pacientes con la pregunta específica (¿Cómo de controlado tiene su dolor?) ha podido ser diferente, hecho que invita a la reflexión por un lado sobre el planteamiento de elaboración de la pregunta específica y por otro el analizar en mayor profundidad qué interpretan los profesionales y los pacientes por control del dolor.

Validez de constructo

La validez de constructo resultó fácil de estudiar entre los tres resultados ya que abordando cada uno de ellos un concepto diferente, en teoría siguen el mismo método con escalas tipo Likert de cinco puntos donde siempre la peor situación es el 1 y la mejor el 5. La MMRMM fue de utilidad en la exploración de la validez convergente y divergente de los tres Resultados del dolor, no obstante para la validez de constructo se debe utilizar como un método entre un conjunto de procedimientos y no como el único método (Dilorio, 2005).

Implicaciones para la práctica.

La MMRMM resulta un enfoque sencillo que aporta información valiosa sobre la validez de los 3 los NOC (CD, DRPA y DEP). A través de ella las enfermeras disponen ahora de evidencias de la validez convergente, discriminante y de constructo para estos tres Resultados NOC, lo que resulta de gran valor a la hora de la toma de decisiones en su aplicación clínica.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bellido Vallejo, J. C., Pancorbo Hidalgo, P. L., Rodríguez Torres, María del Carmen, Espinosa i Fresnedo, C., Sánchez Barber, E., García Vílchez, J. J., et al. (2012). Adaptación cultural del cuestionario "conocimiento: Gestión del dolor". In Investen-isciii (Ed.), XVI

Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados (1st ed., pp. 298-299). Cartagena: Instituto de Salud Carlos III. Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investen-isciii).

Bellido-Vallejo, J. C., Batres-Sicilia, J. P., Cruz-Arándiga, R., Quero-Cabeza, M. A., Plaza-Jurado, F., Ruiz-Roldan, E., et al. (2014). Validez de contenido de la versión española del Criterio de Resultado "Control del dolor". In Investen-isciii (Ed.), XVIII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. (1st ed., pp. 486-487). Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Unidad de Investigación en Cuidados.

Bellido-Vallejo, J. C., Torres-Escribano, A., Camacho-Ortega, M., Fernández-Blanco, M. L., López-Amate, M. D., & Rodríguez-Torres, M. d. C. (2014). Adaptación cultural del Resultado "Control del dolor" de la Clasificación de Resultados de Enfermería. *Rev Paraninfo Digital*, 21(Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n21/068.php>>)

Di Iorio, C. K. (2005). *Measurement in Health Behavior. Methods for Research and Evaluation* (First ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

McDowell, I. (2006). *Measuring Health. A guide to rating scales and questionnaires* (Third ed.). New York: Oxford University Press.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC). Measurement of health outcomes* (5th ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier-Mosby.

Waltz, C. F., Strickland, O. L., & Lenz, E. R. (2010). *Measurement in Nursing and Health Research* (4th ed.). New York: Springer Publishing Company.

Mesa de Comunicaciones 6: Cuidados a pacientes crónicos

Concurrent Session 6: Chronic Care

AUTORES/AUTHORS:

Pilar Montesó-Curto, María Luisa Panisello Chavarría, María Luisa Mateu Gil¹, María Teresa Cubí Guillen, Lidia Sarrió Colás, Sara Romaguera Genís, Montserrat García Martínez, Carmen Gómez Martínez, Teresa Salvadó Usach

TÍTULO/TITLE:

Ensayo Clínico en pacientes con Fibromialgia

Introducción

El tratamiento del dolor crónico es complejo ya que las relaciones entre depresión y dolor son estrechas. El dolor no sólo se relaciona con enfermedad física sino también con fenómenos mentales, incluyendo depresión, ansiedad y somatización ¹. Las opciones de tratamiento siguen siendo controvertidas y las guías clínicas no están todos de acuerdo. La eficacia de la infiltración en FM es dudosa, aunque es práctica común en las unidades de dolor crónico. Algunos autores consideran que es beneficiosa ²⁻⁴, mientras que otros afirman que no tiene más efecto que el placebo ⁵. Hong y Hsueh afirman que la infiltración reduce el número de puntos sensibles, pero no reduce el resto del dolor ⁶. Los antidepresivos tricíclicos, ciclobenzaprina e infiltraciones con anestésicos locales han demostrado ser agentes farmacológicos eficaces, si se utiliza junto con un plan psicológico y de rehabilitación apropiado ⁴. En un alto porcentaje de sus guías de práctica para el manejo del dolor crónico, la Sociedad Canadiense de Anestesiólogos incluye la inyección de puntos gatillo (70%). El tratamiento psicológico, sin embargo, está incluido en un porcentaje mucho menor (28%). Según Giamberardino et al. , el tratamiento local de los puntos gatillo en los pacientes con FM proporciona un alivio significativo del dolor en pacientes ³. La infiltración con toxina botulínica tipo A (BTX-A) mejoró el dolor y la función de los músculos elevadores de la escápula, pectoral menor, paraespinales y piriforme ⁷. El objetivo de la mayoría de terapias psicológicas no es abordar y eliminar directamente el dolor. Una de las características del dolor crónico es su resistencia a los procedimientos analgésicos convencionales. La intervención psicológica deberá centrarse en conseguir que el individuo acepte el trastorno crónico que sufre y aprenda una serie de estrategias para reintegrarse en su vida normal a pesar del dolor. Referirnos al dolor crónico es referirnos a un conjunto de variables fisiológicas, emocionales, cognitivas y conductuales implicadas en la percepción del dolor ⁸. Hay varias técnicas psicológicas. Se puede aprender sistemas para cambiar el pensamiento negativo, desviar la atención hacia actividades placenteras y desarrollar progresivamente la confianza en uno mismo y la ilusión. La TRP (Terapia de resolución de problemas) es una terapia no especializada, relativamente breve, fácil de aprender y, por tanto, factible de desarrollar en cualquier nivel sanitario en la atención a los pacientes y sus familiares ⁹. Los resultados indican que los pacientes que siguen la TRP experimentan una clara mejoría tanto en los síntomas de depresión como en las manifestaciones de los síntomas típicos de ansiedad, tanto en la vertiente somática como psicológica ¹⁰⁻¹². Por lo tanto la TRP ha demostrado ser una herramienta útil en cualquier situación de estrés a que se encuentra sometido el ser humano, aunque las más frecuentes son situaciones de enfermedad física o psicológica, situaciones donde hay pérdidas reales o temidas de relaciones interpersonales o estatus personal y las situaciones en que las personas deben tomar una decisión importante.

Este estudio tiene como objetivo comparar la eficacia de tres tipos de terapias aplicadas a personas con diagnóstico de FM: infiltración, que se realiza como la práctica clínica habitual, TRPG (Terapia de Resolución de problemas Grupal), y una combinación de las dos terapias. Si bien existen estudios que evalúan la efectividad de la TRP en pacientes con depresión y ansiedad no han sido realizados en personas con FM. Del mismo modo, existen estudios realizados con terapias cognitivas-conductuales en pacientes con FM, pero no las hay en cuanto a la administración de TRPG.

Material Y Método

Ensayo clínico. Se registra en Clinical Trials.gov. NCT02078791

Este ensayo clínico se realizó en una población de personas con diagnóstico de FM en el sur de Cataluña que acudieron al Servicio de Reumatología del Hospital Virgen de la Cinta de Tortosa ya tres asociaciones de FM entre julio de 2012 y diciembre de 2013.

El tamaño de la muestra, determinada estadísticamente, indica que el tamaño mínimo de para cada grupo debía ser de 20 personas para detectar una diferencia igual o superior a 0,23 unidades. Se invitó a un total de 118 individuos a participar. Entre ellos 36 participantes no cumplieron con los criterios de inclusión y 10 se negaron a participar para una muestra total de 72 individuos elegibles.

Los 72 sujetos restantes fueron asignados aleatoriamente a uno de los tres grupos de terapia. Se asignó un total de 23 personas

para el grupo A y se trataron con infiltración cervical con toxina botulínica, 24 fueron asignados al grupo B y fueron tratados con la terapia de resolución de problemas agrupados (TRPG) y 25 personas fueron asignados al grupo C y se trataron con dos terapias (infiltración + TRPG). Uno de los participantes en el grupo A, 3 participantes en el grupo B y 2 participantes en el grupo C no pudo completar la intervención de uno de los siguientes motivos: efecto indeseable de tratamiento o número incumplido de sesiones. En estas condiciones 22 participantes en cada grupo completaron el estudio.

El grupo de control (grupo A) se trató sólo por la infiltración (tratamiento actual). Las infiltraciones fueron administradas por un anestesiólogo. La infiltración se realizó con toxina botulínica en el quirófano del Hospital Virgen de la Cinta durante una cita especialmente dispuesta para este fin. Los cuestionarios se aplicaron antes de la infiltración y dos meses después. Los "trigger points" o puntos gatillo en el que se realizó la infiltración se determinaron durante la exploración.

Los participantes del grupo experimental B fueron tratados con TRPG. Las sesiones se llevaron a cabo por dos enfermeras capacitadas en la terapia de resolución de problemas (TRP). El programa de intervención consistió en 4 sesiones: tres sesiones cada una con un intervalo de una semana y una cuarta en un intervalo de un mes después de la tercera sesión.

Grupo experimental C se sometió a una intervención conjunta (infiltración + TRPG). La infiltración se realizó con toxina botulínica y los participantes se enviaron después al grupo para TRPG.

Con el fin de medir el resultado de salud se utilizó el estándar español-versión EuroQol-5D Cuestionario de Salud. La versión española Cuestionario de Calidad del Sueño (scopa) fue sometido para evaluar el sueño nocturno y somnolencia diurna. El riesgo de suicidio de los participantes ha sido evaluada utilizando la versión española validada de la escala de riesgo de suicidio Plutchik. Esta escala es una medida de auto-informe de 15 ítems diseñado para describir el grado en que un individuo revela características similares a las de un prototipo de suicidio, cada pregunta marcando un punto hasta un valor máximo de 15. El punto de corte que indica sustancial el riesgo de suicidio se establece en 6 puntos en la versión española validada.

Para evaluar la gravedad y la calidad de dolor experimentado por los participantes durante el último mes, se utilizó la escala visual analógica (EVA).

La satisfacción con la infiltración de los grupos A y C se ha identificado mediante un cuestionario personal con una escala de 0 a 10. La satisfacción con el GPST para los grupos B y C se ha identificado utilizando otro cuestionario personal con escala de 0 a 10.

Consideraciones Éticas

La aprobación ética se obtuvo del comité ético de investigación clínica del Hospital Universitario Juan XXIII.

Análisis

Se realizó un análisis descriptivo del perfil de la muestra. Análisis de los datos mediante el paquete estadístico SPSS 17.0 para Windows ©. Se calcularon las frecuencias y porcentajes de cada categoría para la descripción de las variables cualitativas. Las variables cuantitativas se expresaron como la media y la desviación estándar. El análisis bivariado entre una variable cualitativa y una variable cuantitativa se realizó con la prueba t de Student. El nivel de confianza fue del 95%, y la diferencia se considera significativa cuando el nivel de significación (p) fue menor que o igual a 0,05.

Resultados

Variables pre y post intervención

En general, el estado general de salud percibida (de 0 a 10) de todos los pacientes con FM después de la intervención fue mayor que el estado general de salud de los mismos pacientes antes de la intervención ($4,47 \pm 2,03$ frente a $3,85 \pm 1,71$, respectivamente). Aunque esta mejora global observado después de las intervenciones no fue estadísticamente significativa, el grupo de infiltración (A) y el grupo TRPG (B) mejoraron significativamente su estado de salud ($p = 0,016$ y $p = 0,001$, respectivamente). El estado de índice de salud también mejoró después de la intervención en los tres grupos, pero no alcanzó significación estadística.

El riesgo de suicidio general (≥ 6) fue alta en el $7,3 \pm 3,0$, y después de las intervenciones que se redujo a $6,8 \pm 3,0$. Se redujo significativamente en la infiltración + GPST grupo C ($p = 0,049$). La interrupción del sueño nocturno en los tres grupos antes del

tratamiento era considerable en $8,9 \pm 4,7$, y después del tratamiento se redujo a $8,3 \pm 4,6$. La interrupción del sueño durante el día en los tres grupos fue baja tanto antes como después de la intervención.

Infiltración redujo el dolor en un 31,8%, la terapia de un 13,6% y TRPG + infiltración en un 22,6%. Como se observa en la Tabla 3, la infiltración mejoró el dolor y la ansiedad / depresión (31,8% y 36,3%), pero la mejora de ansiedad / depresión fue mayor con TRPG (45%). La combinación de las dos terapias mejoró significativamente los resultados de las dos terapias aplicadas por separado con la excepción de riesgo de suicidio.

Conclusiones

La TRPG disminuye los síntomas de ansiedad y depresión de las personas con FM, en cambio en nuestro estudio no reduce el dolor de manera significativa. El control del dolor es un fenómeno complejo en el que intervienen numerosas variables.

Implicaciones para la clínica

Sería necesario que los médicos y enfermeras de atención primaria aprendan a aplicar la TRPG ya que mejora el estado de salud percibido, el índice de salud, el riesgo de suicidio y la somnolencia nocturna. En cuanto al uso de la infiltración para reducir el dolor se debe considerar el coste-beneficio de su uso. Hemos podido ver que para reducir el riesgo de suicidio es útil la coadministración de las dos terapias. Hay suficiente evidencia para seguir investigando TRPG como una intervención para disminuir el dolor.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Català, E., & Aliaga, L. Manual del tratamiento del dolor. Barcelona: Permanyer S.L; 2003.
2. Castro, M., Batista-Neves, S., Castro-Silva, S., Quarantini, L., Daltro, C., Kraychette, D., & Miranda-Scippa, A. Anxiety and depressive symptoms in patients from the pain center of the university hospital of bahia, Brazil. *Jornal Brasileiro De Psiquiatria*. 2004; 53(4), 219-222.
3. Giamberardino, M. A., Affaitati, G., Fabrizio, A., & Costantini, R. Effects of treatment of myofascial trigger points on the pain of fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep*. 2011; 15(5), 393-399.
4. Malo, J., & Perez, M. Treatment of fibromyalgia in the pain clinic. *Dolor*. 1998; 13(2), 116-122.
5. Janzen, V. D., & Scudds, R. Sphenopalatine blocks in the treatment of pain in fibromyalgia and myofascial pain syndrome. *Laryngoscope*. 1997; 107(10), 1420-1422.
6. Hong, C. Z., & Hsueh, T. C. Difference in pain relief after trigger point injections in myofascial pain patients with and without fibromyalgia. *Arch Phys Med Rehabil*. 1996; 77(11), 1161-1166.
7. Ko, G., Whitmore, S., Huang, D., & McDonald, R. Effective Pain Palliation in Fibromyalgia Syndrome Patients with Botulinum Toxin Type-A: Case Series of 25 . *J Musculoskelet Pain*. 2007; 15(4), 55-66.
8. Comeche, M. I., & Vallejo, M. A Dolor crónico. In Vallejo, M. A. & Comeche, M. I. (Eds). *Manual de terapia de conducta*. Tomo II. (pp.). Madrid: Dykinson; 2012.
9. Ferré, C., Rodero, V., Vives, C., & Cid, D. *El mundo del cuidador familiar*. Tarragona: Silva Editorial; 2008.
10. Menga, G., Ing, S., Khan, O., Dupre, B., Dornelles, A.C., Alarakhia, A., Davis, W., Zakem, J., Webb-DeTiege, T., Scopelitis, E., Quinet, R. Fibromyalgia: can online cognitive behavioral therapy help?. *Ochsner J*. 2014; 14(3):343-9.
11. Kashikar-Zuck S, Sil S, Lynch-Jordan AM, Ting T V, Peugh J, Schikler KN, Lovell, D. J. Changes in pain coping, catastrophizing, and coping efficacy after cognitive-behavioral therapy in children and adolescents with juvenile fibromyalgia. *The journal of pain: official journal of the American Pain Society*. 2013; 14(5), 492 -501.
12. Thieme K & Turk D C. Cognitive-behavioral and operant-behavioral therapy for people with fibromyalgia. *Reumatismo*. 2012; 64(4): 275-285.

AUTORES/AUTHORS:

JOSEFA GARCIA MADRID, ELENA MARTINEZ GARCIA, INMACULADA PACHECO RUANO, JOSE RAMON CANOVAS CORBALAN

TÍTULO/TITLE:

GESTION DE RECURSOS SANITARIOS EN DIABETES MELLITUS TIPO II NO INSULINODEPENDIENTE (DMNIDII) EN ATENCION PRIMARIA (AP)

OBJETIVOS

GENERAL: Determinar el gasto en recursos sanitarios y su impacto en el control metabólico de los diabéticos tipo 2 no insulino dependientes (DMNIDII) de cuatro centros de salud de la Región de Murcia durante el año 2013.

ESPECÍFICOS:

- Describir la población de DMNIDII de los centros de salud a estudio.
- Determinar la relación entre el consumo de tiras reactivas de glucosa y las cifras de hemoglobina glicosilada (HbA1c), en pacientes DMNIDII.
- Relacionar las complicaciones y comorbilidades asociadas a la DMNIDII, con su control metabólico y la frecuencia de autoanálisis de glucemia capilar.
- Conocer la frecuencia de asistencia de los DMNIDII a la Consulta Programada de Enfermería, su ajuste a las recomendaciones de la Cartera de Servicios de Atención Primaria, y el gasto que conlleva.
- Conocer el gasto sanitario medio anual en tiras reactivas de glucosa según la frecuencia de autoanálisis de nuestros pacientes.

METODOLOGÍA

Se ha optado por un diseño analítico observacional de tipo cohorte retrospectivo multicéntrico.

Se obtuvieron los datos mediante un programa de explotación de las historias clínicas informatizadas de Atención Primaria. Los datos extraídos corresponden a un periodo de tiempo comprendido entre el 1 de Enero de 2013 hasta el 31 de Diciembre de 2013, de los cuatro centros de salud incluidos en el estudio: Centro de Salud Los Dolores (Área II), Centro de Salud Isaac Peral (Área II), Centro de Salud Cartagena Casco Antiguo (Área II) y Centro de Salud San Javier (Área VIII) del Servicio Murciano de Salud.

Los pacientes incluidos en nuestro estudio fueron aquellos con Diabetes tipo II que presentaron alguna de las siguientes descripciones en la historia clínica informatizada: diabetes no insulino dependiente, diabetes mellitus II complicada, diabetes mellitus tipo II (NC), diabetes tipo II ADO, coma hiperglucémico (diabetes tipo II) y coma diabético (diabetes tipo II). Tomamos como criterios de exclusión los CIAP mal clasificados o con información insuficiente, y con descripción de diabetes tipo II insulina, diabetes tipo mody (tipo II), diabetes gestacional; pacientes con terapia combinada con insulina-ADO, y pacientes que no tuvieran ninguna cifra de HbA1c durante el año 2013.

El factor de estudio utilizado con los pacientes incluidos en la muestra fue el número de tiras reactivas consumido durante el año 2013, y según esto se les incluyó en una cohorte o en otra. Las cohortes propuestas fueron:

- Cohorte 1: Diabéticos tipo II no insulino dependientes que consumieron un número de tiras reactivas menor o igual al recomendado según protocolo (≤ 50 tiras/año).
- Cohorte 2: Diabéticos tipo II no insulino dependientes que consumieron un número de tiras reactivas mayor al recomendado según protocolo (>50 tiras/año).

Para la consecución de una muestra representativa de la población de las cuatro zonas incluidas en el estudio se realizó un muestreo probabilístico de tipo aleatorio estratificado. La aleatorización se obtuvo mediante la selección de números aleatorios usando un programa informático.

La población total de diabéticos tipo II en nuestros centros a estudio una vez realizado el proceso de exclusión fue de 5666. Desglosando por centros de salud obtuvimos: 2070 en Los Dolores, 1385 en San Javier, 1121 en Isaac Peral y 1090 en Cartagena Casco. Para un nivel de confianza del 95%, una prevalencia esperada de los que consumieron un número de tiras mayor al recomendado del 10%, y una prevalencia esperada del 20% para los que consumieron un número de tiras menor o igual al esperado, necesitamos una muestra de 219 sujetos en cada cohorte, es decir, una muestra total de 438 sujetos. De este total, se hizo un reparto equitativo de la muestra entre los centros a estudio, de forma que se obtuvieron 110 sujetos en cada centro, de los cuales 55 pertenecieron a cada cohorte.

Se tuvieron en cuenta como "Pérdidas" los individuos seleccionados que no contemplan datos suficientes para su registro. Para ello se dispuso de un grupo de 10 individuos de "Reserva" para suplir dichas pérdidas.

Las variables tenidas en cuenta fueron: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), HbA1c (cifra media del año 2013), control metabólico (buen control HbA1c<7; mal control HbA1c>=7), complicaciones diabéticas (macroangiopatía, retinopatía, nefropatía, pie diabético, neuropatía, sin complicaciones), tratamiento (dieta y ejercicio, antidiabéticos orales no hipoglucemiantes (ADONH) y antidiabéticos orales hipoglucemiantes (ADOH)), comorbilidad asociada (HTA, EPOC, dislipemia, cardiopatía, obesidad, tabaquismo, sin comorbilidad), frecuencia de visitas a la consulta de Enfermería de Atención Primaria (número de visitas durante el 2013), gasto en consulta de Enfermería de Atención Primaria, autoanálisis (si lo realiza o no), consumo anual de tiras, gasto en tiras reactivas (euros por paciente) y centro de salud al que pertenece.

El precio por tira reactiva de glucosa es de 0,29€/tira. Este es el precio unificado por la Comisión de Compra para la Región de Murcia. El precio por visita a la Consulta de Enfermería en el Centro es de 25,18€, según el Boletín Oficial de la Región de Murcia donde se publican las tarifas de las tasas y precios públicos aplicables en el 2013.

Todos los datos estadísticos fueron tratados mediante un programa estadístico realizando análisis de frecuencias, tablas de contingencia y chi-cuadrado de Pearson.

RESULTADOS

- Nuestra población DMNIDII tuvo una edad media de 67 años. De ellos, el 53,6% (240) fueron hombres y el 46,4% (208) mujeres. El IMC medio fue de 31,12. El 20,3% (91) presentaron complicaciones por la diabetes y el 96,2% (431), patologías asociadas a la DMNIDII. Respecto al tratamiento prescrito: el 5,4% (24) estaban con dieta y ejercicio; el 60,3% (270) con ADONH y el 34,4% (154) con ADOH.

- Los pacientes de la cohorte 1 tuvieron un consumo medio de tiras de 6 tiras/año y una HbA1c media de 6,73%. En la cohorte 2, consumieron de media 140 tiras/año y tuvieron una HbA1c media de 7,19%. Presentaron un buen control de su diabetes el 60,7% (165) de pacientes de la cohorte 1 y el 39,3% (107) de pacientes de la cohorte 2. Del grupo de pacientes con mal control, el 35,8% (63) pertenecían a la cohorte 1 y el 64,2% (113) a la cohorte 2, objetivándose diferencias significativas ($p<0,05$) entre cohortes en este último grupo. Según el tratamiento al que estaban adheridos nuestros pacientes, realizaban un consumo de tiras ajustado a las recomendaciones el 87,5% de los pacientes en tratamiento con dieta/ejercicio, el 56,3% de los tratados con ADONH y el 35,3% con ADOH.

- Analizando cada cohorte, se evidencia que un 64,8% (59) de los pacientes con complicaciones diabéticas pertenecen a la cohorte 2, con una diferencia estadísticamente significativa ($p<0,05$). El 27,1% (58) de los pacientes de la cohorte 2 presentaron complicaciones diabéticas y comorbilidades asociadas a DMNIDII de forma simultánea; de la cohorte 1 presentaron esta simultaneidad en un 14,3% (31). Para las complicaciones diabéticas, observamos que los pacientes mal controlados de la cohorte 2 presentaron en un 59,3% (35) complicaciones diabéticas, teniendo la siguiente distribución: el 56,4% (22) padeció macroangiopatía diabética, el 63,2% (12) retinopatía diabética, el 80% (4) nefropatía diabética, el 80% (4) ha tenido lesiones propias del pie diabético,

y el 50% (3) neuropatía diabética. Por otro lado, los pacientes pertenecientes a la cohorte 1 y con buen control metabólico, presentaron en un 62,5% (20) complicaciones diabéticas. Respecto a la presencia de alguna/s comorbilidad/es asociadas a la DMNIDII, el 97% (160) de los pacientes de la cohorte 1 presentaron alguna comorbilidad junto a un buen control metabólico; y el 98,2% (111) de la cohorte 2 presentaron alguna comorbilidad junto a un mal control metabólico.

- La frecuencia media de asistencia a la consulta de Enfermería de Atención Primaria fue de 4 visitas/año con un coste de 100,72€. Un 26,1% (117) hicieron entre 4-6 visitas, que es lo recomendable según la Cartera de Servicios del Servicio Murciano de Salud. Del resto, el 11,6% (52) no realizaron ninguna visita, el 31,7% (142) acudieron de 1-3 veces, y el 30,5% (137) visitaron la consulta más de 7 veces al año. Centrándonos en los pacientes con buen control metabólico, el 69,1% (81) acudió entre 4-6 veces, el 71,2% (37) no realizó ninguna visita, el 55,2% (80) acudió de 1 a 3 veces en el año, y el 48,9% (74), lo hizo más de 7 veces/año. El gasto realizado por los pacientes que acudieron de 1-3 veces fue de 25,18 a 75,54€, de 4-6 veces fue de 100,72 a 151,08€, y más de 7 veces desde 176,26€.

- El gasto medio anual de tiras reactivas de glucosa por paciente de la cohorte 1 ha sido de 1,75 euros y de la cohorte 2 de 40,70 euros.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio, el paciente tipo sería de 67 años, sin diferencia entre sexos, con obesidad grado I, en su mayoría tratados con ADONH y con patología asociada.

En cuanto consumo de tiras y control de la enfermedad, el mayor consumo de tiras no implica un mejor control de la DMNIDII, existiendo un mayor número de pacientes que tienen un consumo elevado de tiras con mal control de la enfermedad. En la práctica, la dispensación en numerosas ocasiones es superior a la necesaria según tratamiento.

Se podría destacar que los pacientes que presentan alguna complicación diabética, realizan de forma significativa un consumo anual de tiras reactivas superior a las recomendadas según su tratamiento, observándose dentro de este grupo un mayor número de pacientes con mal control metabólico de la enfermedad. Los pacientes con un consumo anual recomendado de tiras reactivas que presentan alguna complicación diabética la mayoría tienen un buen control metabólico. Este dato, nos llevó a pensar que al no tener en cuenta el tiempo de evolución de la enfermedad, la manifestación de complicaciones diabéticas podría no ajustarse al control metabólico del paciente en el momento del estudio. En cuanto a las comorbilidades asociadas a la DMNIDII, unidas o no a la existencia de complicaciones, no se observan diferencias entre el consumo anual de tiras reactivas y el control metabólico.

La mayoría de los pacientes no se ajustaban al perfil recomendado de asistencia a la consulta programada de enfermería, ya sea por exceso o por defecto. Paradójicamente, los pacientes que no acudieron a la consulta programada presentaron en mayor proporción un buen control metabólico de la enfermedad, lo que nos genera la cuestión de analizar el motivo en posibles estudios futuros.

Se ha observado, que pacientes que realizan un elevado gasto sanitario en determinados recursos, como las tiras reactivas de glucosa y las visitas a la consulta de Enfermería, no se correlaciona con presentar un adecuado control metabólico de la enfermedad.

En base a los resultados obtenidos, concluimos que un uso excesivo de los recursos destinados a DMNIDII, sean tiras reactivas de glucosa o asistencia a consulta de programada de Enfermería, no equivale a la consecución de un control metabólico óptimo.

Consideramos que en la práctica clínica se deben seguir las recomendaciones de las distintas sociedades científicas relacionadas con la diabetes y de nuestro servicio de salud, con respecto al seguimiento y control de la DMNIDII, puesto que son costo-efectivas, y contribuyen a una asistencia sanitaria de calidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Coduras Martínez A, Del Llano Señarís J, Caicoya Gómez-Morán M. La diabetes tipo 2 en España: Estudio Crítico de Situación. 2012.
2. Crespo C, Brosa M, Soria-Juan A, Lopez-Alba A, López-Martínez N, Soria B. Costes directos de la diabetes mellitus y de sus complicaciones en España (Estudio SECCAID: Spain estimated cost Ciberdem-Cabimer in Diabetes). *Avances en Diabetología*. 2013; 29(6): 182-189.
3. Menéndez Torre E, Tartón García T, Ortega Millán C, Fornos Pérez JA, García Mayor R, López Fernández ML. Recomendaciones 2012 de la Sociedad Española de Diabetes sobre la utilización de tiras reactivas para la medición de la glucemia capilar en personas con diabetes. *Av Diabetol*. 2012;28(1):3-9.
4. Clua Espuny JL, Queralt Tomás ML, Castán Cameo S. Evaluación de la efectividad en el autocontrol metabólico mediante la dispensación directa de tiras diagnósticas a los diabéticos tipo 2. *Aten Primaria*. 1998;21:193-8.
5. Oria-Pino A, Montero-Pérez FJ, Luna-Morales S, Del Campo-Vázquez P, Sánchez-Guijo P. Efectividad y eficacia del autoanálisis de la glucemia capilar en pacientes con diabetes tipo 2. 2006.
6. Cano Blanquer D, Cervera Casino P, Peiró-Moreno S, Mateu-García M, Barreda Aznar A, Grupo de estudio de automonitorización de la glucemia. Prevalencia y factores asociados de la automonitorización glucémica en pacientes diabéticos tipo 2 no tratados con insulina en la Comunidad Valenciana. *RevEsp Salud Pública*. 2013;87:149-163.
7. Orden de 5 de febrero de 2013 de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se publican las tarifas de las tasas y precios públicos aplicables en el 2013. *Boletín Oficial de la Región de Murcia*, número 36 del 13 de febrero de 2013.
9. Comunidad de la Región de Murcia. Cartera de servicios del Servicio Murciano de Salud. Murcia: Comunidad de la Región de Murcia, Consejería de Sanidad y Consumo; 2007.
10. López Tinoco C, Vergara Chozas J, Aguilar Diosdado M. Parámetros analíticos en el paciente con diabetes Mellitus. *Endocrinol Nutr*. 2006;53(6):418-26.
11. Sabag-Ruiz, E.; Álvarez-Félix, A.; Celiz-Zepeda, S., Gómez-Alcalá A.L. Complicaciones crónicas en la diabetes mellitus prevalencia en una unidad de medicina familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006; 44 (5): 415-421.
12. Zafra Mezcuca, J.A; Méndez Segovia, J.C; Novalbos Ruiz, J.P; Costa Alonso, M.J; Failde Martínez, I. Complicaciones crónicas en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de salud. *Aten Primaria* 2000; 25: 529-535.

AUTORES/AUTHORS:

RAÚL SOTO CÁMARA, MARÍA INMACULADA SANTAMARÍA CUESTA, MARÍA CELESTE SANTIAGO VALLADOLID, MARGARITA HERNANDO PÉREZ, MARÍA SANTAMARÍA FRANCÉS, RICARDO MIGUEL BARREIRO, MARIA DEL ROSARIO PÉREZ CARRETERO

TÍTULO/TITLE:

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CRONOBIOLOGICAS DEL SCA EN CASTILLA Y LEÓN

INTRODUCCIÓN

El síndrome coronario agudo (SCA) engloba a 3 entidades clínicas diferentes con un mecanismo fisiopatológico común, la erosión o rotura de una placa aterosclerótica que produce la reducción brusca del flujo sanguíneo coronario

En los países occidentales, a pesar del descenso experimentado en la mortalidad por esta enfermedad en los últimos años, continúa siendo un problema socio-sanitario de primer orden. Conocer la situación de esta realidad es fundamental para poder implementar medidas dirigidas a su prevención y/o control

OBJETIVO

Analizar las características epidemiológicas básicas y la variabilidad temporoespacial del síndrome coronario agudo en Castilla y León, así como determinar los indicadores de gestión de tiempos del Servicio de Emergencias Médica (SEM)

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo de todos los casos de SCA atendidos por el Servicio de Emergencias Sanitarias (SEM) de Castilla y León, entre el 1 de Enero de 2009 y 31 de Diciembre de 2013. La población de estudio fueron todos los casos registrados en la plataforma informática SENECA-SANITARIO con la codificación de diagnóstico final (CIE 9-MC) 410-SCA con elevación ST (SCACEST) ó 411.1-SCA sin elevación ST (SCASEST)

Las variables estudiadas fueron hora, día, mes, año, día de la semana, estación del año, sexo, edad, tipo SCA, ámbito, provincia, actuaciones terapéuticas, recurso movilizado, resolución del incidente, indicadores de gestión de tiempo. Las cuantitativas se resumieron mediante media, desviación estándar y rango; las cualitativas, mediante frecuencias y distribución porcentual

RESULTADOS

El número total de SCA atendidos por el SEM de Castilla y León fue 7744, siendo más frecuente el SCASEST (56,1%). Supuso una incidencia acumulada de 60,75 casos al año por cada 100000 habitantes, siendo Palencia la provincia con mayor incidencia (98,24) y León la que menos (50,74). El 45,6% se produjeron en el ámbito urbano, el 54,4% restante a nivel rural.

El 71,5% fueron varones y el 28,5% mujeres. La edad media fue de 69,44±14,12 años, siendo superior en las mujeres, 74,81 vs 67,30 años. En la distribución por grupos de edad, llama la atención que más del 50% tenían más de 70 años

Por años, en 2011 se produjeron mayor número de SCA, con 1839 casos, descendiendo discretamente y manteniendo una tendencia horizontal a partir de entonces. En cuanto a la distribución estacional, Agosto fue el mes con mayor demanda por esta causa, con 725 casos (9,4%), observándose un porcentaje inferior y estable el resto de meses (7-8%). Atendiendo a su cronobiología, el día que mayor número de SCA se produjeron fue el sábado (28,3%), duplicando la frecuencia del resto de días (14-15%). Por la mañana se concentraron un mayor número de casos (3572), más concretamente entre las 10 y 13 horas (28,4%), acentuándose conforme aumenta la edad de los pacientes.

En un 73,7% de los casos se movilizó al SVA, en un 16,3% al SVA y SVB y en el 10% restante se utilizaron otros recursos (HEMS, AP). Entre las actuaciones terapéuticas realizadas destacan la administración de analgésicos opiáceos en un 29,1%, de oxigenoterapia en un 55%, de nitritos en un 45,6% y de antiagregantes plaquetarios en un 57,2%; únicamente se realizó fibrinólisis extrahospitalaria en 545 pacientes con SCACEST (16,01%), observándose una tendencia ascendente a lo largo de los 5 años. En 192 pacientes se produjo una PCR tras el SCA y 113 pacientes fallecieron antes de su llegada al hospital. El tiempo medio de activación fue 3:08 minutos; el de respuesta, 7:01; y el de asistencia, 34:06

DISCUSIÓN

El perfil tipo obtenido en la cohorte de pacientes estudiados es el de varón, mayor de 50 años, con SCASEST, resultado similar al obtenido en otras investigaciones

Agosto es el mes con mayor número de casos, si bien en los estudios consultados existe una distribución estacional evidente, con máxima incidencia en los meses de invierno debido a que los cambios de temperatura (< 10 °C o > 26 °C) producen importantes alteraciones fisiopatológicas en los fenómenos tromboembólicos y hemorrágicos asociados a cualquier tipo de enfermedad cardiovascular. Una de las posibles explicaciones de esta diferencia puede ser el aumento poblacional experimentado en la mayoría de núcleos rurales de Castilla y León durante los meses de verano

El patrón circadiano, con pico de mayor incidencia matinal y un descenso progresivo con un mínimo en la madrugada, puede ser consecuencia de interacciones complejas entre numerosos sistemas de regulación hemodinámicos y biológicos entre los que destacan el incremento de los niveles plasmáticos de catecolaminas a primeras horas de la mañana, el aumento del tono simpático al despertar u otros factores externos (emocionales, estrés)

No se ha encontrado justificación al aumento del número de casos los sábados, si bien en la mayoría de los estudios consultados se observa una distribución circaseptal, con aumento del número de casos los primeros días de la semana, en relación con el inicio de la jornada laboral

La adecuación del tratamiento inicial a las recomendaciones internacionales es baja, aunque puede explicarse por la variabilidad en la codificación de las actuaciones

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 son más elevados, aspectos a tener en cuenta en el manejo terapéutico de esta patología tiempo-dependiente

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Barneto Valero MC, Garmendia Leiza JR, Ardura Fernández J, Casaseca de la Higuera JP, Andrés de Llano JM, Corral Torres E. Relación entre infarto de miocardio y ritmo circadiano en pacientes atendidos por un servicio de emergencias prehospitalario. *Med Clin.* 2012; 139(12): 515-521
- Li Y, Du T, Lewin MR, Wang H, Ji X, Zhang Y, Xu T, Xu L. Circadian, day-of-week, and age patterns of the occurrence of acute coronary syndrome in Beijing's emergency medical services system. *American Journal of Emergency Medicine.* 2010; 28(6): 663–667
- López Messa J, Garmendia Leiza JR, Aguilar García MD, Andrés de Llano JM, Alberola López C, Ardura Fernández J Factores de riesgo cardiovascular en el ritmo circadiano del infarto agudo de miocardio. *Rev Esp Cardiol.* 2004; 57(9): 850-8
- Wilson PWF, Douglas PS. Epidemiology of coronary heart disease. Monografía en Internet. Downey BC, (Ed): Uptodate; 2015. (acceso 01/08/2015). Disponible en: <http://www.uptodate.com>

Mesa de Comunicaciones 7: Envejecimiento / Crónicos

Concurrent Session 7: Aging / Chronic Care

AUTORES/AUTHORS:

Lieven De Maesschalck, Karolien Baldewijns, Marc Mertens

TÍTULO/TITLE:

Topshake , a new breakfast for persons with dementia and swallowing problems

Introduction

Research for Belgium has proven that 7% of the elderly who live at home, and 14% of the elderly in care homes suffer from malnutrition . One of the causes of malnutrition in older people suffering from dementia are swallowing problems. To provide a solution for this problem, Mobilab developed together with Lab4food and Top Foods a nutritious 'Topshake' that replaces a breakfast, which contains all necessary nutrients with a controlled and adapted texture and viscosity. Five different flavors were tested in this study, each for each day of the week.

Objectives

The aim of this study was to evaluate the swallowing function, the eating behavior, the nutritional intake and the time needed for the caregiver to assist during breakfast. From technological point of view, the goal was to determine the viscosity of the Topshake and correlate this 'value' for the swallowing and eating function.

Methods

The study is a Quasi-experimental crossover design (ABAB-type, also called single-factor experiment with repeated measures). The study takes only the working days into account, from Monday until Friday, the weekend was excluded. For 1 week (period A), patients received a traditional breakfast as standard meal on a normal plate, while the next week (period B), the patients received the 'Topshake' (a different recipe each day), by using a goblet. This 2-week trial is performed twice, which resulted in a total test period of 4 weeks. In addition, the caloric value of each product was calculated. The standard meal and the shake recipes were standardized for caloric intake. The study was executed in twelve nursing homes. At each location, the whole menu was weighed with the same balance. On a structured base, the eating behavior (Watson, 1993) and the swallowing function (own scale, unpublished) were daily observed. Patients were included from twelve Belgian nursing homes. It was important that the diagnosis of dementia was confirmed by a medical doctor in accordance with the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM V) criteria. The Mini Mental State Examination score (Folstein, 1975) had to be below 11 and the Katz scale (Katz, 1983) had to show that the patient needed assistance for eating. The family had to give their informed consent, and all patients had to use their breakfast at the table, clothed. This study was approved by the medical ethical committee. On this basis, 84 patients were selected, which resulted in 78 patients whose data were included in the study.

In the lab the Brookfield viscometer was used for measuring stepwise changes in shear rate (up and down at 5, 10, 30, 50, 90 and 100 rpm), to determine the hysteresis loop that is typical for thixotropic fluids (Steffe 1996; Mewis and Wagner 2009). Each rotational speed was held for 15 min, and the viscosity value at that moment was used to evaluate the thixotropic behavior. These shear rates are close to the estimated shear rates in the mouth (Shama and Sherman 1973; Steffe 1996; ADA 2002). All experiments with the Brookfield viscometer were performed in a beaker of 115 mm diameter at 10 degrees celcius (water bath-controlled). Every day during the clinical study, the viscosity of the Topshake given to the patient, was measured, using this method in the lab.

Results

This study shows an increased food intake (both expressed in grams and in kilojoules) for the Topshake breakfast, as compared with the standard breakfast. Because the standard meal and the shake recipes were standardized for caloric intake, the percentage of intake was calculated. The first week (period A, traditional breakfast) the daily average intake was 79.4%. In the second week (period B) the intake increase up to 93.1%. During the third week (period A) the intake was 82.5% and the last week (period B) it was 92.1%. Due to this percentages, paired t-tests showed a significant increase between the first and second week, between the third and fourth week, and between the first and fourth week ($P < 0.0001$).

Using the Chi-square test, the analysis of the eating behavior showed statistically significant differences for all items, the most

important characteristics being “leaving the mouth open” ($P < 0.001$) and “refuse to swallow” ($P < 0.0001$). The swallowing function was evaluated on 11 items, self-constructed scale, type Likert, with a reliability of 0.868. Several items indicated that the Topshake improved the safety of swallowing (Chi-square): Closing of the lips ($p < 0.05$), less food remainders after swallowing ($p < 0.01$), less hoarding of food ($P < 0.05$), less coughing ($P < 0.05$) and less moist sounding voice ($P < 0.05$) and less vomiting ($p < 0.05$). The measurement of the viscosity shows that there is a significant relation between eating behavior and viscosity ($p < 0.01$) and swallowing function and viscosity ($p < 0.01$).

Finally, there was also a significant time gain ($P < 0.05$) measured of at least 4 minutes for each breakfast for each patient.

Discussion and conclusion

The results from this research shows that this new breakfast is well balanced and developed for improved chewing and swallowing function for demented elderly. The patient did not only eat more, they needed less time to finish their meal. The relation between viscosity and swallowing function and eating behavior shows us that a viscosity of more than 3000 mPas seems to be optimal. The results showed no measurable differences over the five tested flavours.

This means that the Topshake is safer and more adapted for the needs of people with dementia and swallowing problems and also improves their wellbeing significantly. The nurse gain time while assisting during breakfast as well. We may conclude that this concept has advantages for each party and that we can develop this concept for other patients with swallowing problems.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

ADA 2002. National Dysphagia Diet: Standardization for Optimal Care, American Dietetic Association, Chicago, IL.

FOLSTEIN, M.F., FOLSTEIN, S.E., MCHUGH, P.R. 1975. “Mini-mental state.” A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatr. Res.* 12, 189–198.

KATZ, S. 1983. Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *J. Am. Geriatr. Soc.* 31, 721–727.

MEWIS, J., WAGNER, J.N. 2009. Thixotropy. *Adv. Colloid Interface Sci.* 147–148, 214–227.

SHAMA, F., SHERMAN, P. 1973. Identification of stimuli controlling the sensory evaluation of viscosity. II. Oral methods. *J. Texture Studies* 4, 111–118.

SMITH, C.H., LOGEMANN, J.A., BURGHARDT, W.R., CARRELL, T.D. and ZECKER, S.G. 1997. Oral sensory discrimination of fluid viscosity. *Dysphagia* 12, 68–73.

SMITH, T.L., SUN, M.M., PIPPIN, J. 2004. Characterizing process control of fluid viscosities in nursing homes. *J. Am. Diet. Assoc.* 104, 969–971.

STEFFE, J.F. 1996. *Rheological Methods in Food Processing Engineering*, 2nd Ed., Freeman Press, East Lansing, MI.

WATSON, R. 1993. Measuring feeding difficulty in patients with dementia: Perspectives and problems. *J. Adv. Nurs.* 18(1), 25–31.

Mesa de Comunicaciones 8: Cuidados a pacientes crónicos

Concurrent Session 8: Chronic Care

AUTORES/AUTHORS:

LUIS GUERRA SÁNCHEZ, MIRIAM LEÑERO CIRUJANO

TÍTULO/TITLE:

ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA DE LA DESNUTRICIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA

Objetivos: Estimar la prevalencia de la desnutrición en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica mediante el cuestionario Mini Nutritional Assessment (MNA).

Métodos: Estudio observacional transversal en el que se evaluó a 276 pacientes con criterios diagnósticos de Framingham de insuficiencia cardíaca (IC). Todos ellos mayores de edad e ingresados en las unidades de hospitalización de Medicina Interna y Cardiología del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Todos expresaron inequívocamente su consentimiento en participar en el estudio. La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo de conveniencia. En la aplicación informática de pacientes hospitalizados, se buscaron aquellos con diagnósticos compatibles con la descompensación de IC. Se comprobó en la historia clínica el carácter crónico de la enfermedad y el cumplimiento de criterios. La evaluación de los pacientes incluidos en el estudio se efectuó a partir del segundo día de ingreso con el fin de evitar la confusión que podría suponer la variable edemas en el peso. La inclusión se extendió desde junio del 2010 hasta enero del 2014. El tamaño muestral se calculó con Epidat 3.1, asumiendo que en España, el 7% de la población padece insuficiencia cardíaca y aceptando que la prevalencia de caquexia cardíaca en estos pacientes es aproximadamente del 35%, para obtener un nivel de confianza del 95% y una precisión cercana al 94,5%. Este estudio cuenta con la autorización del Comité Ético del área.

La evaluación nutricional se realizó mediante el cuestionario Mini Nutritional Assessment (MNA), seleccionado por su rapidez, grado de concordancia con otros métodos de valoración nutricional e idoneidad para las personas mayores -la mayor parte de los pacientes reclutados se preveían mayores de 60 años -. A diferencia de otros métodos de valoración nutricional, este cuestionario no requiere de habilidades clínicas adicionales. El MNA consta de 18 ítems clasificados en 4 áreas: parámetros antropométricos, valoración global geriátrica, parámetros dietéticos y valoración subjetiva del estado de salud. Los cinco primeros conforman el cribado nutricional y los doce siguientes, la evaluación global:

- Si la puntuación del cribado es igual o superior a 12 puntos, se considera que el paciente presenta un estado nutricional normal, y por lo tanto, no se continúa con la evaluación.
- Si por el contrario, la puntuación del cribado es igual o inferior a 11, se considera que el paciente puede presentar una posible malnutrición, por lo que se continúa con la evaluación completa.

La suma de las puntuaciones del cribado y de la evaluación global, si fuese necesaria su realización, da como resultado la evaluación total – puntuación máxima de la evaluación: 30 puntos -. Según la puntuación que se obtenga, se concluye que:

- Puntuaciones iguales o mayores a 24 indican buen estado nutricional.
- Puntuaciones entre 23,5 y 17 indican riesgo de desnutrición.
- Puntuaciones menores a 17 indican desnutrición.

La cumplimentación de este cuestionario, a pie de cama del paciente, se llevó a cabo por los investigadores del estudio, habiendo realizado previamente sesiones de consenso y formación específica de mediciones antropométricas y de valoración de la clase funcional y de los edemas.

La medida de los parámetros antropométricos se realizó por consenso de los evaluadores y en concordancia con los manuales de antropometría. El peso se expresó en kilogramos con una precisión de 200 gramos. Las pesadas se realizaron en una báscula digital Seca 799 con tallímetro, con el paciente descalzo y con ropa ligera. La circunferencia braquial se midió con una cinta métrica no elástica en el punto medio entre el acromion y el olecranon. La circunferencia de la pantorrilla se tomó en el punto de máximo calibre de la pantorrilla y la altura se midió con un tallímetro con el paciente descalzo. Todas estas variables se expresaron en centímetros.

El IMC se calculó mediante los variables recogidas de peso y altura. Se consignó también el grado de edemas de los miembros inferiores que presentaba el paciente en el momento de la valoración. Para ello se utilizó una escala de 0 a 4, donde 0 representaba ausencia de edemas y 4, edema indurado que no deja fovea.

Los datos fueron procesados con el paquete estadístico SPSS 21, describiéndose las variables categóricas de la muestra en porcentajes y comparándose mediante la prueba de la χ^2 y las variables cuantitativas, con los valores medios y desviación estándar. Las variables continuas con dos categorías, se compararon mediante el test de la *t* de Student para muestras independientes, después de comprobar la normalidad de la distribución usando la prueba Kolmogorov-Smirnov. En el caso de comparar más de dos categorías, se realizó el análisis de la varianza (ANOVA) de un factor y el test de Bonferroni, como prueba post hoc. Cuando se expresan los intervalos confidenciales, estos son a un nivel de confianza del 95%. Se consideraron las asociaciones con un valor de $p < 0,05$.

Resultados: El 50,7% ($n=140$) de los individuos eran hombres. La edad media fue de $75,01 \pm 10,01$ años. El 53,3% de la muestra presentaba una clasificación funcional grado III/IV de la NYHA, que junto con los que estaban en grado II/IV (32,8%) suponían un 86,1% del total. En el momento de la valoración (tras el tratamiento diurético intensivo), el 48,4% ya no presentaba edemas en los miembros inferiores, mientras que el 23,8% sí los presentaban en los grados I/IV. El 42,8% estaban siendo tratados con Betabloqueantes más IECAS/ARA II; el 23,2%, con IECAS/ARA II; el 17,4%, con Betabloqueantes; y el 16,7%, con ninguno de estos dos grupos farmacológicos. El 51,8% tomaban hipolipemiantes. No se encontró asociación entre cualquier tratamiento farmacológico y el estado nutricional. Aunque sí se detectaron diferencias en el género: los hombres recibían más hipolipemiantes y más veces tratamiento único con betabloqueantes que las mujeres.

Se encontraron diferencias en el peso y la talla entre hombres y mujeres, siendo más pesados y más altos los hombres. En cambio en el Índice de Masa Corporal (IMC) no se hallaron diferencias: $26,34 \pm 4,03$ Kg/m² para los hombres y $26,48 \pm 5,74$ Kg/m² para las mujeres. Se identificaron diferencias significativas en la edad, siendo las mujeres de la muestra más mayores. Aunque no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en la clasificación por el grado funcional de la NYHA, los autores consideran relevante destacar que las mujeres en la peor clasificación (grado IV) suponían el 15,5% frente al 6,1% de los hombres. Por el contrario, los hombres en la mejor clasificación posible (grado I) fueron prácticamente el doble que las mujeres.

La valoración del EN mediante el MNA aportó los siguientes resultados: el 44,9% ($n=124$) fue clasificado como bien nutrido; el 38,0% ($n=105$), en riesgo de malnutrición; y el 17,0%, ($n=47$) como malnutrido. Los intervalos de confianza al 95% para la clasificación del EN son Malnutrición (12,57% , 21,43%), Riesgo de Malnutrición (32,27% , 43,72%) y No Malnutrición (39,13% , 50,87%). Se encontró asociación entre el género y el EN. Las mujeres padecían desnutrición en mayor medida que los hombres: el 70,2% de los pacientes clasificados como desnutridos fueron mujeres, frente al 29,8% de los clasificados como desnutridos, que fueron hombres ($p=0,003$). Al dicotomizar las variables a No malnutrición vs Riesgo/Malnutrición, se puede cuantificar el Odds Ratio en 1,82 con un IC95% (1,12 , 2,93) ($p=0,014$).

Discusión: La prevalencia de la malnutrición, medida con el MNA en los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica de nuestra muestra, es aproximadamente del 55%, con mayor riesgo en las mujeres. Esta cifra es superior a la prevalencia de la desnutrición en otras investigaciones de nuestro ámbito sobre la población general hospitalizada, valorada con otros métodos de evaluación nutricional. De este modo, Agudo de Blas et al., utilizando medidas antropométricas y parámetros bioquímicos en la evaluación de pacientes con ICC, encontró en su estudio una prevalencia de desnutrición en cualquier grado del 40%.

El MNA parece ser un método fiable, sensible y económico para valorar nutricionalmente, también a los pacientes con ICC. Pacientes en los cuales el peso o el IMC, pueden llegar a ser parámetros engañosos por el exceso de volumen de líquidos. El MNA no precisa de un aprendizaje o entrenamiento por parte del observador.

Nos parece oportuno recalcar que en nuestra experiencia, es "fácil" identificar clínicamente a aquellos pacientes que sufren desnutrición severa, pero bastante más complicado identificar a aquellos que comienzan a presentar signos de malnutrición. Es precisamente en la desnutrición incipiente, en donde se debería intervenir con más determinación, ya que estados avanzados de desnutrición son mucho más complicados de revertir y a un costo mucho mayor (tanto tangible como intangible). Por lo tanto, la detección precoz del riesgo nutricional y la identificación de desnutrición, ha de ser una tarea primordial para los profesionales sanitarios, en especial para el profesional de enfermería por su trabajo diario con el paciente a pie de cama.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Agudo P, Conthe P, Álvarez V, García P, Gil M et al. Insuficiencia cardíaca, malnutrición e inflamación. Prevalencia y aspectos relevantes en su valoración. Rev Clin Esp. 2006;206(3):122-8.

Crespo MG, de Teresa E, Jiménez M, Alonso L et al. Prevalencia de la insuficiencia cardiaca en la población general española mayor de 45 años. Estudio PRICE. Rev Esp Cardiol 2008; 61(10 Anguita):1041-9.

Frankenstein L, Zugck C, Nelles M, Schellberg D, et al. The obesity paradox in stable chronic heart failure does not persist after matching for indicators of disease severity and confounders. Eur J Heart Fail 2009;11:1189-94.

Janssen DJA, Spruit MA, Uszko-Lencer N, Schols JMGA, Wouters EFM. Symptoms, comorbidities, and health care in advanced chronic obstructive pulmonary disease or chronic heart failure. J Palliat Med 2011;14(6):735-43.

Guerra L, Martínez C, Fresno M. Cribado nutricional en pacientes con insuficiencia cardiaca: análisis de 5 métodos. Nutr Hosp. 2015;31(2):890-9.

Hall JA, French TK, Rasmusson KD, Vesty JC, Roberts CA, Rimmasch HL et al. RESEARCH: The Paradox of Obesity in Patients with Heart Failure. J Am Acad Nurse Pract 2005;17(12):542-6.

Hurtado GF, Sandoval RL, Bravo A. Malnutrition syndrome, but not body mass index, is associated to worse prognosis in heart failure patients. Clinical Nutrition 2012; 31:290.

Kunju SU, Badarudeen S, Schwarz ER. Impact of obesity in patients with congestive heart failure. Reviews in cardiovascular medicine 2009;10(3):142-51.

Nestlé Nutrition Institute. Guía para rellenar el formulario Mini Nutritional Assessment (MNA). [Internet] [citado 14 Sep 2015]. Disponible en: http://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_spanish.pdf.

Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. Clinical Nutrition. 2008;27,5–15.

Pocock SJ, McMurray JJ, Dobson J et al. Weight loss and mortality risk in patients with chronic heart failure in the candesartan in heart failure: assessment of reduction in mortality and morbidity (CHARM) programme. *Eur Heart J.* 2008 Nov;29(21):2641-50.

Rebollo MI. Diagnóstico de la malnutrición a pie de cama. *Nutrición Clínica en Medicina* 2007;1(2):87-108.

Zamora E, Lupón J, Urrutia A, González B, Mas D et al. ¿El índice de masa corporal influye en la mortalidad de los pacientes con insuficiencia cardiaca? *Revista española de cardiología* 2007; 60(11):1127-34.

AUTORES/AUTHORS:

Isabel Font Jiménez, Montserrat Roig Garcia, Ana Belén de los Mozos Pérez

TÍTULO/TITLE:

Estudio epidemiológico: Prevalencia de amputaciones no traumáticas en la provincia de Tarragona del 2010-2013

A nivel mundial se calcula que existe una amputación cada 30 segundos, de las cuales el 50% presenta una esperanza de vida inferior a 5 años(1). En los datos publicados por el ministerio de Sanidad y Política Social, en Cataluña (2008) se contabilizaron 615 altas hospitalaria por amputaciones mayores, un 5,8/100000 habitantes/año.

Las amputaciones pueden clasificarse a partir de su origen etiológico como traumáticas, aquellas producidas tras un accidente, y no traumáticas, aquellas derivadas de una patología: vascular, pie diabético u oncológicas. El 80 % de las amputaciones que se producen son no traumáticas, llegando al 90% en la ancianidad(2,3). De las cuales mayoritariamente son vasculares y pie diabético, donde la isquemia y la infección serán la máxima que determinen esta decisión terapéutica. La diabetes está presente en un 50% de las amputaciones de la extremidad inferior (AMI), multiplicando el riesgo por 10.

Después de 1-3 años de una amputación existe un 30-50% de probabilidad de sufrir una amputación en la pierna contralateral(1). Un 85% de las amputaciones son precedidas por una úlcera. Un estudio concluye que las intervenciones de revascularización en pacientes con amputación contralateral previa presentaron mayor probabilidad de oclusión del injerto durante el primer año postcirugía que las personas no amputadas previamente, así como un mayor índice de comorbilidad(4).

La isquemia de extremidades inferiores se asocia a factores de riesgo cardiovascular: diabetes, HTA, dislipemia, tabaquismo y hiperhomociteinemia(4-7).

En 1989, en la Declaración de St. Vicent se estableció como meta la reducción de la incidencia de amputaciones de pie en un 50% en los siguientes 5 años, para ello se propusieron medidas de prevención y tratamiento. Actualmente estos logros no se han obtenido, pero si existen estudios de un descenso en el número de amputaciones.

El interés de este estudio se centra en conocer la epidemiología de las amputaciones no traumáticas en Tarragona, conocer las características sociodemográficas de las personas a estudio, así como los factores de riesgo relacionados con la amputación. Siendo estos datos referentes para políticas de mejora en la prevención y cuidado de estos pacientes.

El objetivo principal fue identificar la prevalencia de las amputaciones no traumáticas en el área de referencia del servicio de cirugía vascular y angiología del Hospital Universitario Joan XXIII durante el periodo 2010-2013.

Metodología

Se diseñó un estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes amputados por afectación vascular, diabéticos y no diabéticos, durante el periodo 2010-2013. Se discriminaron las historias a través de la codificación facilitada por el servicio de documentación del hospital universitario Joan XXIII de Tarragona. Se utilizaron como fuente de datos del paciente los documentos "nota de ingreso" y "alta médica", dónde se describe el diagnóstico y motivo de ingreso, antecedentes médicos y tratamientos recibidos durante su hospitalización.

En la provincia de Tarragona se encuentran censados, en 2013, 810.178 habitantes, de los cuales el 16,79% son mayores de 65 años. Esta población es atendida por 8 hospitales. El H.U. Joan XXIII es centro de referencia de la provincia, y específicamente el único que cuenta con servicio de cirugía vascular y angiología.

Se consideraron variables sociodemográficas, antecedentes médicos y quirúrgicos al ingreso, y descriptores de la amputación.

El análisis de los datos siguió el método de estadística descriptiva, utilizando el paquete estadístico SPSS 21.

El proyecto de estudio fue evaluado y aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del centro.

Resultados

Durante enero de 2010 a diciembre de 2013 se han realizado un total de 309 AMI en 234 pacientes; el 25% fue amputado en más de

una ocasión durante este periodo. Existe un número constante de procedimientos entre el 2010 y 2012, con un aumento del 35,8% en el año 2013, especialmente en pacientes afectados de diabetes.

La edad media fue de 68,89 años (DE: 10,78), en un rango de 31-92 años. Donde un 83,8% (n: 196) son hombres.

Todas las amputaciones, excepto una fueron en las extremidades inferiores, en porcentaje similar derecha e izquierda.

El 87,7% de las amputaciones fueron precedidas de úlceras, de etiología no específica, por falta de registro en la historia clínica de este dato.

El nivel de amputación podemos dividirlo en amputaciones mayores (por encima del tobillo), que corresponde al 43,7% y un 55,98% de amputaciones menores o pertenecientes al pie. Lo presentamos ampliamente a continuación:

- Supracondíleas: 34,6% (n: 107) de media, con un descenso progresivo del 42,6% en 2010, al 32,07% en 2013.

- Infracondíleas: 9,06% (n: 28) de media, aumentando del 5,8% al 9,43%

- Metatarsianas: 9,7% de media (n: 30). Presentando en 2010 el 10,29%, desciende al 5,88% en 2011, pero vuelve a remontar en 2012 al 10,37%, manteniéndose en estos niveles en 2013.

- Digital: 46,3% (n: 143), porcentaje en ascenso durante estos cuatro años.

Se aprecia un descenso progresivo en el número total de AMI mayores, con un aumento de las digitales. Este descenso se rompe con un aumento brusco en 2013.

Si separamos los datos por género, entre las mujeres las AMI mayores son más frecuentes que las menores (6,2:3,8) y en los hombres ocurre a la inversa (4,5:5,5).

En cuanto a los antecedentes personales del paciente que actúan como factores de riesgo, se registró la presencia de diabetes mellitus en un 75,6% de los pacientes, la HTA en un 69,3% y la DLP: 37,3%. En referencia al consumo de tóxicos, encontramos que el 21% de los pacientes intervenidos eran fumadores activos y el 27,3% exfumadores, y en relación al alcohol el 9,6% era bebedor habitual y ex-enol otro 9%. Es reseñable que sólo existe registro de los hábitos tóxicos en un 70% de las historias clínicas revisadas.

Se encontró relación estadísticamente significativa entre la DM y la presencia de AMI, sin embargo no pudo correlacionarse con la HTA y el consumo del tabaco.

Discusión

Los resultados de nuestro estudio conciertan con los de otras publicaciones previas. Más de tres cuartas partes de las AMI se realizaron en personas con DM. La incidencia aumentó con la edad y fue mayor entre los hombres que en las mujeres, en cada grupo de edad. Los parámetros referidos a la distribución de sexo y edad, hombre mayor de 65 años, coinciden con los descritos por la International Diabetes Federation(8). La relación AMI mayor/menor fue superior en mujeres que en hombres como ya se describe en otras regiones y países(9).

El estudio Eurodiale(10), muestra una tendencia a la baja en el número de amputaciones mayores, coincidiendo con nuestro estudio. El aumento del 2013 se corresponde a un incremento porcentual en las amputaciones digitales, actualmente denominadas cirugía conservadora. Este aumento se relaciona con el aumento de la prevalencia de la DM y el aumento de la edad poblacional. Similares datos se muestran en diferentes estudios europeos y EEUU(11-14).

Las úlceras preceden a las amputaciones, en un porcentaje mayor al 85%, y su origen puede ser neuropático, isquémico o neuroisquémico. Los porcentajes no han podido ser valorados en este estudio, al ser un dato no registrado específicamente en la historia clínica.

La American Diabetes Association(15) muestra la necesidad de actuar sobre los factores de riesgo de amputación que, como muestra este estudio, son además de la diabetes, la HTA y el hábito tabáquico.

El conocimiento de la población afectada por una amputación promueve la elaboración de políticas de mejora en la prevención de los factores de riesgo y el cuidado de los pacientes, especialmente ante la presencia de ulceraciones.

La fortaleza de nuestro estudio radica en el tamaño de la muestra y la metodología estandarizada, sin embargo, presenta

limitaciones importantes como el registro incompleto de algunos datos en las historias clínicas y los procedimientos realizados de forma ocasional en alguno otro centro de la región sanitaria de Tarragona.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Bakker K, Riley P. The year of the diabetic foot. *Diabetes Voice*. 2005; 50(1):11-14
2. Pasquina PF, Bryant PR, Huang ME, Roberts TL, Nelson VS, Flood KM. Advances in amputee care. *Arch Phys Med Rehabil*. 2006;87(3 SUPPL.):34-43.
3. Fleury AM, Salih S a., Peel NM. Rehabilitation of the older vascular amputee: A review of the literature. *Geriatr Gerontol Int*. 2013;13(2):264-73
4. Baril DT, et al. Prior contralateral amputation predicts worse outcomes for lower extremity bypasses performed in the intact limb. *J. Vas Surgery*, 2012; 56Ç(2): 353-360
5. Urwin N. Epidemiology of lower extremity amputation in centres in Europe, North America and East Asia. *British J. Surgery*, 2000; 87: 328-337
6. Miquel Abad C. Historia natural de la enfermedad vascular periférica. En: Alós Villacrosa J. Amputaciones del miembro inferior en cirugía vascular. Un problema multidisciplinar. Madrid: Glosa; 2008
7. Davies MG. Critical limb ischemia: Epidemiology. *Methodist Debakery Cardiovasc J*. 2012; 8(4): 10-14
8. IDF. Global Guideline of type 2 Diabetes. [Internet]. Available from: <http://www.idf.org/sites/default/files/IDF-Guideline-for-Type-2-Diabetes.pdf>
9. Rubio JA, Salido C, Albarracín A, Jiménez S, Alvarez J. Incidence of lower extremity amputations in Area 3 of Madrid. Retrospective study during the period 2001- 2006. *Rev Clin Esp* 2010;210:65-69 [in Spanish]
10. Akhtar S, Schaper N, Apelqvist J, Jude E. A review of the Eurodiale studies: What lessons for diabetic foot care? *Curr Diab Rep*. 2011;11(4):302-9.
11. Aragón-Sánchez J, García-Rojas A, LázaroMartínez JL, et al. Epidemiology of diabetes-related lower extremity amputations in Gran Canaria, Canary Islands (Spain). *Diabetes Res Clin Pract* 2009; 86:e6-e8
12. Calle-Pascual AL, et al. Epidemiology of nontraumatic lower-extremity amputation in area 7, Madrid, between 1989 and 1999: a population-based study. *Diabetes Care* 2001;24:1686-1689
13. Vamos EP, Bottle A, Majeed A, Millett C. Trends in lower extremity amputations in people with and without diabetes in England, 1996-2005. *Diabetes Res Clin Pract* 2010;87:275-282
14. The Global Lower Extremity Amputation Study Group. Epidemiology of lower extremity amputation in centres in Europe, North America and East Asia. *British Journal of Surgery*. 2000; 87:328-337
15. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2015 Abridged for Primary Care Providers. *Diabetes Care*. 2015;38(Supple1):97-111.

AUTORES/AUTHORS:

Dolors Estrada Reventos, Rosa M^a Soriano Gimenez, Ana Isabel Jordan Agud, Carolina Fernández Souto, Paula Villanueva Salvador, Nuria Plaza Otero, Representación proyecto interven Ehrlica

TÍTULO/TITLE:

Grado de conocimiento de la hipertensión y riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos

Objetivo

Evaluar el grado de conocimientos de la hipertensión y del riesgo cardiovascular de pacientes hipertensos atendidos en centros de atención primaria y especializada de España.

Método

Estudio multicentrico descriptivo transversal con 980 pacientes hipertensos, mayores de 18 años, con tratamiento farmacológico y que quisieron participar voluntariamente. Seleccionados de forma consecutiva en 39 centros. Las variables recogidas fueron edad, sexo, nivel educacional, ocupación, situación familiar, años de diagnóstico, factores de riesgo, presión arterial, perímetro abdominal, índice de masa corporal, cumplimiento (Test de Morisky-Green) y los ítems de un cuestionario validado sobre conocimientos en hipertensión y riesgo cardiovascular. Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencia absoluta y porcentaje, y las cuantitativas, con la media y desviación típica, o mediana.

Resultados

El 50% fueron mujeres, edad media 65 años. El 78% vivía con familia, el 46% hacía más de 10 años que estaba diagnosticados de hipertensión. El 33,6% tenía estudios primarios y el 51,5% estaba jubilado. El 56% presentaba dislipemia, 43% obesidad y 28% diabetes. En relación al cumplimiento el 56,6% no eran cumplidores, siendo el olvido de la medicación la causa mayor en el 42,3%. Los conocimientos sobre la hipertensión el 41,7% dice que nadie se lo ha explicado, 35,8% no considera la hipertensión un proceso para toda la vida y solo el 42,3% conoce los objetivos de presión arterial. La mayor deficiencia sobre el riesgo de la hipertensión fueron los problemas que produce la hipertensión en el riñón, sólo el 48,6% contestó afirmativamente, seguido de los problemas que produce la hipertensión en los ojos 57%. La mayoría de pacientes 96,9% conoce que una dieta pobre en grasas y rica en frutas y verduras es fundamental para facilitar la reducción de la presión arterial, el 98,4 % piensa que es aconsejable reducir el consumo de sal. Por lo que respecta a la medicación, sólo el 41,4 % dice que es para toda la vida y un 24,4 % dice que puede abandonar la medicación cuando la presión arterial se normalice.

Discusión

Los conocimientos básicos sobre la hipertensión y el riesgo cardiovascular siguen siendo bajos en estos pacientes ya que más de una tercera parte refiere que nadie le ha explicado que es la hipertensión y aún consideran que las cifras de presión arterial se hallan elevadas a partir de 160/95mmHg, cuando el objetivo de presión arterial está por debajo de 140/90mmHg. Este desconocimiento coincide con los de otros estudios en los que se ha descrito que más del 50% de los hipertensos españoles no cumplen de forma adecuada las recomendaciones de sus médicos y un 65% de los pacientes en tratamiento antihipertensivo no controla adecuadamente sus cifras de presión arterial debido a ello.

Se deben promover campañas que aumenten más la información al paciente y que mejoren su implicación en la enfermedad con el objetivo de controlar mejor su hipertensión. La tarea de incrementar los conocimientos sobre la hipertensión y la enfermedad cardiovascular implican a los profesionales sanitarios de todos los niveles asistenciales. Nuestro siguiente planteamiento sería un programa de educación terapéutica para mejorar el conocimiento sobre la hipertensión.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1-- Llisterri Caro JL, Rodríguez Roca GC, Alonso Moreno FJ, Prieto Díaz MA, Banegas Banegas JR, González-Segura Alsina D, et al. Control de la presión arterial en la población hipertensa española asistida en Atención Primaria. Estudio PRESCAP 2010. *Med Clin*. 2012; 139:653-61
- 2-- Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Bohm M, et al. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology. *J Hypertens*. 2013; 31:1281-357.
- 3-- Coca A, Aranda P, Bertomeu V, Bonet A, Esmatjes E, Gillén F, et al. Estrategias para un control eficaz de la hipertensión arterial en España. Documento de consenso. *Hipertensión*. 2006; 23:152-6
- 4-- Estrada D, Ho TM, Agudo JP, Arias P, Capillas R, Gibert E, et al. Validación de un cuestionario de conocimientos sobre la hipertensión. *Hipertensión*. 2013;30:127-34.
- 5-- Piwonska A, Piotrowski W, Broda G. Knowledge about arterial hypertension in the Polish population: The WOBASZ study. *Kardiol Pol*. 2012; 70:140-6.
- 6-- Estrada D, Jimenez L, Pujol E, de la Sierra A. Nivel de conocimientos de los pacientes hipertensos ingresados en un Servicio de Medicina Interna sobre la hipertensión y el riesgo cardiovascular. *Hipertensión y Riesgo Vascular*. 2005;22(2): 54-58.
- 7-- Camps M B, Cabello M I E, Baqué A D, García J B, González L V, Doménech C S, et al. Estudio Conocimiento: grado de conocimiento sobre hipertensión arterial de nuestros pacientes. Relación con el nivel de control de la misma. *Hipertensión y riesgo vascular*. 2015; 32(1): 12-20.

Mesa de Comunicaciones 9: Cuidados materno - infantiles

Concurrent Session 9: Mother and Children Care

AUTORES/AUTHORS:

María Galindo Ferrer, Ana Rodríguez Gonzalo, Jose María Irurzun Mateos, María Dolores López de la Isidra Sánchez-Ajofrín, María de los Dolores Navarrete Zampaña, Lucía Reviriego Moreno, M^a Carmen Sánchez Bellón, Ana Yanguas Gomez

TÍTULO/TITLE:

PREVALENCIA DE LIPOHIPERTROFIAS EN NIÑOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 EN TRATAMIENTO CON MÚLTIPLES DOSIS DE INSULINA

1. OBJETIVOS

- Objetivo principal: conocer la prevalencia de lipohipertrofias (LH) que presenta la Unidad.
- Objetivos secundarios: conocer las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes del estudio, conocer la zona de localización de las LH y su relación con el tipo de insulina y observar la influencia del uso de catéter para administraciones subcutáneas (Insufión™).

2. MÉTODOS

- Diseño: estudio observacional, descriptivo, transversal y poblacional para conocer la prevalencia de LH en la Unidad.
- Ámbito de estudio: Unidad de Endocrinología y Diabetes Pediátrica del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid.
- Sujetos de estudio: todos los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 1 (DMT1) de 7 a 17 años cuyo tratamiento esté basado en la administración de múltiples dosis de insulina (MDI) y se administren la misma mediante jeringa y aguja, boli o pluma de insulina o Insufión™, al menos tres veces al día, cuyos padres/madres/tutores acepten que estos formen parte del estudio y que hayan debutado al menos 3 meses antes del inicio del estudio. Criterios de exclusión: pacientes con bomba de infusión continua de insulina y pacientes de los cuales no haya registro de todos los datos clínicos y sociodemográficos necesarios para el estudio en su historia clínica.
- Duración: el estudio tiene lugar entre los meses de mayo de 2014 y marzo de 2015.
- Variables analizadas: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), hemoglobina (Hb) glicosilada, edad al debut de la DMT1, tipos de insulina administrada, dosis total de insulina diaria y dosis total de cada uno de los tipos de insulina, LH y localización de las mismas y uso de Insufión™ y localización de este.
- Instrumentos de medida: para la evaluación de las LH tenemos que clasificar a los pacientes según tengan o no y según su localización, datos que son recogidos de la historia clínica junto con el resto de variables analizadas.
- Procedimiento de estudio: la captación y reclutamiento se realiza en el Área de Consultas de Endocrinología Pediátrica durante 1 mes. La recogida de datos se realiza tras la aprobación del Comité de Bioética e Investigación Clínica y la firma por parte de los padres/tutores del consentimiento informado después de leer la hoja informativa.
- Estimación del tamaño de la muestra: la población accesible durante el período ventana sería de 127 pacientes, teniendo en cuenta que el estudio de De Villiers muestra una prevalencia de LH del 52% en población pediátrica se realiza una estimación del tamaño de muestra requerido para una confianza del 95% y se obtiene que el tamaño de la muestra debería ser de 78 pacientes.
- Tratamiento y análisis de los datos: se lleva a cabo un análisis descriptivo para todas las variables. Las cualitativas son descritas con frecuencias y porcentajes para cada una de sus categorías, y las cuantitativas con media y desviación estándar o con mediana, mínimo y máximo según sigan o no una distribución normal. Programa de análisis SPSS.

3. RESULTADOS

Se logra una muestra de 27 sujetos lo que supone un 34,62% del total de los pacientes requeridos. El 66,7% fueron niños y la edad media de los pacientes es de 13,3 años \pm 2,77, con un rango de edades entre los 7 y los 17 años.

El 55,6% de los sujetos (15 pacientes) presenta alguna forma de LH, que van desde incipientes o leves hasta LH de larga evolución localizables a simple vista.

Entre los pacientes del estudio se administran dos tipos de insulina rápida y dos de lenta. En cuanto a la distribución de las LH dependiendo del tipo de de insulina administrada vemos que sea cual sea el tipo de insulina administrado aproximadamente la mitad de los pacientes presentan LH, no habiendo diferencias a nivel descriptivo entre los diferentes tipos.

En razón del sexo existen diferencias significativas en cuanto a la frecuencia de LH ya que en los niños es del 61,1% frente al 44,4% de las niñas.

Según la zona de LH encontramos que el 73,3% de los pacientes que presentan LH tienen estas localizadas en abdomen, es decir 11 pacientes de los cuales solo 4 no tienen también en otras zonas. Con LH en brazos encontramos 5 pacientes (33,3%), de los que solo 2 no tienen más LH. En cuanto a las LH en la zona glútea, vemos que hay 6 pacientes (40%) que las presentan, y al igual que en los brazos hay dos que no tienen en otras localizaciones. En muslos se ve el menor número de LH, ya que solo 2 pacientes las presentan y ambos tienen también en otras zonas.

El uso de Insuflón™ únicamente lo realizan 3 pacientes. Estos catéteres se cambian de zona cada 3 días y permiten inyectar toda la insulina del mismo tipo a través de él sin tener que puncionar la piel. En uno de los pacientes vemos que no presenta LH; sin embargo, se sabe que en los otros 2 se indicó su utilización para reducir el número de punciones diarias en la piel pudiendo así ampliar las zonas libres de pinchazos y apoyando la mejoría de las lesiones; de esta forma uno de los pacientes presenta un Insuflón™ en abdomen para inyectar la insulina rápida y otro en glúteo para la insulina lenta.

4. DISCUSIÓN

En cuanto a los resultados obtenidos con respecto a la prevalencia de lipohipertrofia en nuestro estudio, los datos son bastante similares a los del estudio de De Villiers¹.

Como vemos en el estudio de Kalra et al., los lugares adecuados para inyectar la insulina, de absorción más rápida a menos, son antebrazos, pared abdominal, muslos y glúteos. Esto es útil clínicamente: la insulina rápida pre ingesta es preferible inyectarla en abdomen o brazos; mientras que la basal es más recomendable de inyectar en glúteos y muslos². Sabiendo esto y que, como vimos en el estudio de Blanco et al. existe una relación entre la presencia de LH y el número de inyecciones por día³; se entiende que en el abdomen como se observa en los resultados de nuestro estudio sea el lugar en el que mayor número de LH se producen ya que es el lugar donde se inyectan la insulina rápida pre ingestas de la cual se realiza un mayor número de pinchazos al día (3 - 5).

Hay varios estudios que señalan los beneficios de rotar el lugar de inyección en la disminución de la aparición de las LH como recoge Hambridge, dejando un dedo entre cada inyección o utilizando las numerosas rejillas de rotación disponibles⁴. El problema de esto es la falta de adherencia que presentan los jóvenes a un plan establecido de rotación. En el estudio de Patton et al. a pesar de que más del 94% de los jóvenes en tratamiento con MDI utilizaba 2 o más sitios diferentes en su plan de rotación solo el 40% de ellos utilizaba entre 3 y 4 lugares⁵. Esto sería mejorable con el uso del Insuflón™, cada vez más extendido, ya que se reduce el número de pinchazos de entre 3 y 5 al día a 1 cada tres días de forma que las zonas que normalmente reciben un mayor número de pinchazos podrían tener mayor espacio sin pinchar favoreciendo así la no aparición de LH.

- Limitaciones: se ha producido un sesgo de selección ya que no se alcanza ni el 50% del total de la muestra requerida, aunque, a pesar de esto, nuestros resultados de prevalencia alcanzan los descritos en otros estudios; y sesgos de información ya que no se ha podido determinar si hay relación entre la dosis de insulina administrada y la aparición de LH ya que no se recoge desglosada la cantidad de insulina administrada en cada inyección realizada a lo largo del día sino que únicamente se recoge el total de insulina administrada durante un día y tampoco se puede establecer una relación entre la mayor gravedad de la LH y la cantidad de insulina inyectada ya que no se recoge una muestra en formato digital de cada una de las LH sino que únicamente se conoce su existencia y su localización.

- Líneas futuras: este estudio abre el camino a otros trabajos o protocolos que se propongan en este campo. La principal idea tras el conocimiento de la prevalencia de las LH en la Unidad es la realización de un estudio cuasi experimental con evaluación pre y post intervención tanto en grupo control como en grupo cuasiexperimental de la influencia de una intervención educativa basada en recordatorios semanales en la disminución de la prevalencia de las LH. De esta manera el grupo control continuaría con la educación en prevención convencional: enseñanza sobre reconocimiento de las zonas lesionadas descanso de estas, rotación de zonas de inyección y promoción del uso del Insuflón™; mientras que el grupo cuasiexperimental contaría además con un recuerdo semanal vía email, que es la forma de comunicación habitual entre el personal de la unidad y los pacientes, sobre rotación de las zonas de inyección y palpación de las zonas en busca de posibles lesiones. En todos los pacientes se tomaría muestras en archivos digitales de las zonas lesionadas al principio del estudio; en el grupo control, se repetiría a los dos meses y en el cuasiexperimental se pediría

muestra semanal mediante el email.

- Conclusiones: el fin de este estudio es adquirir un mayor conocimiento sobre la prevalencia de las LH en nuestra Unidad, a pesar de que en la Unidad ya se realiza una educación sobre la rotación de las zonas de administración de la insulina y se inspeccionan las zonas de inyección en cada revisión tanto por las Endocrinas como por las Enfermeras Educadoras. Este estudio conlleva mejorar la concienciación de los profesionales sanitarios que forman parte de esta de que las LH son un problema real, que se estima que afecta a más de la mitad de los pacientes tratados. Debido a esto y sabiendo que las LH imposibilitan la adecuada absorción de la insulina impidiendo el control óptimo de la DMT1, en tratamiento con múltiples dosis de insulina, que se quiere conseguir en los niños para prevenir la aparición de complicaciones graves a largo plazo; se hace un mayor hincapié en la prevención de las lipohipertrofias favoreciendo en el último tiempo el uso del Insuflón™.

- Implicaciones para la práctica: entiendo que estos resultados y la utilidad probada que presenta el Insuflón™ en los niños en tratamiento con MDI reduciendo significativamente el número de pinchazos, hacen que se promueva aún más el uso del Insuflón™ intentando llegar tanto a todos los niños que presenten LH para la alcanzar antes la resolución de estas, como a aquellos que no las presentan para poder evitar su aparición.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. De Villiers FPR. Lipohypertrophy--a complication of insulin injections. S Afr Med J. 2005;95(11):858–859.
2. Kalra S, Balhara YP, Baruah MP et al. Forum for injection techniques, India: The first Indian recommendations for best practice in insulin injection technique. Indian J Endocr Metab 2012; 16:876-85.
3. Blanco, M; Hernández, M T; Strauss, K W; Amaya, M. Prevalence and risk factors of lipohypertrophy in insulin-injecting patients with diabetes. Diabetes Metab, 2013-10-01, Volume 39, Issue 5, Pages 445-453.
4. Hambridge K. The management of lipohypertrophy in diabetes care. Br J Nursing, 2007, Vol 16, No 9.
5. Patton SR, Eder S, Schwab J, Sisson CM. Survey of insulin site rotation in youth with type 1 diabetes mellitus. J Pediatr Health Care: official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners. 2010 Nov 1; 24(6):365–71.
6. Martin D, Lange K, Sima A, Kownatka D, Skovlund S, Danne T, on behalf of the SWEET group, Robert J-J. Recommendations for age-appropriate education of children and adolescents with diabetes and their parents in the European Union. Pediatr diabetes 2012; 13 (Suppl. 16): 20–28.
7. Herramienta online para la consulta y formación de NANDA, NIC y NOC [Internet]. Madrid. Consultado el 3/junio/2014. Disponible en <http://www.nnnconsult.com/index>.
8. International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD). Clinical Practice Consensus Guidelines 2014 Compendium.
9. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes mellitus tipo 1. Educación diabetológica. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes mellitus tipo 1. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-Osteba; 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA.
10. Australasian Paediatric Endocrine Group for the Department of Health and Ageing. Australian Clinical Practice Guidelines: Type 1 Diabetes in Children and Adolescents 2005.

AUTORES/AUTHORS:

Matilde Fernández y Fernández-Arroyo, Ana Pedraza Anguera, María Teresa Alcolea Cosín, Cristina Oter Quintana

TÍTULO/TITLE:

LA ESTIMULACIÓN MULTISENSORIAL A TRAVÉS DEL BAÑO. REVISIÓN

INTRODUCCIÓN.

El baño es un cuidado básico de la piel de los bebés para preservar su integridad y su higiene (1). Recientes investigaciones indican que la estimulación multisensorial tiene beneficios para el desarrollo físico, cognitivo, emocional y social de los bebés (2). Nos preguntamos si tenemos evidencia para poder recomendar a los padres la práctica de un baño que estimule los sentidos de sus hijos, para aunar en el baño, los cuidados de higiene y estimulación.

OBJETIVOS.

Identificar y analizar las evidencias disponibles en la literatura científica sobre la estimulación sensorial de los bebés (oído, vista, olfato y tacto) en relación con el baño.

MÉTODO.

Se realizó una revisión sistemática en 6 bases de datos: OpenThesis, LILACS, Medline/Pubmed, CINAHL, CUIDEN, Cochrane Plus desde 1 de enero 1998 al 1 de mayo 2015. Fue utilizado como límite de tiempo el año 1998 por la relevancia de los trabajos de Sullivan (3). Se limitó el idioma de las publicaciones a inglés, francés y castellano. Se incluyeron estudios de la estimulación sensorial y del baño del bebé, independientemente del escenario de estudio. Se utilizaron las siguientes palabras claves: Newborn infant, baths, skin care, Physical Stimulation, Nervous System/growth & development. La selección de las publicaciones y la extracción de los datos fue realizada por dos revisores de forma independiente. Para determinar el nivel de evidencia se utilizó la clasificación de Oxford Centre for Evidence Based Medicine6.

RESULTADOS.

Cumplieron los criterios de inclusión 3 trabajos en OpenThesis, 32 en Medline/Pubmed, 14 en LILACS, 5 en CINAHL, 4 en CUIDEN y 6 revisiones en Cochrane. El baño del bebé es un cuidado más eficaz que el lavado por partes (4). 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). La estimulación multisensorial, lo que el bebé siente, ve, oye y huele, favorece la supervivencia ya que facilita conexiones sinápticas que potencian el desarrollo cerebral (6). Los bebés necesitan atención, sensibilidad y estimulación para poder crecer, desarrollarse, comprender y comunicarse (3). La estimulación multisensorial favorece el desarrollo cerebral y el aprendizaje (7). La investigación a través de experiencias multisensoriales sistemáticas, también demuestra que los bebés obtienen beneficios para un desarrollo saludable, como reducción del estrés en bebés sanos y prematuros (8) así como una progresión más rápida hasta la lactancia materna, lo que contribuye a incrementar el peso y adelantar la fecha de alta hospitalaria en prematuros (8). El baño es una oportunidad para que los padres establezcan contacto ocular directo con el bebé. La mirada fija incrementa el tiempo de estado de alerta tranquila lo que mejora el aprendizaje y la comunicación (9). El baño permite la estimulación auditiva a través de la introducción de nuevos sonidos, como el del agua al salpicar con el pie del bebé, la voz de los padres que le hablan y/o cantan (9). La voz del progenitor tiene una gran influencia en la red cerebral del lenguaje del hemisferio izquierdo, así como en regiones implicadas en las emociones y la comunicación (9). Cuando se canta a los mejora la función cardíaca, aumenta el vínculo entre el bebé y los progenitores y se reduce el estrés que los padres asocian al cuidado del bebé prematuro (10).

La estimulación olfativa del bebé proporciona beneficios emocionales/sociales y de memoria (3). La conjunción de estimulación táctil y olfativa produce mayor capacidad de aprendizaje (4). Se ha demostrado que un olor agradable durante el baño favorece la

relajación tanto del bebé como de los padres (11).

El contacto piel con piel (estimulación táctil) a través del masaje se asocia a una mayor actividad vagal y motilidad gástrica, lo que permite que los bebés prematuros ganen más peso, tengan mayor densidad ósea y aumenten los triglicéridos (12). También se ha observado que el tacto disminuye la ansiedad y la depresión materna (13). Cuando se implanta un ritual de baño en la práctica diaria, se reduce el estrés de los padres y los bebés y, como consecuencia, mejora la cantidad y la calidad del sueño de los bebés (13). Pero la estimulación de los bebés también tiene una repercusión en sus madres y en sus padres. Los estudios muestran un complejo mecanismo neuronal que media entre el amor de la madre y diversas conductas maternas de protección y cuidado. En este entramado el papel de la oxitocina se muestra fundamental así como la interacción con el hijo (14). En los padres se aprecia la existencia de dos sistemas: la red de procesamiento emocional incluyendo subcortical y estructuras paralímbicas asociados a la vigilancia, la relevancia, la recompensa y la motivación, y la red de mentalización que implica circuitos frontopolar-medial-prefrontales y temporo-parietal implicados en la comprensión social y la empatía cognitiva (14).

DISCUSIÓN.

Dado que la salud del bebé es la principal preocupación de los padres en el postparto (8) y que el bebé necesita cuidados físicos y estímulos que permiten que se mantenga sano y se desarrolle. A la luz de los resultados encontrados, unir el baño, que es una pauta de cuidado de la piel básica e indispensable, con la estimulación multisensorial, se presenta como una práctica de calidad (2). Esta conjunción aportará todos los beneficios descritos para el desarrollo del bebé y para la vinculación y afectividad con sus padres. Todavía hay que investigar sobre la forma y los tiempos en los que la estimulación sensorial es más eficaz.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA.

Dado el conocimiento actual sobre los cuidados de la piel y la estimulación multisensorial del bebé se hace necesario diseñar y establecer estrategias de información y práctica para que los nuevos padres puedan cuidar la higiene de sus hijos a la vez que los estimulan. Estas estrategias permitirán una mayor vinculación de los padres con sus hijos, a la vez que los empoderarán en los cuidados del baño y desarrollo, lo que redundará en intervenciones parentales más seguras, eficaces y de mayor calidad.

PALABRAS CLAVE. Newborn infant, baths, skin care, Physical Stimulation, Nervous System/growth & development.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Miranda A y cols. Guía de cuidados de la piel del recién nacido y del bebé. *Matronas Prof.* 2013; 14 (4 Supl): 1-50.
- 2- Clemo HR, Keniston LP, Merideith MA. Structural Basis of Multisensory Processing: Convergence. In: Murray MM, Wallace MT, editors. *The Neural Basis of Multisensory Processes.* 2012;1-8.
- 3- Sullivan R, Toubas P. Clinical usefulness of maternal odor in newborns: Soothing and feeding preparatory responses. *Biol Neonate.* 1998;74:402-408.
- 4- Ness MJ, Davis DM, Carey WA. Neonatal skin care: a concise review. *Int J Dermatol.* 2013.
- 5- Blume-Peytavi U, Hauser M, Stamatias 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.
- 6- Eliot L. *What's Going On in There? How the Brain and Mind Develop in the First Five Years of Life.* New York, NY: Bantam Books; 1999.
- 7- White-Traut RC, Nelson MN, Silvestri JM, et al. Effect of auditory, tactile, visual, and vestibular intervention on length of stay, alertness, and feeding progression in preterm infants. *Dev Med Child Neurol.* 2002;44:91-97.
- 8- White-Traut RC, Schwertz D, McFarlin B, et al. Salivary cortisol and behavioral state responses of healthy newborn infants to tactile-only and multisensory interventions. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2009;38:22-34.
- 9- Farroni T, Csibra G, Simion F, et al. Eye contact detection in humans from birth. *Proc Natl Acad Sci U S A.*
- 10- Loewy J, Stewart K, Dassler A, et al. The effects of music therapy on vital signs, feeding, and sleep in premature infants.

Pediatrics. 2013;131:902-918.

11- American Optometric Association. Infant's Vision. www.aoa.org/patients-and-public/good-vision-throughout-life/childrens-vision/infant-vision-birth-to-24-months-of-age/infants-vision?sso=y. 2014.

12- Herz RS. A naturalistic analysis of autobiographical memories triggered by olfactory visual and auditory stimuli. *Chem Senses*. 2004;29:217-224.

13- Field T, Diego M, Hernandez-Reif M. *Infant Behav Dev* Preterm infant massage therapy research: a review. 2010.

14- Abraham E, Hendler T, Shapira-Lichter I, Kanat-Maymon Y, Zagoory-Sharon O, Feldman R *Proc Natl Acad Sci U S A*. Father's brain is sensitive to childcare experiences. 2014 Jul 8;111(27):9792-7.

AUTORES/AUTHORS:

MELTEM YILDIRIM, ECEM KORUGLU, CAGLA YUCEL, SENAY KIRLAK

TÍTULO/TITLE:

THE EFFECT OF HOSPITAL CLOWN ON CHILDREN'S COMPLIANCE TO BURN DRESSING CHANGE

Objective: Burn is one of the most traumatic medical experiences among children; not only in medical aspect, but also in emotional perspective. Physical injury, pain, hospitalization, medical procedures such as dressing changes may cause severe anxiety and stress both in children and parents [1, 2]. Usage of certain distraction methods during painful procedures may divert child's attention away and reduce experienced fear and perceived pain intensity [3]. There are studies, which shows that virtual reality games are effective distraction methods among children with burn injuries [4, 5, 6]. On the other hand, therapeutic clowning is another method that has been used in hospitals for decades for distracting and entertaining the hospitalized children [7, 8]. However there aren't enough scientific findings about the help of therapeutic clowning during burn dressing changes of children with burn injuries. Therefore, the purpose of the present study was to investigate the effect of hospital clown on children's compliance to burn dressing change.

Methods: This randomized controlled experimental study was conducted in a burn center of an education and research hospital in Istanbul, Turkey with written permission of hospital's ethical committee. The sample consisted of 50 children between 3-7 years old. There were 25 children in the experimental group and 25 children in the control group who were brought by their parents for burn dressing change. For the experimental group, there was a clown waiting for the child in the entrance of the dressing room and accompanied the child from the beginning to the end of dressing change. The clown used the distraction methods of making certain shaped balloons, facial painting, and chatting with the child in accordance with child's tendency. Meanwhile, one researcher observed the behavioral reactions given by the child to the procedure. For avoiding inconsistency between applications and observations, one researcher was only responsible for being the clown, one researcher was always the observer and one researcher was always doing the dressing change. The clown nurse had 20 hours of practical education for certain entertaining activities. For the children in the control group, there wasn't a clown in the dressing room, the same researcher nurse changed their dressing and the observer researcher observed their behavioral reactions. The data were collected by a questionnaire and child observation form, which were created by the researchers in accordance with the literature. The data were evaluated by descriptive statistics, Mann Whitney U Test and Spearman's correlation analysis.

Results: Age, gender and burn percentage were distributed homogeneously in both groups. Eighty-two percent of all children had burn on their extremities. The most common type of burn was scald burn injuries (90%), and mainly (64%) caused by hot tea. Second-degree burns were the most common (84%) injury. Only 10% of the entire sample has burned before. There wasn't any significant correlation between the percentage of burn and the children's compliance to burn dressing change in both groups. The compliance to dressing change in the experimental group (4.84) was found statistically higher than the compliance of the control group (11.04) ($p=0,000$).

Discussion: There are many studies conducted to investigate the effect of hospital clowns in hospitalized children and giving inspiring results. Meisel et al. (2010) reported that hospital clown had positive effect on children's maladaptive behaviors after minor surgery. Vagnoli et al. (2005) reported a significant decrease in the level of anxiety among the children during the induction of anesthesia compared with the control group. Dionigi et al. (2013) were found similar effects and their sample of preoperative children were reported significantly less preoperative anxiety. Most of the studies that investigated clown intervention have been focused on

perioperative anxiety, and less study was found about the effect of clown therapy on procedural pain. As burn is a common injury among children, the effect of therapeutic clowning was the main question of the present study.

Burn dressing change is a painful and frightening procedure for children, and unfortunately most of them need repetitions to ensure a good wound care. As children learn by their experiences, a painful dressing change may create fears related with this procedure. Besides, during the dressing change, the burned child is highly focused on the injured area. Therefore an interactive distraction method is needed for these children. As the result of this study shows, the existence of hospital clown is a really effective method to increase child's compliance to the procedure. Therefore it can be suggested that the nurses in burn units should be certificated about therapeutic clowning or hospital managements should consider having a licensed clown(s) in the child burn unit/hospital.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Miller K, Rodger S, Bucolo S, Greer R, Kimble RM (2010) Multi-modal distraction. Using technology to combat pain in young children with burn injuries. *Burns*, 36: 647-658.
2. Stoddard FJ, Ronfeldt H, Kagan J, Drake JE, Snidman N, Murphy JM, Saxe G, Burns J, Sheridan RL (2006) Young Burned Children: The Course of Acute Stress and Physiological and Behavioral Responses. *Am J Psychiatry*, 163: 1084-1090.
3. Miller K, Rodger S, Kipping B, Kimble RM (2011) A novel technology approach to pain management in children with burns: A prospective randomized controlled trial. *Burns*, 37: 395-405.
4. Das DA, Grimmer KA, Sparnon AL, McRae SE, Thomas BH (2005) The efficacy of playing a virtual reality game in modulating pain for children with acute burn injuries: A randomized controlled trial. *BMC Pediatrics*, 5:1.
5. Mott J, Bucolo S, Cuttle L, Mill J, Hilder M, Miller K, Kimble RM (2008) The efficacy of an augmented virtual reality system to alleviate pain in children undergoing burns dressing changes: A randomized controlled trial. *Burn*, 34: 803-808.
6. Miller K, Rodger S, Kipping B, Kimble RM (2011) A novel technology approach to pain management in children with burns: A prospective randomized controlled trial. *Burns*, 37: 395-405.
7. Barkmann C, Siem AK, Wessolowski N, Schulte-Markwort M (2013) Clowning as a supportive measure in paediatrics – a survey of clowns, parents and nursing staff. *BMC Pediatrics*, 13:166.
8. Dionigi A, Flangini R, Gremigni P (2012) Clowns in Hospitals. In: *Humor and Health Promotion*. Editor: Paola Gremigni, pp213-228. Nova Science Publishers, Inc., New York.
9. Meisel V, Chellew K, Ponsell E, Ferreira A, Bordas L, Garcia-Banda G (2010) The Effect of "Hospital Clowns" on Psychological Distress and Maladaptive Behaviours in Children Undergoing Minor Surgery. *Psychology in Spain*, 14(1):8-14.
10. Vagnoli L, Caprilli S, Robiglio A, Messeri A (2005) Clown Doctors as a Treatment for Preoperative Anxiety in Children: A Randomized, Prospective Study. *Pediatrics*, 116(4): e563-567.
11. Dionigi A, Sangiorgi D, Flangini R (2013) Clown intervention to reduce preoperative anxiety in children and parents: A randomized

controlled trial. *Journal of Health Psychology*, 1-12.

AUTORES/AUTHORS:

Lucía Boto Fernández, Patricia Campo González

TÍTULO/TITLE:

Repercusiones en el niño de madre hipotiroidea en el Principado de Asturias.

Objetivo: Analizar la relación entre los niveles hormonales durante el embarazo y las complicaciones en la gestación y recién nacido.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo de una muestra de 109 mujeres, mayores de 18 años, con embarazo datado entre el 1/1/1997 y el 31/3/2007, diagnóstico de hipotiroidismo previo al embarazo o diagnosticado durante la gestación, y sus hijos. Con zona básica de salud en las áreas III y VIII del Principado de Asturias. El estudio se realizó entre Noviembre de 2013 y Mayo de 2014.

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. En el análisis inferencial se usó chi-cuadrado (variables cualitativas) y el análisis de Varianza o ANOVA (variables cuantitativas con variables no dicotómicas), considerándose estadísticamente significativo $p < 0.05$.

Resultados: Un 37% de las gestantes cursaron con embarazo eutiroideo desde el inicio, un 39% normalizaron los niveles de TSH a lo largo de la gestación al contrario que un 9% de los casos, los cuales no consiguieron dicha estabilidad. En un 15% de las historias no se hallaron datos analíticos ni de otro tipo que informasen de la situación hormonal de las gestantes.

En el 20,2% la mujer y el feto han sufrido amenaza de aborto o parto prematuro.

Un 6,4% de los recién nacidos fueron pretérmino (<37 semanas de gestación) siendo la edad gestacional media de 38,95 semanas (DE: 1,734), un 8,3% presentaron bajo peso al nacimiento (<2500 g), un 7,34% peso elevado (>4000 g) y el 84,36% normopeso.

Según los resultados del Test de Apgar en el primer minuto un 6,4% de neonatos presenta dificultad para adaptarse a la vida extrauterina (puntuación <7), pasando a ser un 0,9% (1 neonato) en el quinto minuto.

El ingreso neonatal se ha precisado en el 34% de las ocasiones, frente a un 66% de historias en que no consta que hayan necesitado prolongar la estancia hospitalaria ni ingresar posteriormente.

Ha resultado estadísticamente significativo que los hijos de mujeres que no normalizan niveles de tirotrópina o de las que no se hallaron datos, tienen menor peso al nacer ($p=0,029$ y $0,014$ respectivamente). Por otro lado, los hijos de mujeres que no consiguen niveles de TSH dentro del rango de normalidad tienen menor puntuación en el Test de Apgar ($p=0,012$).

Discusión: En este estudio se relaciona el bajo peso al nacimiento con madres que no consiguen estabilizar los niveles de TSH en el embarazo y de las que no se tenían datos (p -valores= $0,029$ y $0,014$, respectivamente), igualmente un estudio del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos señalan la relación a un inadecuado tratamiento del hipotiroidismo.

Se ha hallado significación estadística ($p=0,012$) entre los niveles de TSH materna y el Apgar en el primer minuto del recién nacido, obteniéndose que los niños de mujeres que no han llegado a niveles dentro del rango de normalidad a lo largo de la gestación, tienen mayor dificultad para la adaptación a la vida extrauterina. Relacionando un informe holandés la hipotiroxinemia con una mala adaptación neonatal.

En un análisis prospectivo realizado en EEUU, la proporción de neonatos hijos de madres hipotiroideas ingresados en UCI neonatal, dobla significativamente el número de hijos de mujeres eutiroideas. En este estudio no se ha obtenido significación estadística que lo relacione, aunque el p -valor no se aleja mucho de la cifra límite para poder asociar las variables (p -valor= $0,052$).

Sin embargo, mientras en otros estudios existe controversia o se halla relación entre el hipotiroidismo materno y aborto o parto prematuro, este estudio no muestra significación en dicha relación. Siendo el p-valor 0,615. Igualmente, estudios relacionan el nacimiento pretérmino con alteraciones hipotiroideas, no asociándose en este trabajo (p-valor=0,082).

Conclusión: Las mujeres con niveles altos de tirotopina en el embarazo se relacionan con tener hijos que presentan mayor dificultad para la adaptación a la vida extrauterina en el primer minuto de vida, y con tener niños de menor peso al nacimiento.

Implicaciones para la práctica clínica: Ya que hoy día el diagnóstico y tratamiento de la hipofunción tiroidea son sencillos, promover mediante una buena educación sanitaria el diagnóstico precoz y controles periódicos favorece mantener niveles hormonales adecuados, disminuyendo o evitando complicaciones en sus descendientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. ACOG Practice Bulletin. 2002;37.
- Galofré JC, Davies TF. Thyroid dysfunction in pregnancy. *Endocrinología y Nutrición*. 2007; 54 (10): 535-46.
- Casey BM, Dashe JS, Wells CE, McIntire DD, Byrd W, Leveno KJ, et al. Subclinical hypothyroidism and pregnancy outcomes. *American College of obstetrician and gynecologists*. 2005; 2(105).
- Cleary-Goldman J, Malone FD, Lambert-Messerlian G, Sullivan L, Canick J, Porter TF et al. Maternal thyroid hypofunction and pregnancy outcome. *Obstetrics & Gynecology*. 2008; 1(112).
- Stagnaro-Green A. Maternal thyroid disease and preterm delivery. *The journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2009; 94 (1): 21-25.

Mesa de Comunicaciones 10: Docencia

Concurrent Session 10: Nursing Education

AUTORES/AUTHORS:

MARÍA ISABEL BUCETA TORO, OSCAR ALVAREZ LOPEZ, CRISTINA DIAZ PEREZ, BEATRIZ LOSA GARCÍA, CARMEN BANGO ALVAREZ, ELENA CHAMORRO REBOLLO, MARAVILLAS GIMÉNEZ FERNÁNDEZ

TÍTULO/TITLE:

El estudiante de enfermería ante el sufrimiento y la muerte

Introducción

La muerte, evitada al máximo en la sociedad actual, es parte de la vida del hombre. El dolor y el sufrimiento, que muchas veces la acompañan, no se entienden y se desprestigian.

Vivimos en una sociedad que anhela el disfrute y el goce sin límites. Una sociedad que intenta evitar el sufrimiento a toda costa, y que pretende quitar la dignidad del hombre cuando está gravemente enfermo. La muerte y el sufrimiento parece que nos aterran, pero si una cosa hay segura desde el nacimiento, es que la vida terrena tiene un fin. A lo largo de la vida, casi todas las personas enferman y en muchas ocasiones ingresan en hospitales o necesitan cuidados domiciliarios. "Allí dónde nuestros ojos ven la luz por vez primera seguramente también se apagarán ante la más o menos atenta mirada de un funcionario que no nos conoce de nada o, con menos suerte, en auténtica soledad" (Díaz Agea, 2012).

En los países industrializados de Occidente la muerte ha pasado a ser una cuestión que deja al individuo solo frente a su propia realidad. A todos nos cuesta aceptar que somos mortales y que la muerte forma parte de la vida de la familia y la comunidad. Hoy en día, la mayor parte de las personas mueren en hospitales, separadas de su familia y sus seres queridos. Esto es así en la mayor parte de los casos, y hace que la adaptación al final de la vida sea compleja, ya que "si a un paciente se le permite acabar su vida en el ambiente familiar y querido, no necesita tanta adaptación. Su familia le conoce lo suficiente como para sustituir un sedante por un vaso de su vino favorito; o el olor de una sopa casera que pueda despertarle el apetito para sorber unas cucharadas de líquido" (Kübler-Ross, 1993).

Además, parece que los médicos y el personal de Enfermería no tienen la formación suficiente para hacer frente al hecho de que la vida es frágil y finita. "El que los profesionales de la salud consideren la muerte un fracaso de sus esfuerzos profesionales no permite establecer relaciones abiertas y francas con los pacientes que se encuentran en la última fase de su vida"(Caycedo Bustos, 2007).

El profesional de Enfermería se enfrenta día a día con la enfermedad y debería estar preparado para lidiar con ella. Pero cuando las enfermeras nos encontramos con la persona que sufre, en muchas ocasiones, desviamos la mirada y no sabemos acompañar y cuidar a aquellos que más lo necesitan: los enfermos. La capacidad para afrontar el sufrimiento y la muerte debería ser reforzada en toda la población, más aun en aquellos profesionales que nos van a acompañar en momentos de gran dificultad, en ocasiones, los últimos de nuestra vida.

Acompañar y cuidar a aquel que sufre debería ser una parte prioritaria en la formación sanitaria. Los resultados de diferentes investigaciones muestran que los estudiantes de Enfermería no se sienten preparados para tratar enfermos terminales y por consiguiente para lidiar con la muerte de los mismos. (Collel Brunel, 2005; Aradilla-Herrero, 2005; Benbunan-Bentata, 2007; Gómez Sánchez, 2011)

Objetivos:

- Describir el impacto del sufrimiento y la muerte en los estudiantes del tercer curso de Grado de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia Salus Infirmorum de Madrid, en términos de ansiedad, afrontamiento y estrés.
- Describir la ansiedad producida en los estudiantes tras visualizar una situación de sufrimiento y muerte de un paciente.
- Describir el miedo a la muerte experimentado por estos estudiantes.
- Describir el estrés sufrido por los mismos tras la visualización de la situación descrita.

Metodología:

Se plantea un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal.

La muestra estuvo compuesta por 45 alumnos, tras realizarse un muestreo no probabilístico intencional. Se incluyeron en el estudio todos los alumnos que voluntariamente quisieron participar.

Previo a la recogida de datos se planteó a los alumnos una situación relacionada con el sufrimiento y la muerte, mediante la exposición de un tramo audiovisual.

Tras esto se les pasaron los siguientes cuestionarios: Registro de variables sociodemográficas, Inventario de ansiedad estado (STAI-E), Escala de Bugen, Nursing stress scale.<

Las variables planteadas en el estudio fueron: sexo, religión, importancia de la espiritualidad, realización previa de prácticas en oncología o paliativos, vivencia de muerte de un paciente, así como vivencia de muerte de un familiar cercano.

Para el análisis de datos se utilizó el SPSS en su última versión, expresándose sus frecuencias absolutas y relativas y estableciendo las diferencias estadísticas entre las variables planteadas.

Resultados:

Se encuestaron un total de 45 alumnos de 3º de enfermería, todos firmaron consentimiento informado. Del total, 39 (86,6%) fueron mujeres y 6 hombres (13,3%).

La media de edad fue de 22,5 años.

El 67% de los alumnos dijo no haber realizado estudios superiores previos, el 33% restante afirma haber cursado un módulo de formación profesional (técnicos de laboratorio, auxiliar enfermería o anatomía patológica).

En cuanto a la práctica de una religión, un 40% se declararon católicos y un 60% dijeron no profesar ninguna religión. El 69% considera importante la espiritualidad en su vida, frente a un 31% que no le da importancia.

Con respecto a la experiencia de muerte de los alumnos: un 31% afirma tener experiencia de muerte cercana y un 78% ha presenciado un éxitus en prácticas. De este último porcentaje, el 9% lo vivió como una experiencia traumática.

En su mayoría, los alumnos encuestados no habían pasado por servicios con pacientes en situación terminal (un 93% no había rotado por paliativos y un 63% por oncología). Al 67% le gustaría pasar por un servicio de oncología y tan sólo al 35.6% por paliativos.

Respecto a la ansiedad percibida por los sujetos de estudio, las respuestas obtenidas en el inventario STAI Estado, sitúan a los mismos en un tramo de ansiedad moderada (0-20 nula, 20-40 moderada, 40-60 alta), siendo mayor la ansiedad percibida en hombres (puntuación de 35,16) que en mujeres (24,76).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad percibida entre los diferentes grupos de variables planteados.

En cuanto al afrontamiento de la muerte, mediante el uso de la escala Bugen, los alumnos tienen un buen afrontamiento general de la muerte. La media del total de la escala muestra un buen afrontamiento general de la muerte por parte de los estudiantes (176,6 para las mujeres y 173,5 para los hombres).

Sin embargo cabe resaltar algunos ítems que despuntan en cuanto a su puntuación:

-Los alumnos dicen no estar enterados ni de los servicios que ofrecen las funerarias, ni de las diversas opciones que existen para disponer de los cuerpos.

-Además, afirman no estar preparados para afrontar ni su muerte como proceso, ni su muerte como acto.

-En cuanto a la capacidad para manejar la muerte de seres cercanos, esta es baja.

-La capacidad para hablar con los niños sobre la muerte es baja.

De nuevo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de variables propuestos.

Usando la Nursing Stress Scale, los supuestos que más estrés causan a los alumnos fueron la escasa mejoría de un paciente, ver a un paciente sufrir, la falta de tiempo para dar apoyo emocional a un paciente y cometer errores en los cuidados de enfermería de los pacientes.

Únicamente se encontró diferencia significativa entre los alumnos que han realizado prácticas en paliativos y los que no ($p < 0,001$) en el ítem 21 (ver a un paciente sufrir) causando más estrés a aquellos alumnos que si rotaron previamente en paliativos.

Discusión:

Respecto a la muestra, la distribución por sexos, presenta un porcentaje muy cercano al 15,7% de enfermeros varones que se estiman colegiados en España (Benalte Martí, 2015).

En el tema de la ansiedad percibida por los alumnos, y comparando los resultados de nuestro estudio con los encontrados por Guillén Requielme & Buena-Casal en 2011, (en el que las medias obtenidas en la escala STAIE fueron de 15,87 puntos para los hombres y 18,20 puntos para las mujeres), los alumnos encuestados muestran significativamente más elevadas que la población española encuestada en dicho estudio.

mediante los resultados obtenidos, observamos que los estudiantes presentan un buen afrontamiento general de la muerte. No obstante, cabe resaltar que las mayores carencias en este ámbito se sitúan en torno al proceso de morir.

Así mismo las situaciones más generadoras de estrés son aquellas íntimamente relacionadas con el sufrimiento de los pacientes. Es por ello que se hace necesario seguir investigando este ámbito en los alumnos de Enfermería de diferentes Facultades y Escuelas, pudiendo así establecer planes de mejora y actividades formativas que permitan un aprendizaje favorecedor para el cuidado de los enfermos y sus familias en situaciones de sufrimiento.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Aradilla-Herrero, A. (2005). Inteligencia emocional y enfermería. *Agora de enfermería*, 9-872-875.

Benalte Martí, V. (2015). Minoría de hombres en la profesión de enfermería. *Enfermería Global*, 14(1).

Benbunan-Bentata, J., Cruz-Quintana, F., Roa Venegas, J., Villaverde-Gutierrez, C., & Benbunan, B. (2007). Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de Enfermería: una propuesta de intervención. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7: 197-205.

Caycedo Bustos, M. L. (2007). La muerte en la cultura occidental: Antropología de la muerte. *Revista Colombiana de Psicología*, XXXVI(2): 332-339.

Collel Brunel, R. (2005). Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña. Tesis doctoral dirigida por Limonero García, G.T. Universidad Autónoma de Barcelona.

Díaz Agea, J. (2012). Morir en un hospital. Reflexiones y comentarios a la obra de Philippe Ariés. *Culturas de los cuidados*, 10-15. Recuperado de <http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/233/465>.

Gómez Sánchez, R., & Riquelme Marín, A. (2011). Relación entre ansiedad ante la muerte, psicopatología y personalidad. Barcelona: Editorial Académica Española.

Guillén Requelme, A. & Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3):610-616.

Kübler-Ross, E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Edicions Grijalbo.

AUTORES/AUTHORS:

M^º CARME SANSALVADOR-COMAS, XAVIER PALOMAR-AUMATELL, MONTSERRAT FARO-BASCO, OLGA ISERN-FARRÉS

TÍTULO/TITLE:

SIMULACIÓN CLÍNICA EN EL GRADO DE ENFERMERÍA. VALORACIÓN DE LA ANSIEDAD UTILIZANDO TEST DE ANSIEDAD STAI-ESTADO-RASGO

INTRODUCCIÓN:

El peso de los Practicum en el itinerario formativo de las profesiones sanitarias ha ido en aumento considerando las recomendaciones del espacio europeo de educación superior (EEES). Las prácticas suponen la incursión del alumno en la vida profesional, y su importancia tiene reflejo en el peso específico que posee en el currículo de la titulación.

La simulación clínica complementa el aprendizaje de los alumnos en sus prácticas clínicas en entornos reales, fomentando la experiencia reflexiva en cada una de sus actuaciones como futuros graduados en enfermería (Leal, Díaz, Rojo, Juguera y López, 2014).

Entre otras ventajas los casos clínicos simulados se realizan en un entorno controlado, seguro y libre de estrés al no presentar riesgo para el paciente y con la oportunidad de realizarla tantas veces como sea necesario (Telles, 2010).

En nuestro primer año de experiencia en simulación de alta fidelidad, hemos observado que los estudiantes presentaban ansiedad antes de realizar la situación clínica planteada. Para poder evaluarla se necesita disponer de instrumentos de medida con calidad psicométrica. Sin una evaluación adecuada no sería posible realizar un diagnóstico preciso y sin un diagnóstico acertado no se podría llevar a cabo una intervención eficaz (Fonseca, Paino, Sierra, Lemos, y Muñiz, 2012). Estos instrumentos tienen que ser fiables y válidos para medir el rendimiento de la simulación (Kardong, Adamson y Fitzgerald, 2010).

OBJETIVO:

Evaluar el nivel de ansiedad que las actividades de simulación clínica generan en los estudiantes de segundo y cuarto del Grado en Enfermería utilizando el test de ansiedad STAI-Estado, STAI-Rasgo durante el curso 2014-2015.

METODOLOGIA:

Se planteó un estudio transversal descriptivo observacional. El ámbito de estudio se llevó a cabo en la evaluación de un caso simulado de segundo y cuarto curso del grado en enfermería en los laboratorios de simulación clínica, siendo el periodo de estudio el curso 2014-2015. La población del estudio fue los estudiantes de segundo y cuarto curso del Grado en Enfermería, matriculados en las asignaturas de Prácticum II (PII), Prácticum VI (PVI) y Atención al Paciente Crítico (APC). Los criterios de inclusión fueron los siguientes: todos los estudiantes de segundo y cuarto curso del grado en enfermería que tenían que realizar el caso simulado y que hubieran firmado la autorización de registro de la simulación y el consentimiento informado; siendo el criterio de exclusión los estudiantes que no hubieran firmado los documentos anteriormente mencionados. La configuración de los grupos se realizó de la forma siguiente: los estudiantes del Prácticum II se distribuyeron en grupos de 5 participantes y de 3 para el PVI y APC. En la asignatura PII los alumnos conocen y preparan previamente el caso simulado a diferencia de las otras dos asignaturas en que los alumnos lo desconocen. En todas las asignaturas se les ha dado información del funcionamiento del proceso a seguir en el laboratorio de simulación clínica así como de los objetivos de la investigación que se llevará a cabo.

Los estudiantes con día y hora concertada acuden al laboratorio para realizar la simulación. En primer lugar cumplimentaron el documento de autorización de registro, el de consentimiento informado y el test STAI-Estado. Se incluyeron los datos sociodemográficos edad, género, curso académico, asignatura matriculada, número de periodos de práctica y experiencia laboral en el ámbito sanitario. Se recogió también si habían realizado otras simulaciones. Seguidamente pasaban al laboratorio de simulación donde se dan las instrucciones pertinentes y se revisa la ubicación del material necesario para representar el caso clínico simulado.

Una vez concluye la simulación los estudiantes cumplimentan el test STAI-Rasgo y se realiza el Debriefing.

El análisis de datos se realizó con el paquete informático SPSS.21, comparando las medias con la t de Student, con un nivel de significación estadística del 5% bilateral.

RESULTADOS: Se obtuvieron un total de 204 respuestas. El 79,8% eran mujeres y el 20,2% hombres, de edad media, 24 años. Comparando los resultados del test de ansiedad STAI-Estado-Rasgo aparece diferencia significativa ($p=0,000$) entre los dos, obteniendo un resultado STAI-Rasgo 20,913 y STAI-Estado 29,423. El análisis muestra que las mujeres presentaron más ansiedad, con un valor medio STAI-Estado de 30,92 vs 25,69, con diferencia estadística significativa ($p=0,001$). Los alumnos matriculados en la asignatura PII presentan más ansiedad con una significancia de $p=0,017$. Los alumnos que han tenido experiencia previa en actividades de simulación tienen menos ansiedad con una significancia de $p=0,001$. Los alumnos con menos de tres periodos de prácticas realizados tienen más ansiedad con una $p=0,005$. Asimismo, a mayor número de participantes en la actividad, el nivel de ansiedad es superior, con una significancia de $p=0,030$. La experiencia laboral en el ámbito sanitario no ha mostrado diferencia significativa en el nivel de ansiedad con una significancia de $p=0,353$.

DISCUSION: Los resultados obtenidos muestran que las actividades de simulación generan ansiedad en los estudiantes. No hay diferencia significativa en los estudiantes que están trabajando en el ámbito sanitario, quizá porque no desempeñan el rol enfermero en el ámbito del trabajo. Destaca que a mayor número de participantes más ansiedad, probablemente por sentirse presionados por los demás miembros del grupo. Los estudiantes de la asignatura PII, que preparan previamente el caso, muestran más ansiedad que los estudiantes del PVI y de APC que se enfrentan a una situación clínica desconocida. Este hecho se puede atribuir a que los estudiantes del PVI y APC han realizado mayor número de prácticas y de simulaciones, otorgándoles más confianza y seguridad y consecuentemente menor ansiedad.

Para poder disminuir los niveles de ansiedad de los estudiantes que tienen que realizar la simulación de un caso clínico, proponemos las intervenciones siguientes: 1. destacar en las clases teóricas la importancia de la reflexión de cada una de las intervenciones enfermeras a realizar. 2. Aplicar la simulación sólo como proceso formativo y no evaluativo para disminuir la presión de los estudiantes al pensar que repercute su actuación con una nota numérica. 3. Aumentar las sesiones de simulación en cada prácticum con la finalidad de adquirir autoconfianza y seguridad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Leal, C., Díaz, J.L., Rojo, A., Juguera, L., López, M.J. (2014). Practicum y simulación clínica en el Grado de Enfermería, una experiencia de innovación docente. Publicado: Revista Docencia Universitaria, Vol. 12(2), 421-451
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E. (1982). Cuestionario de ansiedad Estado/Rasgo. Madrid: TEA.
- González, E., Domínguez, A.I., Fernández, P., Gonçalves, M. (2014). Las diferentes versiones del inventario de ansiedad estado-rasgo. Cartas al director. Revista de Psiquiatría y Salud Mental; 7(3):151-153. Barcelona: Elsevier.
- Fonseca, E., Paino, M., Sierra, S., Lemos, S., Muñiz, J. (2012). Propiedades Psicométricas del "Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo" (STAI) en universitarios. Behavioral Psychology/Psicología Conductual, Vol.20, Nº3, pp.547-561.

Guillén, A., y Buéla, G. (2014). Metaanálisis de comparación de grupos y metaanálisis de generalización de la fiabilidad del cuestionario State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Rev.

Esp. Salud Publica ,vol.88.

Telles, K. (2010). Benefits of Simulation From a Nursing Student. *Clinical Simulation in Nursing* February ; 6(1):e1.

Kardong-Edgren, S., Adamson, KA., Fitzgerald, CA. (2010). Review of Currently Published Evaluation Instruments for Human Patient Simulation. *Clinical Simulation in Nursing* January; 6(1):e25-e35.

AUTORES/AUTHORS:

CARMEN MARIA BANGO ALVAREZ, DANIEL MUÑOZ JIMENEZ, ELENA JIMENEZ GARCIA, RAUL QUINTANA ALONSO, DANIEL SANCHEZ RODRIGUEZ, HILARIO HERNANDEZ OVEJERO, MARIBEL BUCETA TORO, BEATRIZ LOSA GARCIA, CRISTINA DIAZ PEREZ

TÍTULO/TITLE:

Motivaciones y expectativas de Diplomados en Enfermería y Fisioterapia sobre la adaptación al título de Grado.

Introducción

Con la promulgación del "REAL DECRETO 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales" se culmina el proceso de integración del sistema universitario español dentro del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), iniciado en 1999 con la Declaración de Bolonia¹.

El objetivo fundamental del EEES es facilitar la movilidad de estudiantes, profesorado y titulados entre todos los países miembros, con el objeto de que los estudiantes prosigan sus estudios, si así lo desean, en otra universidad del sistema, generándose programas de intercambio de profesorado y se facilite la movilidad internacional de trabajadores con formación superior.

La estructura de los estudios tiene el título de grado como eje básico. Esta estructura de estudios se conforma gracias al carácter poliédrico del Proceso de Bolonia. Dicho proceso dirige el foco de sus actuaciones a construir un sistema de grados académicos reconocibles y comparables a nivel europeo, con objeto a fomentar la movilidad de los estudiantes, docentes e investigadores, garantizando en todo momento la calidad de la enseñanza a nivel superior².

Las Universidades españolas iniciaron un proceso de adaptación de sus programas académicos a los requisitos establecidos en el RD 1393/2007, lo que llevó a la desaparición progresiva de las diplomaturas y su transformación en enseñanzas de Grado. Durante este proceso progresivo han coexistido durante algunos años los planes de estudio de diplomatura (en extinción) junto con los planes de estudio de Grado (en implantación). En el caso de la Enfermería y la Fisioterapia, ambos títulos tienen igual validez a la hora de capacitar para el ejercicio profesional.

Muchas universidades ofrecen cursos específicos de adaptación a Grado, para que todos aquellos profesionales que quieran puedan actualizar sus títulos.

Objetivos

Describir y explorar las motivaciones, percepciones y expectativas entre Diplomados de Enfermería y Fisioterapia que realizan el curso de adaptación a Grado en una Facultad española en 2013. Secundariamente observar las diferencias entre ambas titulaciones.

Método

Estudio descriptivo transversal de corte cualitativo mediante técnica de grupos focales. Se decidió emplear esta técnica conversacional dado que la interacción en el grupo estimula la aparición de todas las dimensiones del problema, se obtiene información de validez subjetiva de varias personas a la vez, y es una técnica rápida y poco costosa³.

La población de estudio ha sido la compuesta por los Diplomados Universitarios en Enfermería y Fisioterapia matriculados en los respectivos cursos de adaptación al grado en la Facultad de Enfermería y Fisioterapia Salus Infirmorum de Madrid, durante el curso 2012-2013, que dieron su consentimiento informado para participar.

Se realizaron 2 grupos focales independientes por titulación de 9 participantes. La selección se llevó a cabo tras una recogida previa de datos profesionales y sociodemográficos, con el fin de incluir casos que mostraran variabilidad de perspectivas.

Todos los participantes fueron informados previamente de los objetivos y características del estudio y dieron su consentimiento para la grabación audiovisual, que junto con la recogida de información por un observador externo fueron los sistemas de recogida.

El estudio tuvo lugar en un aula de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia Salus Infirmorum de Madrid. Ambos grupos fueron dirigidos por el profesor de la asignatura "Investigación Cualitativa". Ambas sesiones tuvieron una duración de entre 80 y 90 minutos.

Se realizó la visualización de los datos y transcripción de los mismos para una posterior codificación de los segmentos de contenido en diferentes categorías de análisis.

Resultados

Las motivaciones planteadas por los integrantes del grupo de diplomados en Enfermería fueron las siguientes:

- Anticipación a un posible cambio de legislación en cuanto a los requisitos para ejercer de enfermera.
- Homologación del título a nivel europeo.
- Para completar el Currículo Vitae.
- Equipararse con los nuevos enfermeros, que ya son grados.
- Acceso a Másteres y Doctorados.
- Para poder dedicarse a la investigación.

Las motivaciones planteadas por los integrantes del grupo de diplomados en Fisioterapia fueron las siguientes:

- Homologación del título a nivel europeo.
- Completar el CV, ser más valorado por los pacientes y ser más competitivo.
- Acceso a Másteres y Doctorados.
- Anticipación a un posible cambio de legislación.
- Para protegerse del intrusismo profesional.

En ambos grupos, con respecto al grado de cumplimiento de las expectativas, las respuestas han sido:

- No se han cumplido mis expectativas, creía que era otra cosa, pero me voy contenta.
- Si se han cumplido porque me ha enseñado a enfocar la labor investigadora.
- Sí, me ha servido de motivación para hacer otras cosas.
- Sí, porque mi objetivo era conseguir el grado, para el CV.

Se pueden destacar tres categorías fundamentales comunes a ambas titulaciones que son la actualización del Currículum Vitae profesional, la posibilidad de movilidad profesional con la homologación del título a nivel europeo y el acceso a niveles académicos superiores como los títulos de Master y Doctorado.

Particularmente entre los profesionales de enfermería destaca la preocupación por la posibilidad de que cambios legislativos puedan condicionar el acceso laboral a los profesionales con antiguos títulos, por lo que perciben la necesidad de equipararse a los alumnos que realizan el Grado. Asimismo, ven en esta formación como una apertura a la posibilidad de dedicarse a temas de investigación. Entre el grupo de fisioterapeutas emergen aspectos de reconocimiento por parte de los pacientes, competitividad y protección ante el intrusismo profesional.

Con respecto al cumplimiento de las expectativas, las percepciones son satisfactorias de forma general puesto que se consiguió el objetivo principal con la obtención del título, pese a que algunos participantes manifestaron esperar "otra cosa".

Discusión

El presente estudio refleja percepciones e inquietudes compartidas entre los profesionales de Enfermería y Fisioterapia, como consecuencia de las modificaciones legislativas que han afectado a la organización de los estudios universitarios.

La entrada en vigor del Real Decreto 1393/2007 ha supuesto un cambio profundo en la enseñanza tanto de Enfermería como de Fisioterapia. La consideración de las enseñanzas universitarias de Enfermería y Fisioterapia como Grados abre nuevas vías para el desarrollo del currículum profesional, dando acceso a nuevos niveles de enseñanza que antes no se podían alcanzar con la consideración de diplomaturas, y abre nuevas expectativas laborales en los campos de investigación y docencia. Asimismo, la homologación de estas enseñanzas a nivel europeo permite fomentar la movilidad laboral dentro de la Unión Europea, al tener total validez los títulos obtenidos siguiendo el esquema del EEES (Espacio Europeo de Educación Superior).

Sin embargo la entrada en vigor de este Real Decreto ha generado una serie de incertidumbres en los profesionales, ya que a partir de ese momento convivirán Diplomados en Enfermería y Diplomados en Fisioterapia junto con los Grados en Enfermería y en

Fisioterapia, en principio en un plano de equivalencia ya que ambos títulos habilitan para el desempeño de las respectivas profesiones, pero sin tener ninguna certeza acerca de cómo será la evolución legislativa en un futuro.

La aplicación de este Real Decreto ha coincidido en el tiempo con la intensa crisis económica vivida en España en 2013 que trajo como consecuencia una disminución drástica en la oferta laboral, especialmente en la oferta pública de contratación, principal motor del empleo en estas profesiones, especialmente en Enfermería.

Dentro de este contexto socio-laboral, es lógico que una de las principales motivaciones para la adaptación de su título a Grado sea el de la homologación de la titulación a nivel europeo, de manera que poseyendo el título de Grado el profesional está capacitado para ejercer en cualquier país de la Unión Europea, ampliando de esta manera la oferta laboral disponible. Asimismo se observa que la incertidumbre creada por la coexistencia de diplomados y graduados con la misma capacitación legal para ejercer la profesión ha motivado a muchos diplomados a actualizar su título al de Grado como medida de protección frente a posibles cambios futuros en la legislación, porque existe la duda de que en un futuro próximo el título de Grado podría tener preferencia, o incluso ser requisito obligatorio, para al menos determinados puestos de trabajo.

Los participantes consideraron que la posibilidad de acceso a cursos de Postgrado y a programas de Doctorado ha contribuido a reducir la brecha existente entre el médico y la enfermera o el fisioterapeuta. Se considera que se han equiparado las categorías académicas a la de los médicos, estando ambos profesionales igualmente capacitados y con una responsabilidad similar, cada uno en su campo de actuación. Los participantes consideraron que el hecho de ser Grado les permite afrontar la relación con el médico de igual a igual, lo que indica que aún existe entre los diplomados la sensación de que profesionalmente están un paso por debajo de los médicos.

Se aprecia un interés moderado por el desarrollo de las capacidades investigadoras que ofrece la actualización a Grado. Los diplomados entienden que su principal campo de actuación es el asistencial, algunos se han podido plantear la docencia, pero el campo de la investigación es algo que la gran mayoría ni siquiera se han llegado a plantear. De hecho se aprecia que las asignaturas del curso de adaptación al Grado relacionadas con la investigación son las que menos aceptación han tenido.

A pesar de que muchas de las motivaciones expresadas en ambos grupos son similares, hay diferencias importantes derivadas de las particularidades propias de cada profesión. La Enfermería es una profesión donde el mayor empleador son las Comunidades Autónomas, y donde la presencia de profesionales autónomos es casi nula. Sin embargo, en Fisioterapia existe un porcentaje importante de profesionales autónomos que ofrecen sus servicios compitiendo con otros colegas de profesión. Además, la presencia de intrusismo profesional en Fisioterapia es mucho mayor que en la Enfermería. Los profesionales de Fisioterapia consideraron que la adaptación de su titulación a Grado es una protección frente a este intrusismo, ya que un graduado es un profesional de fisioterapia capacitado y homologado, mientras que hay mucha gente que esgrimiendo distintos diplomas que nada tienen que ver con la formación en Fisioterapia se hacen pasar por profesionales.

Dado que las principales motivaciones expresadas por ambos grupos tienen una estrecha relación con la capacitación laboral y con la homologación europea del título, el hecho de haber obtenido el título de Grado ya cumple con las expectativas creadas, con lo cual los participantes expresaron su satisfacción general con el desarrollo del curso de adaptación. El hecho de que las asignaturas relacionadas directamente con la labor investigadora sean las que menos aceptación han tenido demuestra que al menos en la mayoría de los participantes la posibilidad de derivar sus carreras hacia la investigación no se encontraba entre los principales motivos por los que han optado a la actualización de sus títulos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. REAL DECRETO 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales
2. www.eees.es (Sitio Web del Espacio Europeo de Educación Superior)

3. García Calvente MM, Mateo Rodríguez I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Aten. Primaria*. 2000;25:181-6

Mesa de Comunicaciones 11: Práctica clínica

Concurrent Session 11: Clinical Practice

AUTORES/AUTHORS:

RAÚL SOTO CÁMARA, MARÍA INMACULADA SANTAMARÍA CUESTA, MARGARITA HERNANDO PÉREZ, MARÍA SANTAMARÍA FRANCÉS, MARÍA CELESTE SANTIAGO VALLADOLID, MARÍA DEL ROSARIO PEREZ CARRETERO, RICARDO MIGUEL BARREIRO

TÍTULO/TITLE:

CÓDIGO ICTUS: EFECTIVIDAD DE SU ACTIVACIÓN

INTRODUCCIÓN

El Código Ictus se define como un sistema de actuación basado en el reconocimiento precoz de los signos y síntomas del ictus, que permite la notificación y traslado del paciente al centro hospitalario de referencia más cercano, capacitado para la realización de terapias de revascularización en caso de que sea necesario y/o de ofrecer un ingreso en una unidad de ictus, utilizando para ello el recurso más avanzado y rápido posible en cada momento.

Su objetivo es coordinar los diferentes niveles de atención, con la finalidad de reducir el tiempo desde el inicio de los síntomas al acceso a un diagnóstico y/o tratamiento especializado, aumentando el número de pacientes con ictus isquémico que son tratados con terapias de revascularización e incrementar el número de pacientes que acceden a los cuidados de una unidad de ictus.

OBJETIVO

Identificar la mejor evidencia científica disponible que demuestre la efectividad de la implantación del Código Ictus en la reducción de tiempos prehospitalarios, de estancias hospitalarias y del grado de discapacidad/dependencia de los pacientes que han padecido un ictus isquémico

METODOLOGÍA

Siguiendo un esquema de investigación previamente establecido y de acuerdo con las disposiciones recogidas en la Declaración PRISMA, se realizó una revisión de la literatura disponible, consultando la versión electrónica de las principales BD de referencias bibliográficas de revistas primarias (BVS, CINAHL, CUIDEN, IBECS, LILACS, MEDLINE, ScIELO), de BD bibliográficas de revisiones sistemáticas (COCHRANE, JBI) y de BD de guías de práctica clínica (GuíaSalud, NHS), entre enero y abril de 2015

La estrategia de búsqueda se inició con la formulación de la pregunta de investigación, de acuerdo con los criterios establecidos por Sackett, cuyo formato responde al acrónimo PICO: "En la atención inicial al paciente que ha padecido un ictus (P), la activación del Código Ictus prehospitalario (I) es más efectiva que el procedimiento estándar de actuación (C), en lo referente a tiempos de de actuación prehospitalarios, estancias hospitalarias y grado de discapacidad-dependencia del paciente (O)"

Se utilizaron como palabras clave los MeSH adecuados al objetivo del estudio (stroke, thrombotic therapy, Emergency Medical Services, effectiveness), combinados mediante operadores booleanos, junto con términos libres truncados con la finalidad de incluir todas las posibles terminaciones

Se seleccionaron todos los estudios cuyo diseño metodológico fuera ECA, RS o ED, publicados en inglés o castellano desde el año 2.000, que comparasen los beneficios de la activación del Código Ictus prehospitalario en la atención inicial al paciente con ictus en comparación con el procedimiento estándar, con al menos el resumen disponible. Se realizó una búsqueda secundaria de la bibliografía citada en los artículos seleccionados

La selección de los estudios y la evaluación de la calidad metodológica se realizó por pares, de forma independiente y ciega, resolviendo las posibles discrepancias por consenso, y en caso de no lograrlo mediante la participación de un tercer evaluador

RESULTADOS

Se identificaron un total de 127 trabajos, que tras una primera lectura y evaluación del título y resumen, se descartaron 99 al no estar relacionados con el tema objeto de la revisión, no ajustarse a los criterios de inclusión ó estar duplicados. Al realizar la búsqueda secundaria a partir de las referencias bibliográficas de las 28 publicaciones seleccionadas, se localizaron 2 nuevos artículos. Tras la lectura crítica del texto completo, 13 de los 30 trabajos obtuvieron una puntuación mínima que garantizase el cumplimiento de los criterios de validez metodológica establecidos en la FLC 2.0, distribuidos de la siguiente manera: 1 ECA, 12 ED

DISCUSIÓN

Todos los estudios se desarrollan en áreas urbanas de distintos países, con sistemas de salud ó características sociodemográficas diferentes. En los estudios descriptivos se comparan los resultados obtenidos en pacientes con y sin activación del Código Ictus; en el único ECA se valora la influencia de la formación y el entrenamiento del SEM sobre Código Ictus en la situación clínica del paciente. Existe gran variabilidad en cuanto a las características de activación del Código Ictus (valoración inicial, límite de tiempo, límite de edad, discapacidad previa, nivel de conciencia, preaviso hospitalario), si bien en todos se observa una reducción de tiempos, de estancias hospitalarias y del grado de discapacidad así como un incremento de terapias de reperfusión

La implantación del Código Ictus debe generalizarse al mejorar el pronóstico del paciente, siendo necesario una adecuada coordinación entre niveles asistenciales que permita crear una cadena terapéutica y una continuidad de cuidados sin duplicidad de acciones

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Abilleira S, Davalos A, Chamorro A, Alvarez-Sabin J, Ribera A, Gallofré M: Outcomes of intravenous thrombolysis after dissemination of the stroke code and designation of new referral hospitals in Catalonia: The Catalan Stroke Code and Thrombolysis (Cat-SCT) Monitored Study. *Stroke*. 2011; 42: 2001–2006
- Álvarez-Sabín J, Molina CA, Abilleira S, Montaner J, García Alfranca F, Jiménez Fabrega X, Arenillas J, Huertas R, Ribó M, Quintana M, Codina. Impacto de la activación del Código Ictus en la eficacia del tratamiento trombolítico. *Med Clin*. 2003; 120(3): 47-51
- Evenson KR, Foraker RE, Morris DL, Rosamond WD: A comprehensive review of prehospital and in-hospital delay times in acute stroke care. *Int J Stroke*. 2009; 4: 187–199.
- Geffner-Sclarsky D, Soriano-Soriano C, Vilar C, et al: Código ictus provincial: características e impacto asistencial. *Rev Neurol*. 2011; 52: 457–464.
- Mazighi M, Derex L, Amarenco P: Prehospital stroke care: potential, pitfalls, and future. *Curr Opin Neurol*. 2010; 23: 31–35
- Patel MD, Rose KM, O'Brien EC, Rosamond WD: Prehospital notification by emergency medical services reduces delays in stroke evaluation. Findings from the North Carolina stroke care collaborative. *Stroke*. 2011; 42: 2263–2268
- Perez de la Ossa N, Sánchez-Ojanguren J, Palomeras E, et al: Influence of the stroke code activation source on the outcome of

acute ischemic stroke patients. *Neurology*. 2008; 70: 1238–1243

AUTORES/AUTHORS:

Iris Díaz Pérez, Iris Molina Vázquez, Sergio Pérez Pérez

TÍTULO/TITLE:

¿Siguen los profesionales de enfermería la evidencia científica en la administración de fármacos por vía intramuscular?

1. Objetivo

Comprobar si los profesionales de enfermería del Área de Salud de Gran Canaria siguen una práctica basada en la evidencia durante la administración de fármacos por vía intramuscular.

-Objetivos secundarios

Hallar si existen diferencias en la realización de la técnica en relación a los años de experiencia profesional y puesto de trabajo (UAF, Servicios de Urgencias y Salud Mental) de los profesionales de enfermería.

Comprobar si existen diferencias entre cada una de las etapas de la técnica y los ítems de mayor o menor cumplimiento.

2. Métodos

Se llevó a cabo un Estudio Descriptivo Transversal con observación directa de la técnica de inyección intramuscular ejecutada por los profesionales de enfermería de los Equipos de Urgencias de Atención Continuada y de las Unidades de Atención Familiar (UAF) y se comparó el procedimiento observado con las recomendaciones de la evidencia científica.

Se realizó una revisión bibliográfica para identificar los pasos que integran la técnica a estudiar, elaborando con ello una tabla de ítems para la recogida de datos. Los ítems que se recogen en la tabla debían ser observables y no requerir aclaración por parte del profesional observado.

A cada ítem se le otorgó una puntuación teniendo en cuenta el consenso existente en la bibliografía revisada y la importancia para la prevención de riesgos derivados de la técnica. Éstos incluían Criterios Básicos, imprescindibles para una técnica correcta, a los cuales se les daba la mayor valoración y que se detallan a continuación:

- Averiguar alergias del paciente
- Higiene de manos previa a la técnica
- Uso de guantes no estériles
- Número de pinchazos correcto según volumen a administrar
- Higiene de manos posterior a la técnica

Esta puntuación suma un total de 67 puntos. En el caso de que haya ítems que no sean valorables, debido a las características de la observación, estos ítems no sumarían puntos.

La Puntuación Total obtenida para cada observación, es la variable principal del estudio con la que se clasificó la técnica ejecutada en "poco aceptable", "aceptable" y "muy aceptable", según ésta fuera menor al 50%, entre el 50% y el 70%, o mayor del 70% de la puntuación total posible en cada caso, respectivamente.

Aquellas intramusculares ejecutadas mediante una técnica Excelente, serían aquellas con más del 70% de la puntuación total posible y que además cumplieran todos los Criterios Básicos.

Con el objetivo de hallar si existen diferencias significativas de la puntuación final obtenida entre los distintos grupos de años de experiencia, se realizó un Análisis de la Varianza (ANOVA).

Por otro lado también se halló si existe diferencia entre la puntuación total según el puesto de trabajo de los profesionales (UAF y Urgencias) mediante t-Student.

3. Resultados

Se realizaron un total de 388 observaciones. Un 34.3% de las inyecciones intramusculares se realizó con una técnica Poco aceptable, en un 49.5% la técnica fue Aceptable y, finalmente, un 16.2% de las observaciones se llevó a cabo con una técnica Muy aceptable.

Sólo un 4,12% de las intramusculares se ejecutaron mediante una técnica Excelente.

Antes de la técnica, la Selección del músculo en función de la edad del paciente y del volumen a inyectar, fue el ítem que obtuvo un mayor cumplimiento, mientras que averiguar antecedentes personales relacionados con trastornos de coagulación, fue el ítem que presentó un menor cumplimiento en esta etapa.

Durante la técnica, en el 100% de las observaciones, la punción se realizó a 90°, siendo éste el ítem con un mayor desempeño. En contraposición, los ítems en los que se observó un menor cumplimiento fueron la Espera del tiempo de acción del antiséptico previo a la punción y la Espera de 10 segundos antes de retirar la aguja una vez administrado el fármaco, no ejecutándose en el 98,7% y el 100% de las observaciones, respectivamente.

Después de la técnica, No reencapuchar la aguja tras su uso fue el ítem para el que se observó un mayor cumplimiento, en un 99,8% de las ocasiones, mientras que el Informar sobre posibles complicaciones derivadas de la técnica y del fármaco solo se cumplió en el 9% de las observaciones, siendo éste el ítem con menor desempeño en esta etapa.

En relación a los Criterios Básicos, a los que se otorgó una mayor puntuación al considerarse imprescindibles para que la técnica fuera correcta, el cumplimiento fue diferente para cada uno de ellos:

Averiguar alergias del paciente se realizó en el 47,7% de las observaciones. La Higiene de manos previa e Higiene de manos posterior a la técnica se observó en el 20,1% y el 52,6% de las observaciones, respectivamente. Solo en el 43% de las inyecciones intramusculares observadas se hizo Uso de guantes no estériles desde el inicio de la técnica. Finalmente, en el 25,8% de las observaciones, el número de pinchazos ejecutados no fue suficiente.

Se concluyó que si existen diferencias significativas entre los grupos que se establecieron según los años que llevan ejerciendo la profesión ($p=0.008$).

La media de puntuación global para cada grupo fue de 58,84% para el grupo de 2 a 13 años de experiencia laboral, 54,04% para aquellos profesionales con 14 a 22 años de experiencia profesional y, finalmente, 55,95% para el grupo que llevaba de 23 a 26 años trabajando.

Comparando entre los valores de la variable cualitativa (años de experiencia) para comprobar donde se encuentran las diferencias, se concluye que entre el grupo de 2 a 13 años de experiencia y el de 14 a 22 años, sí existen diferencias significativas, siendo el primero de los grupos el que obtuvo una Puntuación total mayor.

Por otro lado también observamos que existen diferencias significativas entre la puntuación total según el puesto de trabajo de los profesionales (UAF y Urgencias), siendo las intramusculares administradas en las UAF las que obtuvieron puntuaciones más elevadas.

La media de puntuación global para cada grupo fue de 59,01% para las observaciones realizadas en las UAF y de 51,47% para aquellas realizadas en Urgencias.

El grupo de Salud Mental hubo que descartarlo al no ser lo suficientemente numeroso para proporcionar datos fiables al hacer esta comparación.

4. Discusión

Los resultados obtenidos evidencian la necesidad de elaborar protocolos que sirvan de referencia para la práctica clínica y de realizar programas de formación para la actualización en determinados procedimientos.

Encontramos como principales puntos de reflexión:

-Zona dorsoglútea vs ventroglútea: la zona de punción que elige prácticamente la totalidad de los profesionales de Enfermería, es la

dorsoglútea. Es llamativo el desconocimiento que la gran mayoría de los enfermeros parece tener sobre la zona ventroglútea, ya que no es seleccionado como sitio de inyección en ninguno de los casos. Esto está en contraposición con las recomendaciones de la evidencia científica que indican que la zona ventroglútea sería la más indicada para la administración de medicamentos por vía IM, ya que es la zona menos conflictiva por encontrarse más lejos de los principales nervios y músculos en comparación con otras regiones anatómicas.

Asimismo, la zona ventroglútea también parece la ideal, ya que hace menos probable la inyección subcutánea del fármaco al tener un mayor espesor de glúteo muscular que la zona dorsoglútea, y la capa de grasa subcutánea tiene una distribución más uniforme, independientemente del índice de masa corporal.

Sería necesaria más formación en la utilización de este músculo, ya que el desconocimiento sobre su localización exacta es posible que frene a los enfermeros a la hora de plantearse su uso.

- Cambio de plano: no solo es sorprendente que exista esta diferencia según la procedencia de los textos revisados, en la que no es que haya una disparidad de criterios, sino es que para unos existe esta técnica y otros ni la mencionan. Sino que, además, ¿es realmente posible que con esta técnica el músculo acepte cualquier cantidad de volumen o deberían respetarse las cantidades establecidas por la evidencia?

Por otro lado, ¿es realmente el cambio de plano en ángulo o debería ser perpendicular? No existe ninguna referencia que explique con claridad en qué consiste, ésta ha sido una de las muchas técnicas aprendidas por imitación. Si se hiciera un cambio de plano en ángulo, ya no se estarían respetando los 90° de la punción. Por otro lado, cuando hablamos de planos musculares, profundo, medio y superficial, estos son paralelos.

Así pues, es necesario hacer una reflexión al respecto de este tema y establecer con claridad en qué consiste esta técnica y si es válida aunque sea realizada solo en nuestro medio, ya que en muchas ocasiones, no solo es importante la evidencia científica, también lo es la observación de lo que se realiza en la práctica clínica, que aporta nuevas perspectivas a lo que es una práctica correcta.

- Elección de antiséptico pre-punción: En la muestra estudiada, en el 88% de los casos se utilizó alcohol a 70°, seguido de clorhexidina en un 9% de las observaciones. Este resultado coincide con el consenso existente en la literatura de recomendar el uso de alcohol a 70° como antiséptico, a pesar de que tiene un tiempo de acción de 2 minutos. El uso de Clorhexidina va ganando seguidores aun cuando apenas existen referencias en la bibliografía que hablen de este antiséptico en sus recomendaciones.

Sin embargo, si es verdad que este es un antiséptico que se ha introducido hace relativamente poco en la práctica clínica, a pesar de que su salida al mercado se produjo en Inglaterra en 1954, de ahí que sean los últimos manuales los únicos que contemplan su uso como antiséptico en la inyección intramuscular. No obstante, su eficacia como antiséptico para la prevención y control de infecciones en la atención en salud ha sido probada en numerosos ámbitos, obteniendo autorización sanitaria como antiséptico de piel sana por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

A pesar de que existen algunos autores que defienden que no es necesario el uso de antiséptico si la piel está aparentemente limpia y se trata de una persona joven e inmunocompetente, son pocos los enfermeros que optaron por esta opción. Parece importante recordar el funcionamiento de los antisépticos, sus características y el tiempo necesario para que ejerzan su poder bactericida. Si no se esperan dos minutos a que el alcohol se seque, no estará funcionando como antiséptico y, probablemente provoque irritación y mayor dolor en el paciente al realizar la inyección.

- Volumen a administrar: si tenemos en cuenta los volúmenes recomendados por la evidencia para cada músculo, en el caso de tener un volumen mayor, la medicación debería ser repartida entre dos músculos diferentes y, por tanto, ser necesario más de un pinchazo. Por tanto, en aquellos casos en los que el volumen a administrar sea superior a los recomendados por la bibliografía, sería

oportuno plantearse otra vías de administración, evitando al paciente recibir más de un pinchazo.

-Eliminación de residuos: en cuanto al desecho del material en los contenedores adecuados para cada tipo, hay que aclarar que los materiales que se consideran cortopunzantes son tanto las agujas como los envases de cristal, como ampollas o viales. En la gran mayoría de las observaciones, los profesionales sí desechaban correctamente las agujas en los contenedores rígidos y estancos amarillos que se disponen para tal uso. Pero, por norma general, las ampollas y viales se tiraban a la basura destinada a los residuos del grupo 2 o, junto con la aguja, se tiraba también la jeringa, dando por incorrecta la observación de este ítem.

La estrategia empleada en este estudio, permite obtener conclusiones a partir de la práctica clínica in situ. En la revisión bibliográfica realizada, no se encontró ningún estudio con observación directa de la técnica de administración de fármacos por vía intramuscular.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Nicoll, L.H, Hesby, A. Intramuscular Injection: An Integrative Research Review and Guideline for Evidence-Based Practice. Appl Nurs Res. 2002;16(2): 149-162.

Wynaden, D, Landsborough, I, McGowan, S, Baigmohamad, Z, Finn, M. Best practice guidelines for the administration of intramuscular injections in the mental health setting. Int J Ment Health Nurs. 2006;15(3): 195-200.

Luis-Rodrigo, M.A. Administración de medicamentos por vía intramuscular. Metas Enferm. 2001;39(4): 14-16.

Carter-Templeton, H, McCoy, T. Are We on the Same Page?: A Comparison of Intramuscular Injection Explanations in Nursing Fundamental Texts. Medsurg Nurs. 2008;17(4):237-40.

Hunter, J. Intramuscular injection techniques. Nurs Stand. 2008;24(22): 35-40.

Cocoman, A, Murray, J. Intramuscular Injections: A Review of Best Practice for Mental Health Nurses. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2008;15(5):424-34.

Real Decreto 664/1997. de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo. (B.O.E. 24-5-1997).

Lillo-Crespo, M. Inyectable: técnica. En: Martínez-Riera, J.R, Del Pino-Casado, R (eds.) Manual Práctico de Enfermería Comunitaria. Barcelona: Elsevier; 2013. p. 391-393.

Mariana-Herráiz, J.A. Acceso Intramuscular. En: González-Gómez, I.C, Herrero-Alarcón, A (eds.) Técnicas y procedimientos de enfermería. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE S.L.); 2015. p. 26-29.

Walsh, L, Brophy, K. Staff nurses' sites of choice for administering intramuscular injections to adult patients in the acute care setting. J Adv Nurs. 2011: 67(5):1034-40.

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Inyección intramuscular. En: Manual de Procedimientos de Enfermería. Servicio Canario de Salud; 2007.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Inyección intramuscular. En: Manual de Procedimientos de Enfermería. Servicio Canario de Salud; 2005.

Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (B.O.E. 10-11-1995).

Casamada, N, Ibáñez, N, Rueda, J, Torra, J.E. Guía práctica de la utilización de antisépticos en el cuidado de heridas, ¿dónde?, ¿cuándo? y ¿por qué?. Barcelona: Laboratorios SALVAT; 2002.

Workman, B. Safe injection techniques. Nurs Stand. 1999;13(39):47-53.

Luis-Rodrigo, M.A. Preparar la medicación de un vial, de una ampolla y mezclar medicamentos en una jeringa. Metas Enferm. 2001; 39(4): 10-13.

AUTORES/AUTHORS:

RAÚL SOTO CÁMARA, MARÍA INMACULADA SANTAMARÍA CUESTA, MARÍA DEL ROSARIO PÉREZ CARRETERO, MARÍA CELESTE SANTIAGO VALLADOLID, MARGARITA HERNANDO PÉREZ, MARÍA SANTAMARÍA FRANCÉS, RICARDO MIGUEL BARREIRO

TÍTULO/TITLE:

PERFIL DEL USUARIO DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS SANITARIAS EXTRAHOSPITALARIAS

INTRODUCCIÓN

La urgencia médica se define como toda situación que, en opinión del paciente, familia o quien quiera que tome la decisión, requiere atención médica inmediata. Por otro lado, la emergencia médica hace referencia a aquella situación urgente que precisa de un mayor grado de complejidad diagnóstica y/o terapéutica para su resolución, comportando un compromiso vital o riesgo de secuelas graves y permanentes para el paciente

En el Sistema Nacional de Salud español, las urgencias y emergencias médicas tienen dos ámbitos principales de actuación: el hospitalario, a través de los Servicios de Urgencias de los hospitales de agudos; y el extrahospitalario, a través de los Servicios de Emergencia Médica (SEM)

Conocer las patologías y las características de la población que demanda la asistencia de los SEM es fundamental para el desarrollo de protocolos de actuación adecuados así como para adaptar los recursos asistenciales a las necesidades existentes

OBJETIVOS

Analizar las características clínico-epidemiológicas de los usuarios que solicitan la asistencia de una Unidad Medicalizada de Emergencia (UME) así como conocer la prevalencia de los procesos y patologías que atiende de forma primaria

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo observacional retrospectivo de todas las intervenciones primarias realizadas por la UME de Miranda de Ebro, perteneciente al Servicio de Emergencias Sanitarias de Castilla y León, en el periodo comprendido entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2014

La población de estudio fueron todos los pacientes por los que se demandó asistencia sanitaria a través del número de teléfono 112, registrados como tal en la plataforma informática SENECA-SANITARIO, excluyéndose los traslados interhospitalarios o secundarios

Las variables estudiadas fueron hora, día, mes, estación del año, día de la semana, sexo, edad, nacionalidad, lugar del incidente, motivo de demanda, juicio clínico codificado según el CIE 9-MC, resolución del incidente, indicadores de gestión de tiempo. Las cuantitativas se resumieron con media, desviación estándar y rango; las cualitativas, mediante frecuencias y distribución porcentual

RESULTADOS

El número de intervenciones en las que la UME de Miranda de Ebro fue activada ascendió a 1048, atendiendo a un total de 1073 pacientes, lo que supuso una media de 2,87+-1,39 asistencias diarias. El lugar desde el que se generó el incidente fue el domicilio del paciente en un 79,69%; el Centro de Salud o consultorio en un 8,08% y en el 12,23% restante, un lugar público

El 59,77% de los pacientes fueron mujeres, el 41,33% varones. La edad media fue 72,36+-19,27 años, siendo superior en las mujeres, 75,87 vs 66,47; el rango de edad osciló entre 1 y 103 años. El 89,93% tenían nacionalidad española.

Atendiendo a la distribución estacional, los meses de Septiembre y Diciembre fueron cuando mayor número de asistencias se atendieron, con una media diaria de 3,83 y 3,19 respectivamente; mientras que Febrero el que menos con 2,46. La edad media de los pacientes atendidos en otoño (75,36+-16,25) fue mucho mayor que los atendidos en primavera (68,32+-21,39). Los fines de semana fueron los días en los que mayor número de demandas se produjeron, no existiendo diferencias en cuanto a sexo ni edad. Las tardes de los días laborables, más concretamente entre las 17:00 y 21:00 horas, es cuando mayor número de asistencias se produjeron, si bien en los fines de semana se distribuyeron de manera uniforme a lo largo de todo el día

En el 81,73% de los casos el motivo de demanda fue enfermedad, en el 13,12% accidente de tráfico y el 5,15% otras causas. Las patologías que con mayor frecuencia se atendieron fueron enfermedades del sistema nervioso y órganos sensoriales (17,98%), enfermedades del aparato circulatorio (15,10%), traumatismos (13,05%) y trastornos mentales (12,21%). Los procesos clínicos que se atendieron con mayor frecuencia fueron síncope, insuficiencia cardiaca e insuficiencia respiratoria, no existiendo diferencias en cuanto al sexo. Destacar que 107 casos fueron codificados como patología no urgente. En 702 casos el paciente fue trasladado al hospital de referencia por la propia UME; 190 fueron dados de alta en el lugar

El tiempo medio de activación fue 3:01 minutos; el de respuesta, 6:01 y el de asistencia, 33:39, siendo superior en las localidades distantes más de 10 km (12,31%)

DISCUSIÓN

El perfil de usuario obtenido en la cohorte estudiada es el de mujer, española, mayor de 75 años, que demanda asistencia por reagudización de patología crónica de base o problema sociosanitario

Los días y horas con mayor número de activaciones coinciden con los de menor actividad en Atención Primaria, siendo la UME, en estos casos, un recurso que aumenta la accesibilidad al sistema sanitario

En muchas ocasiones, la estrecha línea de separación entre urgencia y emergencia es difícil de establecer, lo que favorece la movilización "no necesaria" de recursos asistenciales, que se podría evitar mediante la concienciación de la población general sobre el uso adecuado y racional de los recursos existentes

Los tiempos de activación, respuesta y asistencia se encuentran dentro de los extremos considerados normales por el consenso internacional

Los estudios consultados concluyen que el progresivo envejecimiento de la población, el cambio en las estructuras familiares, la falta de soporte social, la cronificación de enfermedades, la lejanía y uso inapropiado de recursos sanitarios y la mayor conciencia de la salud han producido un incremento en la demanda de los Servicios de Emergencia Médica

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Fernández Antuña MA. Estudio de los avisos en el servicio de urgencias de Atención Primaria de Oviedo (SUAP). Semergen. 2009; 35(7): 321-6
- Guil Sánchez J, Rodríguez Martín M, Pedrol Clotet E. Estudio descriptivo de un servicio de atención continuada realizada desde urgencias. Emergencias. 2009; 21: 429-432
- Martín Caravante S, López Alonso SR. ¿Cuáles son las tendencias y los factores influyentes en el uso de ambulancias extrahospitalarias en los países desarrollados? Evidentia. 2013; 10(44): 1-4
- Moreno Sanz S, Sanz Vara M, Gimeno Martín R. Actividad asistencial de un vehículo de intervención rápida del SUMMA 112. Metas de Enfermería. 2009; 12(10): 56-60
- Ortega Manjan MT, Rabanaque Hernández MA, Júdez Legaristi D, Cano del Pozo MI, Abad Díez JM, Moliner Lahoz J. Perfil de los usuarios y motivos de demanda del servicio de urgencias extrahospitalario 061. Emergencias. 2008; 20: 27-34
- Pacheco A, Burusco S, Senosiain MV. Prevalencia de procesos y patologías atendidos por los servicios de emergencia médica extrahospitalaria en España. An Sist Sanit Navar. 2010; 33(1): 37-46

AUTORES/AUTHORS:

Daniel Muñoz Jiménez, Marta Moro Velasco, Irene Nieto Giraldo, Beatriz Solas Gómez, María del Carmen Díaz Martínez, Manuel Fuentes Ferrer

TÍTULO/TITLE:

LEGIBILIDAD DE LAS RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO EN INFORMES DE ENFERMERÍA AL ALTA SEGÚN LA ESCALA INFLESZ

INTRODUCCIÓN

La información sanitaria es considerada un elemento fundamental en el abordaje de los procesos de salud-enfermedad de la población, así como un requisito ético y legal reconocido en el ordenamiento jurídico, desde la Ley General de Sanidad de 1986 hasta la Ley Básica de Autonomía del Paciente. La educación sanitaria es una tarea inherente a la labor asistencial así como un elemento esencial para fomentar la participación de los ciudadanos en la gestión de sus propios cuidados. Proporcionar una información sanitaria de calidad permite a la población adquirir un rol activo, que ha demostrado ser el más efectivo para que ésta adopte comportamientos saludables(1). Asimismo, disponer de una información contrastada y veraz permite a los pacientes ejercer el derecho de autonomía, pudiendo tomar decisiones correctas sobre su salud según sus propios valores y preferencias, incrementa la efectividad de los tratamientos y mejora la satisfacción de los ciudadanos (2, 3)

A pesar de ello, la información no siempre es transmitida de forma adecuada por los profesionales sanitarios, puesto que frecuentemente su transmisión se realiza de forma verbal, en momentos en los que la receptividad a la información por parte del paciente se ve disminuida (ingreso, diagnóstico, cirugía, alta...). Una información excesiva o insuficiente, de difícil comprensión o legibilidad y no adaptada a las necesidades de los pacientes o a las características de la población, suelen ser los problemas más habituales en los procesos de información clínica (4). Estudios que analizan la legibilidad de los documentos informativos dirigidos a pacientes demuestran que sólo un 60% de éstos alcanzan una legibilidad lingüística aceptable y un 40% cumplen con normas tipográficas básicas (5). Asimismo, la comprensión manifestada por pacientes tras la lectura de información se sitúa en algunos estudios en el 55% (6).

La información dada por escrito se considera una herramienta muy eficaz puesto que, complementa la información proporcionada oralmente, mejora la comprensión y retención de la información (3), mejora el uso de las medidas preventivas, de autocuidado y la adherencia al tratamiento y favorece un uso más adecuado de los sistemas sanitarios por parte de la población (7). La información escrita proporcionada en el momento del alta hospitalaria previene problemas potenciales de comunicación entre pacientes y profesionales, hecho que reduce la ansiedad y aumenta la confianza de los pacientes, reforzando así el rol profesional. Diversos estudios demuestran que la población desea recibir información escrita (8) y los que la reciben por este medio prefieren seguir haciéndolo así, mostrando un alto nivel de satisfacción por ello (4).

OBJETIVO

Evaluar el grado de legibilidad y características lingüísticas de las recomendaciones de autocuidados estandarizadas incluidas en Informes de Cuidados de Enfermería al Alta.

MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal realizado mediante análisis de dificultad de lectura y comprensión de un texto. La herramienta empleada fue la escala validada por Barrio Cantalejo y cols. para la evaluación de la legibilidad de textos dirigidos a pacientes

INFLESZ (9), basada en el índice Flesch-Szigriszt (IFSZ). Se realizó una evaluación de contenido del total de recomendaciones estandarizadas que se emplean en Informes de Cuidados de Enfermería al Alta, incluidas en la aplicación informática de cuidados de un centro de Atención Especializada. Para ello, se introdujeron los contenidos íntegros de dichas recomendaciones en el fware INFLESZ v1.0, exceptuando títulos y puntuaciones asociadas a elementos de numeración. Las variables consideradas fueron número de sílabas, palabras, frases, promedios de sílabas/palabra y palabras/frase, índice IFSZ y grado INFLESZ. Las recomendaciones se clasificaron, según su contenido, en cinco ámbitos: general, médico, quirúrgico, cardiovascular, materno-infantil y psiquiatría.

La distribución de variables cuantitativas se describió con media y desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIC) y las cualitativas mediante frecuencias absolutas y relativas. Para la comparación de medias se empleo t de student con nivel de significación al 5%. Para el análisis estadístico se empleo SPSS 21.

RESULTADOS

Se evaluaron 62 recomendaciones cuya distribución por ámbitos fue de 38,7% quirúrgico, 29% materno-infantil, 12,9% médico, 9,7% cardiovascular, 8,1% de carácter general y 1,6% psiquiatría. La tendencia central y dispersión de los resultados para el conjunto de las recomendaciones fue de 366 (RIC= 225-506) sílabas, 162 (RIC=99-241) palabras, 19 (RIC=11-24) frases, índice de sílabas/palabra 2,21 (DE=0,11), índice de palabras/frase= 8,62 (DE=2,49) e índice IFSZ de 58,93 (DE=6.9) obteniendo un grado de dificultad normal según INFLESZ. La distribución de las recomendaciones según grado de dificultad fue de 35 (56,5%) normal, 14 (22,6%) bastante fácil y 13 (21%) bastante difícil. La media obtenida del índice IFSZ por áreas fue general (IFSZ=58,64; DE=8.3), médica (IFSZ=58,83; DE=6,8), quirúrgica (IFSZ=59,72; DE=5,6), cardiovascular (IFSZ=53,6; DE=3,11), materno-infantil (IFSZ=59,21; DE=8,7) y psiquiatría (IFSZ=62.65). El único ámbito cuya media quedó fuera del grado normal de dificultad fue el cardiovascular que obtuvo un grado algo difícil según INFLESZ, mostrando diferencia significativa ($p=0,004$) con la media del resto de ámbitos (IFSZ=59,32; DE=7,02).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Realizada la comparación de resultados con los niveles educativos asociados a los grados de la escala INFLESZ, se observó que sólo una cuarta parte de recomendaciones evaluadas tenía una legibilidad bastante fácil (IFSZ>65), equivalente a un nivel de publicaciones de Educación Primaria. Datos del Instituto Nacional de Evaluación Educativa de 2012 estiman que el 45,4% de la población entre 25 y 64 años no supera dicho nivel educativo, hecho que constata la necesidad de adecuar los contenidos de las recomendaciones de enfermería al nivel de comprensión de la población. Estudios previos que evalúan otros tipos de documentos informativos destinados a la población mediante INFLESZ, como guías de recomendaciones, consentimientos o prospectos de medicamentos, junto a otros índices de legibilidad llegan a conclusiones similares. El estudio publicado por Ramírez-Puerta y cols. en 2013, en el que se llevó a cabo un análisis de legibilidad de consentimientos informados concluye que los documentos analizados resultaban, en general, difíciles de leer y comprender para el ciudadano medio, no cumpliendo el objetivo básico para el que fueron redactados (10). Otro estudio publicado en el mismo año por Ballesteros-Peña, sobre la legibilidad de los prospectos de los medicamentos, observa que los prospectos de fármacos de uso muy extendido, cuyo principio activo es el paracetamol, no alcanzan en la mayor parte de los casos un índice de legibilidad en grado de dificultad "normal" (11). Aunque las diferentes escalas de legibilidad validadas muestran pequeñas diferencias entre sí, son herramientas que pueden ayudar a los profesionales de la salud a adecuar la redacción de la información destinada a los pacientes, por lo que se recomienda su uso (12).

La propuesta de aplicabilidad a la práctica derivada de este estudio, consiste en considerar el uso de índices o escalas de legibilidad

como la escala INFLESZ, herramientas útiles y objetivas para la evaluación del nivel de dificultad lingüística de recomendaciones de cuidados y autocuidados dirigidas a pacientes y/o cuidadores, que se incluyen en los Informes de Cuidados de Enfermería al alta. Esto permitiría mejorar la legibilidad y comprensión de estas recomendaciones por sus destinatarios, conseguir un nivel eficaz de comunicación y una mejora en los resultados de salud, a través de una información escrita comprensible y sencilla.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. World Health Organization. Health for all policy framework for the WHO European Region: 2005 update. Copenhagen: WHO, 2006.
2. Delgado A, López-Fernández LA, de Dios-Luna J, Saletti-Cuesta L, Gil-Garrido N, Puga-González A. Expectativas de los pacientes sobre la toma de decisiones ante diferentes problemas de salud Gac Sanit 2010; 24: 66-71.
3. Moulton B, Franck LS, Brady H. Ensuring Quality Information for Patients: development and preliminary validation of a new instrument to improve the quality of written health care information. Health Expect 2004; 7: 165-175.
4. González Pérez R, Gijón Sánchez MT, Escudero Carretero MJ, Prieto Rodríguez MA, Carles March J, Ruiz Azarola A. Perspectivas de la ciudadanía sobre necesidades y expectativas de información sanitaria. Rev Calidad Asistencial, 2008; 23: 101-108.
5. Barrio Cantalejo IM, Simón Lorda P. ¿Pueden leer los pacientes lo que pretendemos que lean? Un análisis de la legibilidad de materiales escritos de educación para la salud. Atención Primaria. 2003; 31(7): 409-414.
6. Santiñá M, Segura-Ciprés FX, Barranco-Durán E. ¿Los pacientes entienden lo que les explicamos en los consentimientos informados? Revista de Calidad Asistencial, 2014; 29(5): 295-296.
7. Palmerini J, Jasovsky DA. Patient education: a guide for success. Nursing Management, 1998; 29: 45-46.
8. O'Connor AM, Drake ER, Wells GA, Tugwell P, Laupacis A, Elmslie T. A survey of the decision-making needs of Canadians faced with complex health decisions. Health Expect 2003; 6: 97-109.
9. Barrio Cantalejo IM, Simón Lorda P, Melguizo M, Escalona I, Marijuán MI, Hernando P. Validación de la Escala INFLESZ para evaluar la legibilidad de los textos dirigidos a pacientes. An. Sist. Sanit. Navar. 2008; 31(2): 135-142.
10. Ramírez Puerta R, Fernández Fernández R, Frías Pareja JC, Yuste Ossorio ME, Narbona Galdó S, Peñas Maldonado L. Análisis de legibilidad de consentimientos informados en cuidados intensivos. Medicina Intensiva. 2013; 37(8): 503-509.
11. Ballesteros Pena S. Análisis de la legibilidad lingüística de los prospectos de los medicamentos mediante el índice de Flesch-Szigriszt y la escala INFLESZ. An Sist Sanit Navar. 2013; 36(3):397-406.
12. San Norberto EM, Gómez Alonso D, Trigueros JM, Quiroga J, Gualis J, Vaquero C. Legibilidad del consentimiento informado quirúrgico en España. Cir Esp. 2014 Mar;92(3):201-7.

Mesa de Comunicaciones 12: Profesión / Gestión**Concurrent Session 12: Nursing Profession / Management****AUTORES/AUTHORS:**

Nuria de Ríos Briz, César García Soto, Ana Redondo Oseguí, Zuriñe Campo Iraeta, Yolanda Rodríguez Rodríguez, Candida Andrade Pascual

TÍTULO/TITLE:

El burnout en enfermeras de unidades de cuidados intensivos

El burnout o síndrome de quemarse por el trabajo se define como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado[1].

Los signos y síntomas asociados al burnout son muy variados, pudiendo afectar a las personas que lo sufren tanto a nivel físico como conductual, cognitivo y emocional; y que afecta no sólo al profesional que lo padece sino también a las personas que atiende, a la organización para la que trabaja y de una u otra manera a su ámbito familiar y social.

OBJETIVOS:

Conocer la situación del síndrome de burnout entre los profesionales de enfermería que desarrollan su trabajo en unidades de cuidados intensivos.

MÉTODOS:

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática de artículos científicos en las bases de datos Medline, Embase, Cuiden y en la biblioteca virtual Scielo.

Para dicha búsqueda se utilizaron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): burnout (agotamiento profesional), nurses (enfermeras) e intensive care (cuidados intensivos). Se empleó el operador booleano "AND".

Como criterio de inclusión se tuvieron en cuenta los artículos publicados en los últimos 10 años, escritos en inglés o castellano y que estuvieran disponibles en texto completo.

La revisión se realizó por pares; cada revisor realizó la búsqueda de manera individual para posteriormente realizar sesiones de consenso.

RESULTADOS:

En un primer momento se obtuvieron 310 artículos, de los cuales sólo 103 cumplían los criterios de inclusión. Tras la lectura del abstract de estos 103 artículos se eliminaron los artículos duplicados y que no se ajustasen al tema de estudio. Se seleccionaron un total de 39 artículos para la realización de la lectura crítica de los mismos, contando con la guía de las parrillas para la lectura crítica de CASPe[2] (Critical Appraisal Skills Programme-España) y la declaración STROBE[3]. Tras la lectura crítica y resolución de discrepancias entre los investigadores mediante consenso, se seleccionaron 8 artículos.

De los 8 estudios seleccionados, uno es cuasiexperimental, seis son estudios observacionales y transversales y, por último, se analizó un diseño cualitativo con entrevistas semiestructuradas (Foglia, 20104). La procedencia de los estudios fue diversa (España, Inglaterra, Portugal, EEUU, Brasil y Canadá).

En la mayor parte de los artículos se encontraron niveles de burnout moderados/altos entre los profesionales de enfermería de cuidados intensivos. La mayoría de los investigadores utilizaron el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) para conocer la prevalencia del burnout (Murji, 2006[5]; Ríos, 2008[6]; Regan, 2009[7]; Panunto, 2013[8]; Teixeira, 2013[9]; Sánchez, 2014[10]). Regan (2009)[7] encontró mayores niveles de estrés laboral en aquellos profesionales con estilos de defensa más inmaduros. Murji (2006)[5] identificó que el ejercicio físico como estrategia de afrontamiento (coping) frente al burnout estaba asociada significativamente a alguna subescala del MBI. Hays (2006)[11] identificó como estrategias de afrontamiento más frecuentes la resolución planificada de problemas y la búsqueda de apoyo social de los profesionales.

Todos los investigadores están de acuerdo en la necesidad de instaurar medidas de prevención o tratamiento del síndrome.

DISCUSIÓN:

El burnout es un síndrome con moderados/elevados niveles de prevalencia según los estudios entre los profesionales de enfermería de cuidados intensivos. Dada la procedencia de los estudios se trata de un fenómeno que se produce por igual en profesionales de distintos países.

La mayoría de los estudios encontrados fueron del tipo observacional y transversal, lo cual plantea la pertinencia de realización de otro tipo de estudios experimentales y también mayor producción investigadora de corte cualitativo sobre el tema en cuestión.

Es de utilidad práctica conocer los modos de afrontamiento, prevención y tratamiento más eficaces para la población a estudio, para que puedan ser aplicadas en las enfermeras de cuidados intensivos, dada la prevalencia y gravedad de este síndrome entre los profesionales, por lo que se ve la necesidad de un mayor número de estudios en esta línea de investigación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Gil-Monte P.R. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. Rev. Electr. InterAção Psy 2003; 1: 19-33.
2. Parrillas para la lectura crítica de CASPe. Disponible en: <http://redcaspe.org/drupal/?q=node/29>
3. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. Declaración de la Iniciativa Strobe (Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology): Directrices para la comunicación de estudios observacionales. Rev Esp Salud Pública 2008; 82(3): 251-59.
4. Foglia DC, Grassley JS, Zeigler VL. Factors that influence pediatric intensive care unit nurses to leave their jobs. Crit Care Nurs Q. 2010; 33 (4): 302-16.
5. Murji A, Gómez M, Knigton J, Fish JS. Emotional implications of working in a burn unit. Journal of Burn Care & Research. 2006; 27 (1): 8-13.
6. Ríos MI, Peñalver F, Godoy C. Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos. Enferm Intensiva. 2008; 19(4): 169-78.
7. Regan A, Howard RA, Oyebode JR. Emotional exhaustion and defense mechanisms in intensive therapy unit nurses. J Nurs Manag. 2009; 17(5): 330-6.
8. Panunto MR, Guirarbello EB. Professional nursing practice: environment and emotional exhaustion among intensive care nurses. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013; 21 (3): 765-72.
9. Teixeira C, Ribeiro O, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in intensive care units-a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicentre study. BMC Anesthesiology. 2013; 13(38): 1-15.
10. Sánchez P, Sierra VM. Síndrome de burnout en el personal de enfermería en UVI. Enfermería Global. 2014; 33: 252-66.
11. Hays MA, All AC, Mannahan C, Cuaderes E, Wallace D. Reported stressors and ways of coping utilized by intensive care unit nurses. Dimens Crit Care Nurs. 2006; 25 (4): 185-93.

AUTORES/AUTHORS:

Montserrat Biosca Freixanet, Antonio Garcia Garcia, Nuria Llurba Cunillera, Mariona Rocaspana Garcia, Nuria Huguet Otero, Josefina Minguella Piqué, Begoña Acón Orea, Marta Rubí Cabrera, Celia Cuellas Roca

TÍTULO/TITLE:

APRENDIENDO A EMPATIZAR A TRAVÉS DEL CINE: PARA UNA ATENCIÓN MÁS HUMANA.

INTRODUCCIÓN: En los cuidados a las personas en situación de dependencia, encontramos a menudo cierta deshumanización en los cuidados, olvidando a la persona y viendo sólo la enfermedad. Para un cuidado humano y de calidad es importante tener en cuenta que no atendemos a una demencia sino a una persona con sentimientos, vida anterior y familia. Para conseguirlo, el cuidador debe alcanzar ciertas habilidades sociales, entre ellas empatía, hacia la persona a quien cuida e incluso con la familia que sufre a su lado. El cine tiene el poder de ponernos en la piel del protagonista con cierta facilidad y conectar al espectador con los personajes a nivel emocional. Sin darnos cuenta nos convierte en el mismo protagonista, entendiendo su comportamiento, sufrimiento, alegrías y esperanzas. A través del visionado de una película podemos cambiar ideas e incluso actitudes. Es por ello que podría ser útil emplear este recurso en las aulas para intentar entrenar la inteligencia emocional y la capacidad de empatizar del futuro cuidador.

OBJETIVO: 1. Analizar si existe relación entre la utilización del cine como recurso educativo y el nivel de empatía del futuro cuidador.

MATERIAL Y MÉTODO: Se trata de un estudio observacional de corte transversal. Se utilizó como instrumento de evaluación la "Escala de empatía médica de Jefferson" (JSPE), versión para estudiantes de medicina (modificada para alumnos de atención sociosanitaria a personas dependientes). Para su respuesta se utiliza una escala tipo likert de uno a siete, donde uno representa "totalmente en desacuerdo", y el siete "totalmente de acuerdo". Para llevar a cabo el estudio se tomaron dos muestras independientes: cuatro grupos de alumnos (dos en horario de mañanas y otros dos en horario de tardes). Tenemos a personal docente distinto en el grupo mañana (GM) que en el grupo de tarde (GT), y que ha seguido metodologías diferentes. En los GT se utilizó una metodología más tradicional mediante clases magistrales, actividades grupales e individuales y talleres prácticos. En los GM, en cambio, se empleó una metodología más innovadora, pragmática, orientada hacia el auto-aprendizaje, mediante sesiones de cine-fórum y otros recursos audiovisuales, realizando actividades de discusión en grupo y ejercicios de reflexión individuales y/o grupales, además también de talleres, dinámicas grupales y salidas a instituciones de personas en situación de dependencia. Una vez hechas las valoraciones mediante la JSPE, se procedió a comparar los resultados de ambos grupos (GM y GT), mediante el cálculo de la U de Mann-Whitney.

RESULTADOS: De una población total de 54 alumnos del curso de atención sociosanitaria a PSD, 28 en GT y 26 en GM, se incluyeron en el estudio dos muestras aleatorias donde $n_1=24$ (GT) y $n_2=24$ (GM), para un nivel de confianza del 95% y $p<0,05$. En la JSPE obtuvo mayor puntuación el GM, que había seguido una metodología basada en el cine. Se calculó la U de Mann-Whitney, obteniendo un valor $U=30,5$ y $Z=-5,30$ con un p-valor= $0,0001$, estadísticamente significativo en $p<0,05$. La distribución es aproximadamente normal, por lo tanto se puede utilizar el valor Z.

DISCUSIÓN: Podemos concluir que el nivel de empatía logrado mediante una metodología basada en el cine es superior al conseguido mediante el método de enseñanza tradicional.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA: Mohammadreza Hojat (2012) hace una revisión de varios estudios, hallando que los niveles más elevados de empatía del personal sanitario se reflejan en el paciente obteniendo mejores resultados y mayor adhesión a los tratamientos, mayor grado de satisfacción, mejores parámetros analíticos en la diabetes mellitus (DM) como son los de la hemoglobina glicosilada (HbA1C) y de las lipoproteínas de baja densidad (LDL), entre otros beneficios.

La empatía genera importantes beneficios en el paciente

Debemos considerarla como parte indispensable en la formación del personal sanitario

El cine se evidencia como una herramienta a tener en cuenta en la formación sanitaria, dados sus efectos positivos sobre el aumento del nivel de empatía en los alumnos.

La empatía genera importantes beneficios en el paciente, por tanto debemos considerarla como parte indispensable en la formación del personal sanitario.

El cine se evidencia como una herramienta a tener en cuenta en la formación sanitaria, dados sus efectos positivos sobre el aumento del nivel de empatía en los alumnos.

FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Los niveles de empatía obtenidos en este estudio son intencionales. Una futura línea de trabajo consistirá en estudiar si esa intencionalidad se manifiesta, posteriormente, a nivel actitudinal en la prestación de cuidados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- ALMENDRO PADILLA C, SUBERVIOLA COLLADOS V, COSTA ALCARAZ AM. (2006): Metodología de utilización de cine-fórum como recurso docente en Bioética. Tribuna Docente [serie en internet]. [citado 15 octubre 2006]; 8(3): 1-9: [9 p.] Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/233386313_Metodologa_de_utilizacin_de_cine-frum_como_recurso_docente_en_Biotica
- ASTUDILLO ALARCÓN W, MENDINUETA AGUIRRE C.: El cine en la docencia de la medicina: cuidados paliativos y bioética. Rev Med Cine. 2007; vol. 3: n.º 1.
- BRIGITTE ANDRADE, M^a VICTORIA CARRERA, CHRISTIAN DANTART, JOSÉ ANTONIO GABELAS, JAVIER GALLEGO, ELVIRA GARCÍA ARNAL, JUAN CARLOS GIL MONGÍO, JAVIER GURPEGUI, MANUEL HERNÁNDEZ, IGNACIO JARNÉ, NATALIA LÓPEZ ZAMARVIDE, CARMEN MARTA, FRANCISCO J. MILLÁN, CARLOS MORENO, ISRAEL PAREDES, CARMEN PEREIRA y PILAR RIVERA (2007): Cine y habilidades para la vida. Dirección General de Salud Pública - Gobierno de Aragón.
- CABERO, J., SALINAS, J., DUARTE, A. y DOMINGO, J. (2000): Nuevas tecnologías aplicadas a la educación. Síntesis, Madrid
- CABERO, J. (2001): Tecnología Educativa. Diseño y utilización de medios en la enseñanza. Paidós Ibérica S. A., Barcelona.
- CABERO, J., SALINAS, J., DUARTE, A. y DOMINGO, J. (2000): Nuevas tecnologías aplicadas a la educación. Síntesis, Madrid
- MOHAMMADREZA, H. (2012): Empatía en el cuidado del paciente :Antecedentes, desarrollo, medición y resultados . El Manual Moderno
- MORIN, E. (2001): Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Paidós Studio, Barcelona.
- TORRE, S DE LA. (Coord) (1996): Cine formativo. Una estrategia innovadora para docentes. Octaedro. Barcelona.
- SÁNCHEZ RUBIO MI. ¿Y tú quién eres? (2006). La memoria perdida: una visión de la enfermedad de Alzheimer en el cine. Revista de Medicina y Cine. Vol. 3, Nº 4, octubre 2007.

AUTORES/AUTHORS:

Jennifer Sugrañes Escribano, Verónica Cruz Diaz, Marta Bagot Prats, Aaron Castanera Duro, Eric Planella Albi, Ana Lobo Civico, Marta Molas Pla, Nuri Vila Batllori

TÍTULO/TITLE:

La seguridad de los pacientes integrada en la mejora continua de la calidad asistencial.

Introducción breve:

La OMS (Organización Mundial de la Salud) describe el concepto de la seguridad de los pacientes como la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, que hace referencia a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en que se presta la atención, ponderados en cuanto al riesgo de no dispensar un tratamiento o de dispensar otro. Por lo tanto, la seguridad de los pacientes es una condición prescindible de la calidad asistencial.

En 1991 la OMS define calidad asistencial como aquella que identifica las necesidades de salud de los individuos o la población de una manera global y precisa y destina los recursos de manera oportuna y tan efectiva como permita el estado actual del conocimiento.

En el Estado Español el ministerio de sanidad, servicios sociales y igualdad impulsa un estudio nacional sobre los efectos adversos relacionados con la hospitalización (ENEAS), en el año 2005 y 2008. Estos estudios concluyen que entre el 7-10% de pacientes ingresados en los hospitales sufren un efecto adverso derivado de la atención sanitaria. Las causas más frecuentes son: 37'4% medicación, 25'3% infecciones nosocomiales, 25% causas relacionadas con procedimientos. Siendo un 42'8% evitable.(1)

Las organizaciones de salud definen un efecto adverso como las lesiones o complicaciones no intencionadas que derivan de la asistencia sanitaria, más que de la propia situación clínica del paciente y que podrían causar la muerte, incapacidad en el momento del alta o prolongar la estancia hospitalaria. (2,3)

El grado de satisfacción queda determinado por el juicio que hace el individuo fruto de la experiencia personal y por las expectativas previas sobre el servicio; por tanto, es el mismo usuario del servicio la fuente de información relevante.

La OMS juntamente con otras agencias como la AHRQ o el NHS han llevado a cabo las campañas con la finalidad de promover un papel más activo del paciente para la mejora de la seguridad. (4,5)

En resumen, la seguridad de los pacientes en los sistemas sanitarios es un tema de creciente interés en la sociedad actual, convirtiéndose en los últimos años en el elemento clave de determinación de la calidad de los hospitales en todo el mundo. Promover un cambio de cultura hacia la seguridad del paciente es el objetivo fundamental dentro de las estrategias de actuación de todas las agencias y organismos nacionales e internacionales con la finalidad de lograr sistemas sanitarios más seguros y eficientes. (6)

Objetivo

Conocer la percepción de los pacientes respecto a la seguridad clínica durante el proceso de hospitalización en un hospital de segundo nivel.

Métodos

Estudio descriptivo, transversal. Realizado entre julio 2014 a enero 2015. En hospital de segundo nivel mediante un muestreo de conveniencia, ofreciendo la participación en el estudio a los pacientes hospitalizados, mediante previo consentimiento informado. Excluyéndose pacientes desorientados y/o agitados, con enfermedades psiquiátricas o discapacidades psíquicas graves, y menores de 16 años. Se empleó un cuestionario validado, anónimo y autoadministrado (EFQM por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)) avalado por el Ministerio de Sanidad y Consumo para comprobar el nivel de seguridad en los cuidados que tienen los pacientes en los centros hospitalarios y cómo estos son percibidos. Este instrumento de medida fue utilizado en el proyecto

SENECA 2010 utilizando la línea dirigida a la seguridad de los pacientes en los cuidados, basado en el modelo EFQM4 (2,3). El cuestionario consta de 5 dimensiones: Información/Comunicación, Entorno, Seguridad, Aspectos Generales, Datos sociodemográficos. La fiabilidad del instrumento mediante el índice de Kappa fue del 0.6.

Participaron un total de 303 pacientes ingresados durante un mínimo de un día en diferentes unidades de hospitalización convencional, excluyendo el servicio de pediatría por ser menores de edad. Se han estudiado variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel cultural), de información/comunicación, de entorno y seguridad (correspondientes a las dimensiones 1,2,3 del cuestionario).

Los datos se han analizado mediante el paquete estadístico SPSS v.21 para Windows. Las variables continuas se describieron con la media y la desviación estándar. Las variables categóricas mediante frecuencias y porcentajes. Se utilizó el test de khi-cuadrado para obtener el grado de significancia al relacionar variables categóricas.

Resultados

Participaron un total de 303 pacientes ingresados en diferentes unidades de hospitalización. El 53% de los encuestados eran hombres y la edad media de la muestra fue de 57.31 años (DS=19.4). El 65.4% tenían estudios básicos, el 23.2% estudios universitarios y el 11.4% no tenían estudios. El 28.8% estuvo ingresado menos de 3 días, el 41.4% entre 3 y 7 días y el 29.8% más de 7 días.

La media de seguridad percibida por los pacientes es de 8.69 con desviación típica de 1.54.

El 87.6 % opinan que estar informado sobre los medicamentos que está tomando les proporciona más seguridad (P=0.005).

El 74.7 % de los pacientes que han participado en las decisiones sobre los tratamientos para sus enfermedades perciben mayor grado de seguridad puntuado entre 8-10/10.

El 54.9% están de acuerdo que el entorno y los lugares por los que transitó en el hospital son seguros.

La media de los pacientes que se sienten seguros con la atención con los cuidados que le prestaron los profesionales de enfermería (enfermeros/as y auxiliares) es de 4.47 (DS=0.65), estando muy de acuerdo el 53.5%

El 97.3% no presentaron quejas, reclamaciones o demandas por haber tenido problemas de seguridad en los cuidados que se dispensaron en el hospital.

Discusión e implicaciones para la práctica clínica

El grado de seguridad de los pacientes durante su ingreso hospitalario ha sido bien valorado por los pacientes. Los factores que han influido han sido catalogados en aspectos relacionados con el entorno, el personal, las instalaciones y la organización de la institución. Existen condiciones en las que se pueden aplicar acciones de mejora con la finalidad de prevenir riesgos o efectos adversos para el paciente durante su estancia en el hospital. Por esa razón es importante que los profesionales estén bien informados y formados de los efectos adversos, así como el personal no sanitario, para que conjuntamente trabajen con el fin de ofrecer al paciente y la familia una atención segura y una asistencia de calidad.

Establecer dentro de la organización un calendario de formación tanto para el personal actual como para nuevas incorporaciones, para promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad de los pacientes entre el personal.

Es necesario realizar futuras encuestas que permitan comparar los resultados de esta investigación y evaluar la mejora continua de la seguridad clínica incluida en el proceso asistencial.

Así, pues, podemos afirmar que los pacientes son la principal fuente de información relevante en todas las investigaciones basadas en la calidad asistencial, más allá de la competencia de los profesionales y de la calidad técnica de los procedimientos empleados o de la adecuación y efectividad diagnóstica y terapéutica.

El conjunto de resultados de este estudio pretende implementar intervenciones dirigidas a la formación de los profesionales y sistemas de control de prevención de errores de todos los servicios implicados en la atención directa o indirecta al paciente. Así como también, mantener activo un registro para detectar cuales son efectos adversos más frecuentes, aplicar las medidas necesarias incorporando acciones dirigidas a una atención de calidad, y que los profesionales tomen consciencia de que la

seguridad del paciente ha de ir orientada hacia una atención global.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Aranaz J, Aibar C, Vitaller J, Ruiz-López P. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [Consultado 29/8/2015]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
2. Lucas FJ, Aranaz JM, Gea MT, Gallardo-Martínez D, Limón-Ramírez R, García-Fernández C. Clinical safety plan in a university hospital complex. Initial diagnosis: study of adverse events. Rev Calid Asist [Internet]. SECA; 2012 [Consultado 29/8/2015];27(4):189–96. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22230785>
3. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. Med J Aust [Internet]. 1995 Nov 6 [Consultado 29/8/2015];163(9):458–71. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7476634>
4. Mira JJ, Aranaz JM, Vitaller J, Ziadi M, Lorenzo S, Rebas P, et al. Percepción de seguridad clínica tras el alta hospitalaria. Med Clin (Barc) [Internet]. Elsevier; 2008 Dec [Consultado 29/8/2015];131(Supl 3):26–32. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775308764583>
5. Merchante JM, Vega AM, Hernández AP, Lizarraga CA. [Analysis of the Agency for Healthcare Research and Quality Patient Safety Indicators in public hospitals of the Autonomous Region of Madrid (Spain)]. Med Clin (Barc) [Internet]. Elsevier; 2010 Jul [Consultado 29/8/2015];135 Suppl (Supl 1):3–11. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20875535>
6. Poblete Umazor R, Conejeros Fritz S, Corrales Fernández MJ, Miralles Bueno JJ, Aranaz Andrés J. Systematic literature review on patient safety in medical departments. Rev Calid Asist [Internet]. 2011 [Consultado 29/8/2015];26(6):359–66. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22035637>

Sesión de Comunicaciones Orales Breves I

Session of Oral Brief Presentations I

AUTORES/AUTHORS:

Ernestina Silva, Catarina Garcia, Daniel Silva, João Duarte

TÍTULO/TITLE:

CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PEDIÁTRICO: FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

Introducción: La seguridad del paciente es reconocida como uno de los pilares fundamentales de la calidad de atención de la salud, eso es prioritario para desarrollar una cultura de seguridad que trata de minimizar la ocurrencia de errores, favoreciendo el aprendizaje con el mismo.

Objetivo: Identificar las fortalezas y oportunidades de mejora de la cultura de la seguridad del paciente pediátrico.

Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo correlacional y transversal, realizado en una muestra de 68 enfermeras de servicios de pediatría y neonatología (52,9%) y servicios de Obstetricia (47,1%) en un centro hospitalario del centro de Portugal. Utilizamos una versión adaptada del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture, (Agency for Healthcare Research and Quality, [AHRQ], 2014)

Resultados: Los participantes son en su mayoría mujeres (98.5%), de edades comprendidas entre 27 y 56 años, con la mayoría entre 3 a 7 años de experiencia en la prestación del cuidado de niños (35.3%).

Como puntos fuertes de la cultura de seguridad se destacan las siguientes dimensiones: "trabajo en equipo" (81,6%), "las expectativas del supervisor y del gerente y acciones que promuevan la seguridad del paciente" (69,5%), "aprendizaje organizacional – mejora continua" (62.3%) y "feedback y comunicación sobre el error" (62.3%).

Por otra parte, las dimensiones que constituyen oportunidades de mejora fueron: "trabajo entre unidades" (38.3%), «apoyo a la seguridad del paciente por la administración» (30.9%), "respuesta a un error no punitivo" (25,5%) y "frecuencia de notificación de eventos" (18,4%).

Conclusión: Para obtener los mejores resultados en áreas identificadas como oportunidades de mejora es fundamental la participación de todos y cada uno, porque sólo con una colaboración conjunta tendrá una cultura de seguridad más arraigada y más fuerte. Destacamos la necesidad de capacitación en el área de seguridad del paciente y gestión del riesgo y el desarrollo de estrategias que permitan progresivamente un cambio de mentalidades, permitiendo el paso de la cultura de la culpabilidad donde el profesional de la salud es el centro de atención, por una cultura de aprendizaje de los errores.

En lugar de culpar y castigar cuando pasa algo malo, cara el error como un foco de atención con el fin de ser capaz de aprender de lo mismo y reflexionar sobre la situación para evitar en el futuro. De este modo será posible aumentar el número de eventos adversos registrados y tener una perspectiva más realista de las áreas que necesitan intervención y cambio

Palabras clave: Seguridad del paciente; Pediatría; Calidad de la atención sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Agency for Healthcare Research and Quality. (2014). Recuperado em <http://www.ahrq.gov/>

Fernandes, A. & Queirós, P. (2011). Cultura de segurança do doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(4), 37-48. Acedido em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserlIn4/serlIn4a04.pdf>.

Fragata, J. (2010). A segurança dos doentes: Indicador de qualidade em saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26(6), 564-570. Recuperado em <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10799&path%5B%5D=10535>.

Muething, S., Goudie, A., Schoettker, P., Donnelly, P., Goodfriend, M., Bracke, T., Brady, P., Wheeler, D., Anderson, J. & Kotagal, U. (2012). Quality improvement initiative to reduce serious safety events and improve patient safety culture. *Pediatrics*, 130(2), e423-e431. doi: 10.1542/peds.2011-3566.

Sorra, J. & Dyer, N. (2010). Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research*, 10(199), 1-13. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2912897/pdf/1472-6963-10-199.pdf>

Weaver, S. J., Lubomski, L. H., Wilson, R. F., Pfoh, E. R., Martinez, K. A. & Dy, S. M. (2013, March). Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals Internal Medicine*, 158(5_Part_2), 369-374.

doi:10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002

AUTORES/AUTHORS:

ALFONSO CARLOS LLAMAS SÁNCHEZ, EVA MARÍA SÁNCHEZ JIMÉNEZ, FRANCISCA ORTEGA PLANES, ISABEL PAREDES QUIÑONERO, MARTA MUÑOZ SÁNCHEZ, MARTA FUENTES FERNÁNDEZ, MIRIAM MOLINA AVILÉS, DOLORES BETETA FERNÁNDEZ, ANTONIA MARTÍNEZ GALVEZ

TÍTULO/TITLE:

SATISFACCIÓN LABORAL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS

INTRODUCCIÓN:

Locke (1976) definió la satisfacción laboral como un "estado emocional positivo o placentero de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto"¹

Herzberg postuló la existencia de 2 grupos de factores relacionados con la satisfacción laboral: un grupo de factores extrínsecos o higiénicos referidos a las condiciones de trabajo, tales como el salario, las políticas de empresa, el entorno físico, la seguridad en el trabajo, etc. y otro de factores intrínsecos o motivadores que serían aquellos que son consustanciales al trabajo; contenido del mismo, responsabilidad, logro, etc.²⁻⁴

OBJETIVOS:

Determinar el grado de satisfacción laboral de los profesionales sanitarios en urgencias pediátricas del H.C.U.V.A

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo transversal. Durante abril y mayo 2015. Tamaño de la muestra: 34 profesionales. Se les dio un cuestionario sobre la Escala General de Satisfacción (Overall Job Satisfaction) desarrollada por Warr, Cook y Wall⁵, 6 (1979) a enfermeros y auxiliares de enfermería que trabajaban en urgencias pediátricas. Consta de 15 ítems valorados en una escala tipo likert con siete posibles respuestas. Permite obtener 3 puntuaciones:

- Satisfacción general: La puntuación total de la escala se obtiene de la suma de cada uno de los ítems, medidos en escala Likert, asignando un valor de 1 a Muy Insatisfecho y correlativamente hasta asignar un valor de 7 a Muy Satisfecho. La puntuación total oscila entre 15 y 105, de manera que una mayor puntuación refleja una mayor satisfacción general.

- Subescala de factores intrínsecos: aborda aspectos como el reconocimiento obtenido por el trabajo, responsabilidad, promoción, aspectos relativos al contenido de la tarea, etc. Esta escala está formada por siete ítems pares (2, 4, 6, 8, 10, 12 y 14). Sus valores oscilan entre 7 y 49

- Subescala de factores extrínsecos: indaga sobre la satisfacción del trabajador con aspectos relativos a la organización del trabajo como el horario, la remuneración, las condiciones físicas del trabajo, etc. Esta escala la constituyen ocho ítems impares (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 y 15). Sus valores oscilan entre 8 y 56

El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS versión 2013.

RESULTADOS:

Tras analizar los datos obtenemos:

- El grado de satisfacción laboral general del personal de enfermería fue de media 75,2. El personal de enfermería se encuentra moderadamente satisfecho
- El grado de satisfacción laboral sobre factores intrínsecos fue de media 34,2. El personal de enfermería se encuentra ni insatisfecho ni satisfecho
- El grado de satisfacción laboral sobre factores extrínsecos fue de media 41. El personal de enfermería se encuentra moderadamente satisfecho

Si analizamos individualmente cada pregunta obtenemos:

1. Condiciones físicas del trabajo: El resultado es moderadamente satisfecho
2. Libertad para elegir tu propio método de trabajo: El resultado es ni insatisfecho ni satisfecho
3. Tus compañeros de trabajo: El resultado es satisfecho
4. Reconocimiento que obtienes por el trabajo bien hecho: El resultado es ni insatisfecho ni satisfecho
5. Tu superior inmediato: El resultado es satisfecho
6. Responsabilidad que se te ha asignado: El resultado es moderadamente satisfecho
7. Tu salario: El resultado es ni insatisfecho ni satisfecho
8. La posibilidad de utilizar tus capacidades: El resultado es moderadamente satisfecho
9. Relación entre dirección y trabajadores en tu empresa: El resultado es ni insatisfecho ni satisfecho
10. Tus posibilidades de promoción: El resultado es ni insatisfecho ni satisfecho
11. El modo en que tu empresa está gestionada: El resultado es moderadamente insatisfecho
12. La atención que prestan a las sugerencias que haces: El resultado es ni insatisfecho ni satisfecho
13. Tu horario de trabajo: El resultado es moderadamente satisfecho
14. La variedad de tareas que realizas en tu trabajo: El resultado es moderadamente satisfecho
15. Tu estabilidad en el empleo: El resultado es moderadamente satisfecho

DISCUSIÓN/IMPLICACIONES PARA PRÁCTICA CLÍNICA

La encuesta autoadministrada tiene sus limitaciones, se basa en apreciaciones subjetivas condicionadas por las expectativas de los propios encuestados sobre un conjunto de aspectos laborales. Aun así son un instrumento válido para recabar las vivencias y percepciones personales de los trabajadores en sus condiciones de trabajo.

Las condiciones físicas de trabajo, los compañeros de trabajo, el modo de supervisión, el horario, la variedad de tareas realizadas, la responsabilidad asignada, la posibilidad de utilizar tus capacidades junto con la estabilidad en el empleo hace que el personal de enfermería se encuentre satisfecho creándose un buen clima en el servicio, lo que repercute en el trato al paciente y en la calidad del

cuidado

En cuanto al salario, el modo en que la empresa está gestionada junto con la relación entre dirección y trabajadores hace que el personal de enfermería se encuentre ni insatisfecho ni satisfecho debido a los recortes en sanidad, lo que ha repercutido con un aumento de las horas de trabajo de 35 a 37,5 horas, eliminación de días de vacaciones adicionales, eliminación de días de libre disposición, etc.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Locke EA. The nature and causes of job satisfaction, en M. D. Dunnette(ed): Handbook of Industrial and Organizational Psychology. Nueva York: John Wiley & Sons 1976.
2. Nota técnica de prevención 394. Satisfacción laboral. Escala general de satisfacción. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. 1995.
3. Gandarillas González M, Vásquez Rueda L, Márquez Marmolejo H, Santamaría Gandarillas E, Garaña Robles O, Santibáñez Margüello M. Satisfacción laboral y Apoyo Social en trabajadores de un hospital de tercer nivel. Med Segur Trab 2014; 60(234):64-89
4. Tapia Martínez H, Ramírez Rodríguez C, Islas García E. Satisfacción laboral en enfermeras del hospital de oncología Centro Médico Nacional 2009; 6(4):21-25
5. Warr PB, Cook JD, Wall TD. Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. Journal of Occupational Psychology 1979; 52, 129-148
6. Boluarte A. Propiedades psicométricas de la Escala de satisfacción de Warr, Cook y Wall, versión española. Rev Med Hered 2014; 25:80-84

AUTORES/AUTHORS:

José Arnau Sánchez, María Isabel ríos Risquez, María Emilia Martínez Roche, María Dolores Nicolás Viguera, María Angeles Castaño Molina, César Carrillo García

TÍTULO/TITLE:

ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LA SATISFACCIÓN LABORAL EN MATRONAS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DE LAS ÁREAS DE SALU

Objetivo: analizar la satisfacción laboral de las matronas de Atención primaria y especializada pertenecientes a tres áreas de salud de la Región de Murcia.

Método: se trata de un estudio cualitativo basado en la Teoría Fundamentada. Para la recogida de los datos, se realizaron dos grupos de discusión. Uno conformado por seis matronas pertenecientes a Atención primaria y otro constituido por ocho matronas pertenecientes al hospital de referencia de las Áreas de salud de estudio.

Resultados: Del análisis del discurso se desprende como Categoría nuclear la desmotivación profesional de las matronas. Un proceso dinámico. De ésta se desprenden las siguientes subcategorías: a) Las relaciones interpersonales en el contexto laboral, la cual está conformada por la acción e interacción de la siguientes subcategorías: erosionando la autonomía de las matronas, la deficiente relación de la matrona con el equipo multidisciplinar, y el cuidado a la mujer. Tomando conciencia del reconocimiento profesional y b) las relaciones jerárquicas. De esta se deriva el ajuste y desajuste de expectativas entre dirección y matronas, y ajustando el ratio asistencial.

Conclusiones

El estudio pone de manifiesto una desmotivación generalizada del colectivo de matronas pertenecientes a los niveles asistenciales de estudio. Los factores determinantes de dicha desmotivación se circunscriben a la pérdida de autonomía, la deficiente comunicación bidireccional con los médicos y por último la presión asistencial. Sin embargo, en ocasiones esta desmotivación se ve compensada por la labor asistencial que ofrecen a la mujer

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Atefi N, Abdullah KL, Wong LP, Mazlom R. Factors influencing registered nurses perception of their overall job satisfaction: a qualitative study. *Int Nurs Rev* 2014; 61, 352-360.

Bonenberger M, Aikins M, Akweongo P, Wyss K. The effects of health worker motivation and job satisfaction on turnover intention in Ghana: a cross-sectional study. *Resources for Health* 2014; 12:43. Disponible en: <http://www.human-resources-health.com/content/12/1/43>.

Carlson E, Råmgård M, Bolmsjö I, Bengtsson M. Registered nurses' perceptions of their professional work in nursing homes and home-based care: a focus group study. *Int J Nurs Stud* 2014; 51: 761-67.

Catja J, Hoijtink K, Noppers M, Wiegers TA, Paul de Cocck T, Klomp T, et al. An explorative study of factors contributing to the job satisfaction of primary care midwives. *Midwifery* 2015. doi: 10.1016/j.midw.2014.12.003. [Epub ahead of print]

Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory*. Hawthorne, NY: Aldine, 1967.

Jourdin G, Chênevert D. Job demands-resources, burnout and intention to leave the nursing profession: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, 2010; 47(6): 709-22. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.11.007.

Kenaszchuk C, Wilkins K, Reeves S, Zwarenstein M, Russell A. Nurse-physician relations and quality of nursing care: findings from a national survey of nurses. *Can J Nurs Res* 2010; 42(2), 120-136.

Lambrou P, Merkouris A, Middleton N, Papastavrou E. Nurses' perceptions of their professional practice environment in relation to job satisfaction: a review of quantitative studies. *Health Science Journal* 2014; 8: 298-317.

Li A, Early SF, Mahrer NE, Klaristenfeld JL, Gold JI. Group cohesion and organizational commitment: protective factors for nurse residents' job satisfaction, compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout. *J Prof Nurs* 2014; 30: 89-99.

Téllez A. *La Investigación Antropológica*. Alicante: Editorial Club Universitario, 2007.

Utrianinen K, Kyngäs H. Hospital nurses' job satisfaction. A literature review. *J Nurs Manage* 2009; 17: 1002-1010.

Vaismoradi M, Salsali M, Ahmadi F. Nurses' experiences of uncertainty in clinical practice: a descriptive study. *J Adv Nurs* 2011; 67: 991-99.

Vivar CG, Arantzamendi M, López-Dicastillo O, Gordo L. La Teoría Fundamentada como metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería. *Revista Index Enfermería* 2010; 19(4), 283-288.

AUTORES/AUTHORS:

Carolina González Hernando, Marta Esther Vázquez Fernández, Inmaculada Pérez Sanz, Magdalena Merino Salán, Sara Rabanal Nieto, Marta Marina García Alonso, Carmen Berciano Villalibre, Alicia Bartolomé Ferrero, Carlos Ruiz Labarca

TÍTULO/TITLE:

Análisis del blog “Mamis y Niños” tras 16 meses de su implementación

Objetivo: Analizar la utilidad de un blog materno-infantil como herramienta de comunicación y educación para la salud en un centro de salud urbano y el grado de satisfacción que ha generado.

Metodología:

Estudio de intervención de 16 meses midiendo el uso de una herramienta de la Web 2.0, un blog sanitario. La población a estudio son los usuarios que han utilizado el blog. El blog se ha editado por profesionales de la salud y se dirige a las mujeres embarazadas y madres/padres con hijos en edad pediátrica de un centro de salud urbano en Valladolid (España). Para la recogida y análisis de los datos se utilizó el programa Google Analytics con una periodicidad de análisis trimestral. Para valorar la utilidad y satisfacción con el uso del blog, se encuestó de forma consecutiva a las gestantes de 30 semanas de embarazo y a las madres con hijos de 15 días y de 3 meses de edad (en 3 períodos diferentes).

Resultados: El número de visitas en 16 meses fue de 37.933. El 73,7% de los internautas proceden de España, 10,2 % de Estados Unidos y 3% de México. Se recibieron y contestaron 38 comentarios con dudas, opiniones o agradecimientos de los padres y mujeres embarazadas. Las autoras insertaron al menos tres post semanales contando con la colaboración de un equipo multidisciplinar de 13 profesionales de la salud. Se publicaron 209 entradas clasificadas en 11 temáticas.

Resultados de las 334 encuestas personales: Edad media de las gestantes: 31,3 años (DT 4,9). Paridad: 63,5% primigestas, 28,6% un hijo, 4,8% dos hijos, 1,6% tres hijos, 1,6% cuatro o más. Nivel de estudios: 1,6% sin estudios, 11,1% primarios, 47,6% medios, 39,7% superiores. Situación laboral: 66,7% trabaja, 31,7% desempleada, 1,6% estudiante. Han utilizado el blog: 30 semanas gestación: N=50; No 34%, a veces 46%, habitualmente 20%. 15 días posparto: N=49; No 14,3%, a veces 67,3%, habitualmente 18,4%. 3 meses posparto: N=33; No 21,2%, a veces 66,7%, habitualmente 12,1%. Les ha parecido útil (valor mínimo 0 y máximo 10): 30 semanas gestación: N=33; media 8,3 (DT 1,15). 15 días posparto: N=42; media 8,6 (DT 1,3).

3 meses posparto: N=26; media 8,2 (DT 2,1)

Discusión: El blog complementa y profundiza la educación para la salud que se realiza en la consultas de la matrona y del equipo de pediatría (enfermeras y médicos pediatras). Los profesionales de la salud deben obtener capacitación y las habilidades necesarias en la comunicación digital para una adaptación a los cambios sociales que se están produciendo actualmente con el uso de tecnologías que impregnan toda nuestra vida y por supuesto, también nuestra salud. Coincidimos con otros autores en que no se trata solo de una herramienta de información, sino de un cambio de actitud.

Implicaciones para la práctica clínica: Nos encontramos ante una nueva forma de comunicación en red entre los ciudadanos y los profesionales sanitarios que demuestra el interés de los e-pacientes a nivel local e internacional. El blog “Mamis y Niños” proporciona actuaciones más eficientes en salud, generando una información de calidad, ha mejorado el trabajo en equipo, el manejo tecnológico, la participación y el enriquecimiento profesional desde varias disciplinas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. mHealth competence centre. La web 2.0 herramienta clave en la profesión enfermera.[Internet]. Barcelona: MWCB; [12/01/2015, consultado EL 05 de julio 2015] Disponible en:
<http://www.mobilehealthglobal.com/in-the-news/noticias/113/la-web-20-herramienta-clave-en-la-profesion-enfermera>

2. Encuesta Pfizer y The Cocktail Analysis. El rol de Internet en el proceso de consulta de Información sobre salud. [Online].; 2010 [cited 2015 abril 15. Available from: https://www.pfizer.es/docs/pdf/noticias/Resultados_encuesta_Pfizer.pdf
3. Carrillo G, Chaparro L, Barrera L, Pinto N, Sánchez B. El blog como herramienta de soporte social para personas con enfermedad crónica. Ciencia y Enfermería. 2011; XVII (3)
4. Cepeda J. Manual de Inmersión 2.0 para profesionales de salud. Salud Conectada. [Online].; 2014 [cited 2015 marzo 30. Available from: <http://saludconectada.com/>
5. Organización de Naciones Unidas. Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños. [Online]. Nueva York: ONU; 2010 [cited 10 abril 2015. Available from: http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/201009_gswch_sp.pdf
6. World Health Organization and International Telecommunication Union. eHealth and innovation in women's and children's health: A baseline review Genova: OMS; 2014.
7. Gunter Eysenbach MD. Medicine 2.0: social networking, collaboration, participation, apomediation, and openness. J Med internet Res. 2008; 10(3):e22. [cited 22 abril 2015. Available from: <http://www.jmir.org/2008/3/e22/>
8. Jadad A, Enkin M. Computers: transcending our limits? BMJ. 2007; 334(Suppl 1).
9. Serrano Falcón M. Comunicación sanitaria on line: el papel del médico en el marketing de contenidos sanitarios. Rev Esp Comun Salud. 2013; 4(2): p. 123-126.
10. Carrión T. Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria. 2011 enero-junio; 4 (1).
11. OCDE. Improving Health Sector Efficiency. The role of information and communication Technologies. Health Policy Studies; 2010.
12. OMS. Evaluación de tecnologías sanitarias aplicadas a los dispositivos médicos. [Online].; 2012 [cited 2015 abril 20. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243501369_spa.pdf.

AUTORES/AUTHORS:

Carmen Ruano García, Diana Martínez Martín, Gemma Prieto de Lamo, Rosa Isabel Sánchez Alonso

TÍTULO/TITLE:

Evolución de la Lactancia Materna Exclusiva en el área de Ávila en los últimos 5 años. Estudio descriptivo analítico.

INTRODUCCIÓN:

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses (LME6), la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más[1], entendiéndose como LME dar al lactante únicamente leche materna: no se le dan otros líquidos ni sólidos (ni siquiera agua) exceptuando soluciones de rehidratación oral, vitaminas, minerales o medicamentos en gotas o jarabes[2].

En la bibliografía consultada algunos autores han concluido que existe relación entre el abandono de LME y la no asistencia a educación maternal (EM)[3,4,5].

Hay pruebas extensas de los beneficios de salud de la lactancia materna (LM) a corto y largo plazo para los recién nacidos y las madres[6].

Los profesionales de enfermería, como agentes proveedores de cuidado y educadores en acciones de autocuidado tienen un papel relevante en el apoyo a la LM, pues son ellos quienes tienen más contacto con la madre desde el período prenatal. Por lo tanto, el conocimiento de los factores asociados a esta práctica pueden redundar en el diseño de estrategias tendentes a mejorar su duración[3].

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 6 meses y su evolución desde 2009 a 2014, así como la asistencia a Educación Maternal y si hay relación entre ellas, en el Área de Salud de Ávila.

Analizar la relación de variables clínicas del parto y de factores sociodemográficos de la madre con la LME6.

METODOLOGÍA

Diseño: estudio transversal analítico.

Ámbito de estudio: Gerencia de Atención Primaria (AP) de Ávila.

Población: 4324 niños nacidos entre el 01/12/2009 y 30/05/2014 y sus madres.

Recogida de datos: mediante cuestionario específico diseñado por SACyL en 2007 para seguimiento de la LME en Castilla y León.

Variables: Dependiente: LME6. Independientes: asistencia a EM, duración de la gestación, cesárea, peso al nacer, ingreso hospitalario. Maternas: edad, país de origen, nivel de estudios, trabajo fuera del hogar.

Análisis estadístico: análisis descriptivo univariante (proporciones e IC95%) y bivariante (prueba de Ji-Cuadrado para la comparación de variables cualitativas y U de Mann-Whitney para la comparación de la variable cuantitativa edad, al no seguir una distribución normal). Pruebas realizadas con un nivel de confianza del 95% a nivel bilateral. Paquete estadístico: SPSS v15.0.

RESULTADOS

Prevalencia de LME6 en la muestra total: 35,7%

El porcentaje de LME6 fue 40,4% en 2010, 34,4% en 2011, 34,9% en 2012, 34,3% en 2013 y 36,6% en 2014. Siendo estas diferencias entre años no estadísticamente significativas (ES) ($p=0,118$).

De las mujeres con LME6 asistieron a EM el 70,0% en 2010, 69,6% en 2011, 61,7% en 2012, 66,1% en 2013 y 56,7% en 2014. Diferencias entre años ES ($p<0,05$).

El porcentaje de LME6 fue 33,3% en mujeres que no acudieron a EM y 36,8% en las que sí acudieron, siendo ES ($p=0,025$).

El % de LME6 fue 23% en un embarazo <38 semanas, el 37,7% entre 38-42 semanas y el 46,2% >42 semanas, diferencias ES ($p<0,05$).

El % de LME6 fue 37,5% en mujeres sin cesárea y 30,6% en mujeres con cesárea, diferencias ES ($p < 0,05$).

El % de LME6 fue 17,9% en niños nacidos con peso < 2500 kg y 37,2% en ≥ 2500 kg. Diferencias ES ($p < 0,05$).

El % de LME6 fue 37,8% sin ingreso del bebé y 27,6% con ingreso. Diferencias ES ($p < 0,05$).

El % de LME6 fue 35,2% españolas, 34,4% Europa del Este, 21,4% resto de Europa, 39,2 % latinoamericanas, 40,2% africanas y 20,8% asiáticas, sin diferencias ES ($p = 0,126$).

El % de LME6 en mujeres sin estudios o primarios incompletos fue 35,7%, primer grado-graduado escolar o segundo grado incompleto 31,6% y con BUP-bachiller superior o estudios universitarios 38,8%, diferencias ES ($p < 0,05$).

El % de LME6 fue 34,9% en mujeres que no trabajan fuera de casa y 36,2% en las que sí, sin diferencias ES ($p = 0,393$).

La mediana de edad con LME6 fue 33 años y 32 sin LME6, diferencia ES ($p = 0,032$).

CONCLUSIONES

La prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 6 meses en nuestro Área es mayor a la mostrada en la última Encuesta Nacional de Salud (2011-2012) 28,5%[7].

Se observó un ligero descenso de la prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 6 meses en el periodo de estudio, sin diferencias estadísticamente significativas.

La asistencia a educación maternal ha descendido durante este periodo, a pesar de que acudir a educación maternal se ha relacionado con una menor tasa de abandono de LME.

El porcentaje de casos con LME6 en los embarazos con mayor edad gestacional, partos sin cesárea y niños con normopeso al nacimiento es mayor que en los pretérmino, cesárea y bajo peso al nacer.

El nivel de estudios y la edad de la madre se asocian de forma directa con el logro de LME6.

No se ha observado asociación entre el país de procedencia de la madre, el trabajo fuera de casa y LME6.

IMPLICACIONES:

Se recomienda la asistencia a educación maternal a las embarazadas, a los profesionales de enfermería de Atención Primaria incidir sobre los beneficios de la LME6 a las embarazadas con cesárea programada y a los profesionales de neonatos y tocología que favorezcan el contacto precoz en estas situaciones descritas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.- World Health Organization. Lactancia Materna. available from <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
- 2.- WorldHealthOrganization. Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA). Lactancia materna exclusiva. Available from http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/es/
- 3.- Osorio Castaño, Jhon Henry; Botero Ortiz, Beatriz Eugenia. Factors associated to the duration of exclusive breastfeeding. Investigación y Educación en Enfermería, vol. 30, núm. 3, 2012, pp. 390-397.
- 4.- Antoni Oliver Roig, Miguel Richart Martínez, Julio Cabrero García, Santiago Pérez Hoyos, Ginesa Laguna Navidad, Juan Carlos Flores Álvarez et al. Factors Associated To Breastfeeding Cessation Before 6 Months. 2010 May-Jun; 18(3):373-80. Rev. Latino-Am. Enfermagem. www.eerp.usp.br/rlae
- 5.- Iglesias Casás S. Lactancia materna en un hospital comarcal: factores socioculturales y sanitarios que pueden influir en su elección y mantenimiento. EnfermClin. 2008;18(3):142-6.
- 6.- Martínez Galiano JM. Factores asociados al abandono de la lactancia materna. Metas de Enferm jul/ago 2010; 13(6): 61-67.
- 7.- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. INE-MSSSI.

AUTORES/AUTHORS:

Joaquín Salvador Lima-Rodríguez, Isabel Domínguez-Sánchez, Marta Lima-Serrano

TÍTULO/TITLE:

Convergencia entre escalas para medir el Estado de Salud Familiar, la cohesión y flexibilidad familiar y el apoyo social

Objetivos: Entendida la familia como la unidad social básica, se constituye como la primera fuente de conocimientos, actitudes y habilidades relacionados con la salud, la enfermedad y los cuidados. Puede funcionar como un recurso pero también como factor de riesgo en el crecimiento y desarrollo de sus miembros, en la medida en que mantenga un orden, estructura y función, manteniendo el equilibrio interno y con su entorno. El estudio de las unidades familiares requiere de un enfoque grupal y no individualista, teniendo en cuenta el contexto social y cultural en que se desarrolla. Así, entendemos el concepto de salud familiar como “un hecho que determina y está determinado por la capacidad de funcionamiento efectivo de ésta, como unidad biopsicosocial, en el contexto de una cultura y sociedad”. La conforman cinco dimensiones, que son el clima social familiar, relacionado con el ambiente interno existente; la integridad familiar, como el grado de unión y participación entre sus miembros; el funcionamiento familiar, referido a la realización de rutinas, y la dinámica de adaptación a los cambios en las distintas etapas de su ciclo vital; la resistencia familiar, expresada como los mecanismos de defensa y recursos propios y externos con que cuenta la familia; y el afrontamiento familiar que sería el modo de enfrentar las situaciones estresantes. Numerosos factores intervienen sobre la salud familiar, entre ellos una estructura organizada, estabilidad, comunicación y buenas relaciones familiares, vínculos significativos, compromisos, sistemas de apoyo internos y externos y los recursos familiares, entre otros. Cuanto más positivos sean estos aspectos, la familia contará con un mejor nivel de salud. Se propuso conocer la convergencia entre escalas para medir la autopercepción de la salud familiar, la cohesión y flexibilidad familiar, así como el apoyo social percibido utilizando cuestionarios validados. Métodos: estudio descriptivo sobre 460 unidades familiares residentes en Sevilla y área metropolitana. La captación de las familias se realizó por enfermeros pertenecientes a unidades de asistencia sanitaria básica y hospitalaria previamente formados. Las escalas de Autopercepción del Estado de Salud Familiar (AESFA), escalas FACES (cohesión y flexibilidad familiar) y MOS (apoyo social percibido), autoadministradas, se utilizaron para evaluar los diferentes aspectos. Se tuvieron en cuenta los datos sociodemográficos y familiares básicos para la descripción de la muestra. El paquete estadístico SPSS 18.0 ofreció el apoyo informático necesario. Resultados: las familias son en su mayoría nucleares (81,2%) con hijos adolescentes (31,9%) sin encontrarse en etapa de transición el 92,6% de ellas, y con una media de 3,2 miembros. La escala total AESFA obtuvo una puntuación total media de 70,8 puntos (rango 0-84 puntos), indicando una buena percepción del estado de salud en estas familias, siendo la integridad familiar la dimensión mejor valorada (14,5 puntos, rango 0-16) y clima familiar la peor valorada (14 puntos, rango 0-18). Por su parte las escalas FACES y MOS obtuvieron una media de 83 y 84,5 puntos respectivamente, indicando buenos niveles de cohesión, flexibilidad familiar y apoyo social percibido. Las familias con menores puntuaciones en la escala AESFA (<60) obtuvieron también puntuaciones más bajas en las escalas FACES (media 70 puntos) y MOS (media 71 puntos), indicando que aquellas familias que percibían su salud familiar como menos positiva, demostraban menor cohesión y flexibilidad familiar, así como un menor apoyo social percibido. Discusión: valorar el estado de salud familiar permite identificar áreas de intervención para mejorarla. Los resultados demuestran que la salud familiar se relaciona con distintos factores, tales como el apoyo interno y del entorno, el clima mutuo de cohesión y flexibilidad existente en la familia, la participación en la toma de decisiones o la participación en rituales familiares. Este trabajo forma parte de una línea de investigación que pretende profundizar sobre la salud de la familia en su conjunto y sus factores determinantes, pues conocer estos factores es fundamental para desarrollar intervenciones enfermeras orientadas a mejorar dichos factores y prevenir problemas de desajustes y mala salud familiar.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Lima-Rodríguez, J.S., y Lima-Serrano M. (2012). Valoración enfermera de la familia. Guía básica. [Citado 8 de Septiembre 2015]. Disponible en <http://rodas.us.es/items/e15d054f-757a-3d84-0345-64a4e1d00969/1/viewscorm.jsp?tempwn.b=close>
- Lima-Rodríguez, J.S., Lima-Serrano, M., y Sáez, A. (2009). Intervenciones enfermeras orientadas a la familia. *Enfermería Clínica*, 19, 280-283. doi: 10.1016/j.enfcli.2009.05.001
- Lima-Rodríguez, J.S., Lima-Serrano, M., Jiménez-Picón, N., y Domínguez-Sánchez, I. (2013). Content validation of the Self-perception of Family Health Status scale using the Delphi technique. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21, 595–603. doi: 10.1590/S0104-11692013000200017.
- González, I. (2000). Reflexiones acerca de la Salud familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*; 16: 508-512.
- Mejía, L.D., y López, L. (2010). La familia y la cultura: una conexión innovadora para el cuidado de la salud. *Índex de enfermería*; 19 (2-3): 138-142.
- OMS. (1976). Índices estadísticos de la salud de la familia. Informe de un Comité de Expertos. Serie de Informes Técnicos nº587. Ginebra: OMS.
- Sánchez, M.B., Gómez, J., y Duarte, G. (2008). *Conceptos básicos de Enfermería Familiar*. Madrid: Enfo.
- Martínez, A., Iragri, I., Galidez, E., y Sanz, M. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una version de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2): 317-338.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves II

Session of Oral Brief Presentations II

AUTORES/AUTHORS:

Joaquín Salvador Lima-Rodríguez, Isabel Domínguez-Sánchez, Marta Lima-Serrano

TÍTULO/TITLE:

Validación de un instrumento para medir el control familiar de la enfermedad

Objetivo: El control familiar de la enfermedad podría definirse como la estrategia seguida por las familias para controlar la enfermedad y adaptarse a su diagnóstico en alguno de los miembros (Knafl et al., 2011; Lima-Rodríguez, Lima-Serrano y Domínguez-Sánchez, 2015).

No conocemos ningún instrumento que evalúe el control familiar de la enfermedad cuando hay un miembro enfermo o discapacitado, y autores previos señalan el valor de diseñar y validar nuevos instrumentos cuando no hay otros que evalúan el constructo que se pretende medir (Carretero-Dios y Pérez, 2007).

El objetivo de este trabajo fue estudiar la estructura factorial (Análisis Factorial Confirmatorio [AFC]) y la consistencia interna de la escala Control Familiar de la Enfermedad.

Método: Para la construcción del instrumento se utilizó como referencia la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) para el dominio salud familiar (Lima-Rodríguez, Lima-Serrano, Jiménez-Picón y Domínguez-Sánchez, 2013). Se realizó una revisión bibliográfica sobre salud familiar y control familiar de la enfermedad (Psycinfo, Pubmed, Scopus y Web of Science) para clarificar y desarrollar los conceptos principales.

Se diseñó la escala original, con 36 ítems y tres dimensiones: apoyo, normalización y participación familiar. Se realizó una validación de contenido mediante un estudio cuali-cuantitativo usando un panel Delphi. Fueron necesarias dos rondas para construir la escala de 30 ítems (Lima-Rodríguez et al., 2013).

Se utilizó una muestra intencional, de 392 unidades familiares, con algún miembro enfermo o discapacitado para validar la escala Control Familiar de la Enfermedad. Se garantizaron el anonimato, la confidencialidad, usando consentimiento informado. Se realizó el AFC con AMOS 22.0, en el último modelo, se introdujeron modificaciones empíricas, tomando en cuenta los cambios en los índices de modificación, los índices de bondad de ajuste y cargas factoriales. Se examinaron el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) $>0,80$ y la prueba de Bartlett ($p<,001$). Se utilizó el coeficiente de Mardia (Bollen, 1989), considerando normalidad multivariante. Se examinó la magnitud χ^2 para elegir el modelo en que ésta fue más pequeña; la discrepancia dividida por sus grados de libertad (CMIN / DF <3); el Error Cuadrático Medio de Aproximación (RMSEA $<0,08$); Índice de ajuste incremental (IFI); Índice de ajuste normalizado (NFI); Índice de Ajuste Comparativo (CFI); Índice Tucker-Lewis (TLI); Razón de Parsimonia (PRATIO). Los valores de estos índices deben ser cercanos a 0,90. Se calcularon el Criterio de Información (AIC) y el Índice Esperado de Validación Cruzada (ECVI), indicando valores bajos un mejor ajuste (Akaike, 1987; Hu y Bentler, 1998; Steiger, 1990; Tabachnick y Fidell, 2013).

Para la consistencia interna, se probó si el alfa de Cronbach tenía valores cercanos a 0,80 se consideraron adecuados. El análisis se llevó a cabo con SPSS 22.0.

Resultados

En el primer modelo el control familiar de la enfermedad fue considerado un constructo unidimensional determinado por 30 ítems. Las cargas factoriales oscilaron entre 0,23 y 0,76. Sólo PRATIO = 0,93 indicó un posible ajuste.

En el segundo modelo se determinaron tres factores de primer orden (apoyo, normalización y participación), cada uno evaluado por diez ítems, depositando estos factores toda la carga en otro de orden superior (control familiar de la enfermedad). Las cargas factoriales oscilaron entre 0,24 y 0,81. El modelo mostró un ajuste próximo a aceptable.

Finalmente, se probó un tercer modelo con tres factores de primer orden con 29 ítems (apoyo con diez, normalización con once y participación con ocho) que depositaban la carga en el factor de orden superior (control familiar de la enfermedad). Las cargas factoriales oscilaron entre 0,27 y 0,78. La varianza explicada por las dimensiones latentes osciló entre 0,87 y 0,95. Este modelo mostró los mejores índices de bondad de ajuste (destacando CMIN/DF=2,72; RMSEA=0,07; índices de ajuste cercanos a 0,9).

El Alfa de Cronbach osciló entre 0,74 en la subescala Participación y 0,93 para la escala completa.

Discusión

El tercer modelo jerárquico, está formado por una escala con tres subescalas, estas son: 1) Apoyo familiar evalúa funciones de

ayuda básicas y exigencias necesarias para obtener un buen apoyo, se relaciona con la adherencia al régimen terapéutico, control y manejo de la enfermedad (Joseph et al, 2014; Strom y Egede, 2012); 2) Normalización familiar evalúa la forma en que la familia se adapta a las necesidades diarias del paciente y del resto de sus miembros, contribuyendo a mejorar el funcionamiento, la satisfacción y salud del cuidador familiar, y fortalecer a la familia permitiéndoles adoptar las medidas para satisfacer necesidades emergentes (Ávila-Jiménez et al, 2013; Knafel y Gilliss, 2002); 3) Participación familiar evalúa cómo la familia se involucra en el proceso de atención, participando o acompañando y manteniendo el apoyo al enfermo (Blomqvist y Ziegert, 2011; Osawa y Maeshima, 2010).

La escala podría ser útil para la práctica clínica,; y para estudios epidemiológicos y otros tipos de investigación en el ámbito de la gestión, la planificación y la asistencia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Akaike, H. (1987). Factor analysis and AIC. *Psychometrika*, 52, 317–332.

Ávila-Jiménez, L., Cerón, O.D., Ramos-Hernández, R.I., y Velázquez, L.L. (2013). Association of family support and knowledge about the disease with glycemic control in diabetic patient. *Revista Médica de Chile*, 141, 173–180.

Blomqvist, M., y Ziegert, K. (2011). Family in the waiting room: A Swedish study of nurses' conceptions of family participation in acute psychiatric inpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20, 185–194. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00714.x.

Carretero-Dios, H., y Pérez, C. (2007). Development and review of instrumental studies: Considerations about test selection in psychological research. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 863–882.

Hu, L., y Bentler, P.M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3, 424–453.

Joseph, R.A., Goodfellow, L.M., y Simko, L.C. (2014). Double ABCX Model of stress and adaptation in the context of families that care for children with a tracheostomy at home. *Advances in Neonatal Care*, 14, 172-180.

Knafel, K., Deatrck, J., Gallo, A., Dixon, J., Grey, M., Knafel, G., y O'Malley, J. (2011). Assessment of the Psychometric Properties of the Family Management Measure. *Journal of Pediatric Psychology*, 36, 494–505. doi: 10.1093/jpepsy/jsp034.

Knafel, K.A. y Gilliss, C.L. (2002). Families and chronic illness: A synthesis of current research. *Journal of Family Nursing*, 8, 178-198.

Lima-Rodríguez, J.S., Lima-Serrano, M., Jiménez-Picón, N., y Domínguez-Sánchez, I. (2013). Content validation of the Self-perception of Family Health Status scale using the Delphi technique. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21, 595–603.

Lima-Rodríguez, J.S., Lima-Serrano, M., y Domínguez-Sánchez, I. (2015). Psychometric properties of an instrument to measure family disease management, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15, 253-264.

Steiger, J.H. (1990). Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25, 173–180.

Strom, J.L., y Egede, L.E. (2012). The Impact of Social Support on Outcomes in Adult Patients with Type 2 Diabetes: A Systematic Review. *Current Diabetes Reports*, 12, 769–781.

Tabachnick, B., y Fidell, L. (2013). *Using multivariate statistics*. Boston: Pearson.

AUTORES/AUTHORS:

ENCARNA OLAVARRIA BEIVIDE, M^a LUZ FERNANDEZ NUÑEZ, RAQUEL LOPEZ MAZA, ISABEL GOMEZ MUÑOZ, ROSANA REVUELTA ARROYO

TÍTULO/TITLE:

Experiencia de implantación de Guías de Buenas Prácticas: Hospital Sierrallana/Tres Mares (Hsll/3M)

OBJETIVOS

- Determinar los resultados obtenidos del proceso de implantación de Guías de Buenas Prácticas (GGBBPP) de RNAO en Hospital Sierrallana/ Tres Mares (Hsll/3M).
- Evaluar indicadores mínimos de cada una de las Guías

METODOS

EL Hsll/3M ha trabajado desde el año 2002 en el área de la calidad de los cuidados con el modelo de gestión EFQM (Modelo de Excelencia Europeo), buscando y fomentado la Excelencia de los Servicios que se ofertan sobre la base de la Mejora Continua. Este carácter de mejora de los servicios nos hizo en el año 2011 optar por ser un centro comprometido con la excelencia en los cuidados (BPSO: Best Practice Spotlight Organization). Tras selección en 2012 del Hsll/3M del Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados se adquiere compromiso de implantación, evaluación y mantenimiento de 4 GGBBPP.

Tras el establecimiento de una estructura organizativa en la Institución a nivel estratégico, táctico y operativo, el abordaje de campañas de difusión del proyecto, reclutamiento y formación de impulsores y la selección de las unidades de pilotaje de las GGBBPP se lleva a cabo, tras un periodo de trabajo de tres años, la implantación de las 4 guías.

Se lleva a cabo un análisis observacional, descriptivo y de evolución. Presentación de los datos con medias y desviación típica en variables continuas y frecuencias y porcentajes en variables discretas. Para el análisis se utilizó la hoja de cálculo de Microsoft Excel 2007 y SPSS

RESULTADOS

Resultados obtenidos del proceso de implantación:

Puesta en marcha de actividades formativas (17) con diferentes formatos: cursos presenciales, cursos on-line, cursos mixtos, talleres, sesiones “expres”...

Implantación de los Planes de cuidados paciente con dolor, del paciente ostomizado y del paciente con riesgo de caídas así como los protocolos para el Tratamiento de dolor y la Prevención de caídas.

Unificación de Registros en el aplicativo informático Gacela Care: Caídas, Contenciones y Valoración y Seguimiento del estoma.

Incorporación de Escalas validadas: Stratiffy para valoración del riesgo de caídas y Escala visual analógica en la valoración del dolor.

Elaboración de material educativo audiovisual: ejercicios refuerzo muscular, identificación de pacientes, proceso de hemoterapia....

Carteles/dípticos/ recomendaciones: Día del dolor, vacunación antigripal, prevención de caídas, decálogo de seguridad, dolor post-quirúrgico, accidentes biológicos, recomendaciones para la realización de pruebas diagnósticas....

Difusión interna y externa del proyecto y los resultados: a través del Boletín informativo del centro, Revista Nuberos ... Comunicación del proceso de implantación en diferentes Congresos de ámbito Nacional e Internacional (36 comunicaciones y 5 Ponencias).

Mentorización: Con apoyo formal en la candidatura de otro Centro Sanitario, en Grupos de trabajo Servicio Cántabro de Salud y Unificación de registros Gacela Care en el Servicio Cántabro de Salud.

Realización de Cambios estructurales: Apertura de las consultas de enfermería oncológica y de estomaterapia. Digitalización del canal 0 como medio divulgativo.

Indicadores de cada una de las Guías:

Guía de Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores: datos de mayo/12 – abril/14. N=996. Edad: Media 81,4, Desv. típ. 7,54. Sexo: Hombre 53%.

- Valoración al ingreso riesgo caídas: Sí 95,6%(991)
- Tras valoración al ingreso, ¿el paciente está en riesgo? Sí 44,9% (447)
- El paciente ha sufrido una caída: Sí 1,6% (16)
- Valoración utilizando una herramienta fiable tras haber sufrido una caída: Sí 87,5% (14)

Guía de Cuidado y manejo de la ostomía: datos de mayo/12 – junio/14. N= 105. Edad: Media 70,90, Desv. típ.12,64. Sexo: Hombre 54,3%. Tipo: Colostomía 67,6%, Ileostomía 30,5%; Urostomía 1,9.

- Intervención educativa postoperatoria: si 91,4% (96)
- Evaluación postoperatoria en el ingreso: si 85,7% (90)
- Complicación del estoma en el ingreso: si 26,7% (28)
- Complicación de piel periestomal en el ingreso: si 25,7% (27)

Guía de Valoración y manejo del dolor: datos de mayo/12-agosto/14. N=1745; Edad: Media 66,12, Desv. típ. 19,162. Sexo: Hombre 49,9%. Tipo: Crónico 2,0%, Agudo (no quirúrgico) 40,1%, Agudo (posquirúrgico) 48,5% y Otro 8,3%.

- Intervención de detección del dolor: Sí 96,5% (1680)
- Tras detección del dolor, ¿el paciente tiene dolor? Sí 35,8% (609)
- Valoración inicial del dolor al paciente con dolor: Sí 60,1% (366)
- Plan de cuidados para el manejo del dolor: Sí 70,5% (429)

Guía de Profesionalidad en enfermería

- Satisfacción enfermería(1-10) N=138, media 5,59, desv.tip.2,024
- Satisfacción auxiliares y técnicos(1-10) N=68, media 5,4, desv.tip.2,456
- Satisfacción pacientes (1-10) N=120, media 8,8

DISCUSION

El proceso de implantación de GBBPP nos permite establecer criterios para la autoevaluación e implementar medidas que permitan la mejora de los resultados, así como acreditarnos como Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados. El apoyo metodológico y la comunicación con los otros centros seleccionados son puntos clave para la consecución de los objetivos. Las GBBPP proporcionan herramientas actualizadas y generan en los profesionales una cultura de práctica basada en la evidencia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Prevention of falls and fall injuries in the older adult. Toronto (ON): Registered Nurses Association of Ontario (RNAO); 2005 Mar.
2. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Ostomy Care & Management. Toronto (ON): Registered Nurses Association of Ontario (RNAO); 2009 Aug.
3. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Assessment and management of pain. Toronto (ON): Registered Nurses Association of Ontario (RNAO); 2013 Dec.
4. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Professionalism in Nursing. Toronto (ON): Registered Nurses Association of Ontario (RNAO); 2007 Mar.

AUTORES/AUTHORS:

Matilde Arlandis Casanova, Jezabel Fernandez Sarró, Maria del Carmen Hernandez García

TÍTULO/TITLE:

Percepción enfermera acerca de la presencia de los factores organizacionales magnéticos en los hospitales de la Comunidad

Palabras clave: enfermería, hospitales magnéticos, factores organizacionales, toma de decisiones, dirección de enfermería.

Introducción

El concepto del hospital imán define un marco que por facilitar la práctica profesional de la enfermera, posibilita la atracción de estas y unos resultados excelentes para los pacientes, por lo que ellos también se sienten atraídos por, en caso de tener que ingresar, realizarlo en este tipo de hospital .

En dichos hospitales es difícil desarrollar el síndrome de Burnout ya que las 14 características que los convierten en hospitales magnéticos alian este síndrome.

McClure (1) en 1983, especifica que existen tres apartados básicos para que las enfermeras opten por un hospital: la administración, la práctica profesional y por último el desarrollo profesional. A su vez debemos tener en cuenta que cada sección se subdivide, y dentro de cada una de ellas podremos observar las características de mejora de la calidad.

Hasta aquí todo lo planteado es importante pues asegura que: (1) el paciente será el centro del hospital, y (2) que los profesionales no desarrollarán ningún problema laboral.

Objetivos.**Objetivo General**

Conocer la percepción enfermera acerca de la presencia de los factores organizacionales magnéticos en los hospitales de la Comunidad de Madrid.

Objetivos Específicos

Analizar la organización de la administración hospitalaria

Examinar la práctica profesional

Investigar el desarrollo profesional

Explorar las relaciones interpersonales

Metodología

Diseño: observacional - descriptivo- transversal

Ámbito: Dos hospitales públicos de la zona norte de la Comunidad Autónoma De Madrid. (H.U. La Paz y H.U. Rodríguez Lafora)

Población: Enfermeras especialistas (Matronas y especialistas en Salud Mental) y generalistas.

Muestra: 50 profesionales de cada una de los grupos.

Selección de la muestra: Muestreo teórico, e intencional, dentro de las diferentes unidades clínicas.

Criterios de inclusión: Ejercer como enfermera generalista, Matrona o enfermera especialista de Salud Mental en atención especializada.

Criterios de exclusión: Profesionales del ámbito de atención primaria pues existen diferencias cualitativas relevantes en la actividad laboral enfermera.

Materiales: Cuestionario de variables sociodemográficas de elaboración propia, y Escala del entorno de la práctica enfermera del Nursing Work Index (Pedro Gómez J. et al. 2009)(2).

Resultados

La administración se relaciona con: la calidad de la dirección, la estructura de organización, el estilo de gerencia, las políticas de personal y los programas de personal. Según los cuestionarios cumplimentados, un 72'2 % están en desacuerdo en relación a la presencia de estos aspectos.

En cuanto a las relaciones interpersonales y de colaboración profesional entre enfermeras y médicos, existe una ligera tendencia hacia la escasa percepción de este tipo de relaciones en el ámbito hospitalario (54,1 %).

En relación a la práctica profesional, el 80,5% refiere no poder desarrollar su carrera enfermera.

Respecto a la formación profesional, en su mayoría manifiestan estar en completo desacuerdo en un 33% y ligeramente de acuerdo un 51%.

Por último los profesionales (58,7%) opinan que el ratio enfermera/paciente es excesivo.

Conclusiones

La percepción de las enfermeras, sobre las características organizacionales de los hospitales madrileños, dista mucho de la observada por Kramer (3) en los Hospitales Magnéticos: (1) Calidad de la dirección de enfermería, (2) Estructura de organización. (3) Estilo de gerencia, (4) Políticas y programas de personal, (5) Modelos profesionales del cuidado, (6) Calidad del cuidado, (7) Mejora de calidad, (8) Consultas y recursos, (9) Autonomía, (10) Comunidad y el hospital, (11) las enfermeras como profesores, (12) Imagen de la enfermera, (13) Relaciones interdisciplinarias, (14) Desarrollo profesional.

La organización del trabajo no facilita ni el desarrollo profesional de las enfermeras, ni las relaciones interpersonales.

Debido al ratio enfermera/paciente existente, los profesionales tienen un mayor riesgo de desarrollar el Síndrome de Burnout.

Sólo con un cambio organizacional significativo podrán las enfermeras empoderarse en los hospitales, y aumentar la calidad de los cuidados, siempre que el centro de atención para todos los profesionales sea el paciente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. McClure ML, Poulin MA, Sovie MD et al. Magnet Hospitals. Attraction and retention of professional Nurses. Task Force on Nursing Practice in Hospitals. American Academy of Nursing. ANA Publ. 1983; G-160: 1-135.
2. Cuevas Santos C., Martínez González I, Baltanas Genil FJ. Hazlo diferente, la gestión por competencias en Enfermería. Madrid. Difusión Avances en Enfermería. 2006.
3. De Pedro Gómez J, Morales-Asencio JM, Sesé Abad A, et al. Validación y adaptación al español de la escala del entorno de práctica enfermera del Nursing Work Index. Metas Enferm. 2009;12:65-73
4. Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos. Parte I. II. III. IV. Nursing. 2005; 23(3): 8-13.
5. Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos. Parte II. Nursing. 2005; 23(4): 15-19.
6. Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos. Parte III. Nursing. 2005; 23(5): 14-17.
7. Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos. Parte IV. Nursing. 2005; 23(6): 21-25.

AUTORES/AUTHORS:

Blanca Fernández-Lasquetty Blanc , Gloria Lorente Granados , Caridad Vela Abengoza , M^a Carmen Gomez Ortiz , Aurora Mengibar Carrillo , Ana Cristina Romero Cano

TÍTULO/TITLE:

Motivación de los profesionales para adherirse a la Red Internacional de Impulsores del Proyecto CCEC

Objetivo: identificar el perfil y la motivación de los profesionales que voluntariamente desean pertenecer a la Red de Impulsores del Proyecto de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC), así como la meta que se proponen.

Material y método: Estudio observacional, transversal y descriptivo realizado en Abril de 2015 en la Gerencia de Atención Integrada de Alcázar de San Juan, en Ciudad Real.

Para la recogida de datos, se utilizó la dinámica de reflexión "Historia de mi vida", que fue autocumplimentada por los participantes justo al inicio del curso de formación que se impartió a los profesionales que querían pertenecer a la Red de Impulsores del Proyecto de CCEC.

Se recogieron las variables: categoría profesional, sexo, años de trabajo, tipo de vinculación con el sistema sanitario, un momento memorable de su vida, motivación para ser impulsor y meta de desean conseguir.

Las respuestas a estas tres últimas preguntas abiertas fueron analizadas mediante métodos cualitativos, categorizadas y agrupadas. Para el análisis de los datos se utilizó el SPSS 18.0 para los datos cuantitativos y el software NVivo para la gestión de los datos cualitativos.

Resultados: Un total de 81 trabajadores, pertenecientes a 11 categorías profesionales finalizaron la actividad formativa, pasando así a formar parte de la Red de Impulsores de CCEC y de ellos, el 77,77% (63) realizaron la dinámica "Historia de mi vida".

De estos 63 impulsores, el 81% (51) eran mujeres, las enfermeras fueron el colectivo más numeroso (83,49%), con una media de 15 años de trabajo (DE 5,95) y el 62% (39) con plaza fija en el Sistema de Salud.

De las tres GBP seleccionadas para implantar en la GAI, el 49% (31) de estos 63 impulsores quiso participar en la Guía de prevención de UPP, el 27% (17) en el Cuidado y manejo de la ostomía y el 24% (15) en la de lactancia.

En cuanto a la motivación para ser impulsor se identificaron 12 categorías que fueron agrupadas en 2 grandes bloques temáticos: motivación personal y motivación profesional. Las principales motivaciones personales fueron: "aumentar los conocimientos", "interés por el tema" y "animada por otros profesionales" y las profesionales: "interés por el desempeño profesional", "mejorar la calidad de los cuidados" y "en beneficio de los usuarios".

Referente a la meta que deseaban conseguir, se identificaron 13 categorías, siendo entre las más frecuentes: "mejorar los resultados en salud de la población", "unificar criterios" o "llegar a la excelencia de los cuidados".

Discusión: La red de impulsores es uno de los componentes claves dentro de la estrategia de implantación de GBP. Se han estudiado los diferentes roles que asumen los impulsores (1), las barreras y facilitadores con las que se encuentran en el proceso de implantación (2), pero no se conocen los elementos motivadores que llevan a determinados profesionales a adherirse de forma voluntaria a la Red Internacional de Impulsores así como la meta que se plantean con ello.

Implicaciones para la práctica:

Conocer estos aspectos permite centrar los esfuerzos de captación en determinados grupos profesionales de interés para el proyecto.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ploeg J, Skelly J, Rowan M, Edwards N, Davies B, Grinspun D, et al. The role of nursing best practice champions in diffusing

practice guidelines: a mixed methods study. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2010 Dec; 7(4): p. 238-51.

2. Ploeg J, Davies B, Edwards N, Gifford W, Miller PE. Factors Influencing Best-Practice Guideline Implementation: Lessons Learned from Administrators, Nursing Staff, and Project Leaders. *Worldviews on Evidence-Based Nursing.* 2007 Dec; 4(4): p. 177-226.

AUTORES/AUTHORS:

MARTINA VALENZUELA ANGUIA, LUIS CIBANAL JUAN, M.CARMEN VALENZUELA ANGUIA, M.DOLORES PÉREZ SOLER, EDUARDO SÁNCHEZ ABAD, VICTORIA LOZANO PASTOR, ENCARNA HERNÁNDEZ PEREZ

TÍTULO/TITLE:

EL MODELO ENFERMERA-REFERENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: UN PASO PARA LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO.

INTRODUCCIÓN

Las transformaciones sociales y sanitarias hacen necesaria una reorientación de los sistemas sanitarios. Es necesario que los profesionales centren su actividad en la persona–paciente y no solamente en la enfermedad–enfermo, garantizando los dos grandes pilares para realizar unos cuidados de enfermería de calidad y humanizados: La personalización de los cuidados y la continuidad asistencial. (García et al, 2011).

Mediante el “Modelo Enfermera-referente” se hace patente el valor añadido que aporta la enfermera al proceso asistencial, su elevada capacidad resolutoria y la mejora de la calidad percibida por el usuario. (Sáez et al., 2009).

OBJETIVOS

- Conocer la percepción de los profesionales sobre el modelo enfermera- referente en el servicio de Urgencias.
- Humanizar los cuidados de enfermería que se proporcionan en estos servicios, mejorando la calidad y calidez de los cuidados.

MÉTODO

Se realizó un estudio con metodología cualitativa. La muestra se obtuvo mediante un muestreo teórico hasta la saturación de los datos, sobre los profesionales que trabajan en el Servicio de Urgencias de dos Hospitales de la Región de Murcia (H. Morales Meseguer y H. Virgen del Castillo –Yecla). La recogida de los datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas, garantizando la confidencialidad. El análisis de los datos se realizó mediante un análisis del discurso y de la categorización de los mismos.

RESULTADOS

Se han realizado 7 entrevistas. Las categorías que han emergido tras el análisis del discurso son:

Cuidado personalizado: los profesionales de enfermería manifiestan que proporcionar un cuidado más individualizado además de integral permite una continuidad en el cuidado del paciente que acude a Urgencias.

“El enfermero puede estar a pie de la silla del enfermo y estar mucho más cercano a él y que estar ahí...pero que estemos ahí siempre, no dejarlo solo, ello te permite tratar los aspectos más de persona a persona, de enfermero a paciente...”. (Enf3). “El enfermero se presenta ante el enfermo, me llamo tal y yo soy quien le va a estar atendiendo durante un tiempo [...] a ellos pues también les da mucha tranquilidad el saber qué enfermero y médico lo está llevando”. (Enf2).

Compromiso del profesional hacia el paciente y su familia: el profesional de enfermería adquiere la responsabilidad del cuidado del paciente y su familia que acude, intentando cubrir todas sus necesidades, además aclarando sus dudas y dándole información que necesite sobre el proceso.

“Yo me implico mucho con ellos, porque les noto muy tensos y hablas con ellos., les intentas tranquilizar... y luego cuando se van a quirófano y se despiden de ti, personalizando, diciéndote: “bueno, hasta luego...”, me hace sentirme muy bien.”(Enf1).

Hacia la Humanización del cuidado: Los profesionales de enfermería plantean un nuevo modelo de gestión de cuidados dentro del Servicio de Urgencias, en el que la personalización y la continuidad del cuidado del paciente adquiere un gran protagonismo, denominado Enfermera-Referente.

“Hacer un trato más personalizado, de saber a quién tiene de referencia, siempre presentarte, decirle que eres su enfermero de referencia”. (Enf2).

“Es necesario un cambio en la forma de trabajo con la personalización del cuidado y la información al paciente y su familia”. (Enf5).

DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Según la literatura consultada, no existen experiencias de la implantación del “Modelo Enfermera-Referente” en un servicio de Servicios de Urgencias. Existen otras experiencias en distintas unidades y hospitales, como en el Servicio Andaluz de Salud, en el Servicio Gallego (Unidad de Hemodiálisis, 2006) o en Baleares con la implantación del programa Enfermera Referente en el Ámbito Sociosanitario y de Salud Mental.(Mallorca, 2010). En estudios revisados sobre la personalización del cuidado (Galimany, Masclans y Girbau, 2010; Segarra, 2007) concluyen que las transformaciones sociales determinan la práctica profesional enfermera, así como nuevas formas de prestar servicios de salud, en las que se hace visible el “empoderamiento del profesional” en la gestión de su cuidado, solo así, se alcanzará la excelencia del cuidado. (Orkaizagirre, 2013).

Para los profesionales de enfermería que trabajan en los servicios de Urgencias supone una mayor continuidad y seguimiento del cuidado del paciente y su familia, además de crear un clima de confianza y de apoyo emocional, lo cual contribuye a la humanización de cuidado que se les proporciona.

Se puede concluir que la personalización del cuidado mediante el Modelo Enfermera-Referente es un paso más hacia la humanización del cuidado de enfermería dentro de los servicios de Urgencias.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Galimany Masclans, J., Herrera Vílchez, T., & Girbau i García, M.R. (2010). Reflexiones sobre el futuro de la enfermería. *Nursing*, 28 (5), 62-64. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/34185>.
- García Juárez, M.D.R., López Alonso, S.R., Orozco Cózar, M.J., Caro Quesada, R., Ramos Osquet, G., Márquez Borrego, M.J., & Serrano Pedrero, C. (2011). Personalización enfermera y calidad percibida del cuidado en el ámbito hospitalario. *Gaceta Sanitaria*, 25(6), 474-482. doi:10.1016/j.gaceta.2011.04.010.
- Guía para la protocolización de la enfermera referente en unidades de hospitalización del Hospital Carlos Haya. (2006).Fuente: Hospital Carlos Haya. Málaga. Recuperado de: www.hospitalregionaldemalaga.es/.../AreadeEnfermeria/Protocolos.aspx.
- Orkaizagirre Gómara, A. (2013). Visibilizando los Cuidados enfermeros a través de la Relación de Cuidado. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital), 22(3). Recuperado de: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v22n3/1246.php>.
- Programa Enfermera Referente. Ámbito Sociosanitario y de Salud Mental. Dirección de Enfermería 2010/Gestió Sanitària de Mallorca.

- Sáez, L., Pérez, M.J., Valino, C. & Castro, S. (2009). Análisis y evaluación de la enfermera referente del paciente en hemodiálisis. *Rev Soc Esp. Enferm Nefrol*, 12(2), 16-20. doi:org/10.4321/S1139-13752009000200003
- Segarra Cañamares, M.L. (2007). Organización de los cuidados: enfermera de referencia. [Consultoria]. *Rev. MEDICAL .Ed. Española*, 16-17. Recuperado de: <http://d14aafm5ckv3lj.cloudfront.net/n81/gcalidad.pdf>.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín Ed. Universidad de Antioquia.
- Taylor, S.J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos*. Barcelona. Ed. Paidós.

AUTORES/AUTHORS:

Xose Manuel Meijome Sanchez, Fernando Camapaña, Daniel Miró Pettican

TÍTULO/TITLE:

¿A cuantos clics estás de los ojos de tus pacientes? #cuidadosybits

Objetivo(s)

Las herramientas de software son el punto clave para que el registro de la labor de la enfermería se pueda reflejar en resultados en los usuarios. Se trata de evaluar la diferencia que aprecian las enfermeras entre las características que tiene su actual software de cuidados y el modelo que considerarían "ideal".

Métodos

Se elaboró una encuesta "ad hoc" validándose su comprensión online por un grupo de 30 expertos. Mediante preguntas tipo escala Likert la encuesta abarca los aspectos del Proceso de atención de enfermería que tiene, las características de los registros y las alertas, la presencia de diferentes módulos, las herramientas de continuidad asistencial, las posibilidades de explotación estadística y si se dispone de alguna capacidad de formación. Respecto a los mismos aspectos se preguntó sobre las expectativas del encuestado respecto a lo que consideraría el software ideal.

La encuesta se distribuyó en redes sociales (Twitter y Facebook) y por correo electrónico durante 6 meses en 3 oleadas.

Resultados

Se obtuvieron 320 respuestas con una edad media de 40,8±9,62 años, un 65% mujeres, un 82% Diplomados universitarios en enfermería, un 38% con titulación postgrado o especialidad, 56% trabajan en Hospital, 23 % en AP; la edad varía significativamente respecto al ámbito laboral siendo menor entre quienes trabajan en el ámbito sociosanitario (además del colectivo "en formación") y mayor entre quienes trabajan en AP.

Respecto a la experiencia profesional resulta significativa respecto al ámbito profesional; siendo menor entre quienes trabajan en el ámbito sociosanitario y mayor entre quienes trabajan en AP; así mismo la experiencia profesional refleja significación respecto a la titulación postgrado/especialidad entre quienes tienen entre 4 y 8 años de experiencia profesional (hasta un 52% tiene titulación/especialidad).

Un 71% ha trabajado con alguno de 43 programas enunciados aunque sólo se ha realizado análisis pormenorizado de 16 programas de los que se tienen 5 o más respuestas.

Resulta significativa la distribución por sexos del uso de software de cuidados pero puede estar en relación a un sesgo de muestra de la encuesta por su modalidad de distribución.

Es significativa la falta de conocimiento del software de cuidados que manifiesta el personal en formación o con <4 años de experiencia laboral.

Respecto al ámbito laboral hay una diferencia significativa respecto a los encuestados que trabajan en emergencias sanitarias que lo emplean sólo un 33%.

La inclusión de las fases del PAE entre los 16 programas analizados es escasa y absolutamente desigual. Es significativa la diferencia entre los programas que actualmente ofrecen la posibilidad de valorar al paciente a pie de cama y el deseo casi unánime de que esto se haga así. Del mismo modo ocurre con la posibilidad de tener una ayuda activa al diagnóstico a partir de la valoración.

El uso de planes estandarizados para los cuidados se cifra en un 65% en global pero un 89% de los encuestados lo considera necesario; en estas preguntas las diferencias entre las personas que conocen diferentes programas son significativas. También es significativa la diferencia entre las funcionalidades de seguridad del paciente (alertas y notificaciones) que ofrecen los programas y lo

que los profesionales querrían tener. Otro aspecto significativo es que la escasa implantación de los módulos consultados (farmacia, dietas, pruebas) comparado con el que desean los profesionales. En la continuidad asistencial se significa la falta de uso de recursos electrónicos (correo electrónico, servicio de mensajería). Los encuestados manifestaron que su software tiene escasas posibilidades de explotación estadística y siendo significativo en las tres preguntas realizadas. Lo mismo ocurre respecto a la formación con diferencias significativas entre los programas estudiados.

Discusión.

Las herramientas de software están, en general, lejos de ser lo que la enfermería necesita para reflejar y hacer visible su labor y los resultados obtenidos en los usuarios. Las promesas de la tecnología se pueden estar convirtiendo en barreras debido a desarrollos deficientes y alejados de la práctica profesional actual.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Meijome Sánchez XM Software de cuidados: 3 FORMAS DE HACER QUE LAS TIC EN SANIDAD TRABAJEN MEJOR PARA LA ENFERMERÍA [Internet]. Software de cuidados. 2014 [citado 14 de septiembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://softwaredecuidados.blogspot.com.es/2014/12/3-formas-de-hacer-que-las-tic-en.html>
2. Interfaz: la «cara» de la historia digital de salud [Internet]. [citado 14 de septiembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.oncare.es/post/82203299542/interfaz-la-cara-de-la-historia-digital-de>

AUTORES/AUTHORS:

AMPARO CASTAÑO ANDUJAR, ANGEL AGULLO PIÑOL, MANUELA IBARRA RIZO, SANDRA GARCIA PRIETO, M^a DOLORES MOLINA UTRERA, M^a DOLORES VALLE, INMACULADA CANDELA GARCIA, NOEMI CASTAÑO ALEJO, MIGUEL ANGEL CENTELLES CREGO

TÍTULO/TITLE:

Telemonitorización del paciente crónico en una consulta de Enfermería de Atención Primaria. Programa Valcronic

Objetivos

Mejorar la atención y comunicación del paciente crónico con apoyo de las nuevas tecnologías, la Telemonitorización

Realizar seguimiento y control de las constantes del paciente crónico desde su domicilio

Facilitar la permanencia del paciente crónico en su entorno más próximo

Ámbito

Cuatro Centros de Salud de la Comunidad Valenciana (CV) pertenecientes a 2 departamentos de Salud. Santa Pola y El Raval del departamento Elche Hospital-General y los Centros de salud Sagunto y Puerto de Sagunto pertenecientes al Departamento de Sagunto

Diseño

Estudio cuantitativo, descriptivo, longitudinal, prospectivo

Parte de resultados se realiza muestreo aleatorio

Sujetos

500 pacientes con patología crónica y 150 profesionales

Las patologías crónicas incluidas en el programa: DM tipo 2-HTA-EPOC-IC

La estratificación de pacientes se realiza en 3 grupos de Riesgo Bajo, Medio y Alto.

Se interviene sobre los pacientes de Riesgo Alto, suponen el 6% del total de la población de la CV

Variables**Biomedidas a control**

TA, Glucemia, Saturación de oxígeno, FC, cuestionarios de salud relacionados con su patología y cuestionarios de Calidad de Vida

Obtención datos

Mediante la Telemonitorización de pacientes en su domicilio, donde según la patología crónica realizan control de sus constantes de forma pautada y sistemática.

Estos controles llegan al profesional vía Internet a la historia de salud del paciente

Se establecen cifras de biomedidas de máximos/mínimos de control

Si las biomedidas tomadas son mayores/menores de los parámetros establecidos se genera alerta que viene volcada en la Agenda profesional, ABUCASIS, programa de historia clínica informatizada de la CV

El seguimiento, resolución y control de las biomedidas son gestionadas por Enfermería.

Resultados

Se realiza muestreo aleatorio de 200 pacientes

50 de cada centro de salud incluidos en programa

Se realiza estudio antes y después 2012-2014 (2 meses periodo lavado)

Los datos recogidos reflejan que

Se redujeron las urgencias en AP y Hospitalarias así como los ingresos por descompensaciones,

Mejora el grado de control de TA, Glucemias, Peso

Los datos recogidos valoran que se ha mejorado la comunicación con el paciente

Cuando hay desviación de biomedidas se realiza seguimiento telefónico por lo que el paciente no necesita acudir al CS facilitándole la permanencia en su entorno más próximo, el domicilio

Discusión

La opinión de los pacientes con el programa es satisfactoria por la información recibida. Facilidad de uso de los equipos de telemonitorización, mejor conocimiento de su enfermedad, su autonomía y el aumento de la calidad de vida

Se mejora el grado de control de Peso, TA y glucemias. Se redujeron las urgencias al CS y al hospital.

Es una de las mayores experiencias en telemonitorización de pacientes crónicos realizado en la Unión Europea junto Whole System Demonstrator y United4Health.

Implicación para la práctica.

El programa facilita el seguimiento, y control del paciente crónico

Nos permite detectar y controlar las alteraciones en la salud de los pacientes

Mejora la comunicación con pacientes y sus cuidadores.

Nos permite ser más objetivos a la hora de valorar su sintomatología mediante el seguimiento telefónico.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Datos recogidos del Departamento de Salud Elche Hospital General y del Departamento de Salud de Sagunto. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública

AUTORES/AUTHORS:

Verónica Cruz Díaz, Marta Bagot Prats, Jennifer Sugrañes Escribano, Aaron Castanera Duro, Eric Planella Albi, Ana Lobo Civico, Marta Molas Pla, Nuri Vila Batllori

TÍTULO/TITLE:

Percepción de los pacientes de un hospital de segundo nivel durante su estancia hospitalaria

Introducción:

La OMS (Organización Mundial de la Salud) estableció una serie de componentes que integran el concepto de salud: el estado de la adaptación al medio, el estado fisiológico de equilibrio, el equilibrio entre la forma y la función del organismo y la perspectiva biológica y social (1).

El grado de satisfacción queda determinado por el juicio que hace el individuo fruto de la experiencia personal y por las expectativas previas sobre el servicio; por tanto, es el mismo usuario del servicio la fuente de información relevante (2-3).

Para conocer la satisfacción de los pacientes un método eficaz son las encuestas que permiten que la voz de la ciudadanía se escuche y sea considerada a la hora de diseñar y proponer mejoras en los servicios sanitarios.

Por lo tanto, la satisfacción de los pacientes es un importante indicador de calidad de los cuidados de salud de una institución.

Objetivo

Conocer la opinión de los pacientes sobre la cultura de la seguridad en un hospital de segundo nivel durante su estada hospitalaria.

Métodos

Se trata de un estudio de metodología cualitativa que se realizó entre julio 2014 y enero 2015. Se ofreció la participación en el estudio a los pacientes hospitalizados en un hospital de segundo nivel mediante un muestreo de conveniencia, ofreciendo la participación en el estudio a los pacientes hospitalizados, mediante previo consentimiento informado. Excluyéndose pacientes desorientados y/o agitados, con enfermedades psiquiátricas o discapacidades psíquicas graves, y menores de 16 años.

Se empleó un cuestionario validado, anónimo y autoadministrado (EFQMy por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)) avalado por el Ministerio de Sanidad y Consumo para comprobar el nivel de seguridad en los cuidados que tienen los pacientes en los centros hospitalarios y cómo estos son percibidos (1). Para este estudio se analizaron las variables sociodemográficas (edad, sexo y nivel cultural), la variable relacionada con la percepción del grado de seguridad durante la estancia hospitalaria (que se puntuaba del 0 al 10, 0 como percepción de mínima seguridad y el 10 como percepción de máxima seguridad), y datos cualitativos extraídos de la pregunta abierta de dicho cuestionario, en el cual el paciente manifestaba los aspectos relacionados con la seguridad durante su hospitalización.

Los datos cuantitativos se han analizado mediante el paquete estadístico SPSS v.21 para Windows). Las variables continuas se describieron con la mediana y el rango intercuartílico, y las variables categóricas, con la frecuencia absoluta y los porcentajes. Los datos cualitativos se analizaron mediante análisis temático del contenido, utilizando la agrupación de contenido mediante codificación y luego en categorías más detalladas y subcategorías.

Resultados

Participaron un total de 42 pacientes ingresados en diferentes unidades de hospitalización. El 53% de los encuestados eran hombres y la edad media de la muestra fue de 57.31 años (DS=19.4). El 65.4% tenían estudios básicos, el 23.2% estudios universitarios y el 11.4% no tenían estudios. El 28.8% estuvo ingresado menos de 3 días, el 41.4% entre 3 y 7 días y el 29.8% más de 7 día.

El grado de seguridad percibido por los pacientes fue puntuado con una media de 8.52/10 (DS=1.97).

De las opiniones de los pacientes se obtuvieron cuatro categorías principales haciendo referencia al personal sanitario, instalaciones, aspectos organizativos, y aspectos relacionados a la comida. La categoría del personal se clasificaron en dos subcategorías; en opiniones positivas (personal amable, buen equipo, buena atención) y negativas (falta de comunicación, poca coordinación, se habla

alto) respecto la atención recibida. Respecto al resto de categorías todos son aspectos negativos y propuestas de mejora; en las instalaciones (habitaciones pequeñas, no entra silla de ruedas en el WC, mejorar el mantenimiento del hospital), en el aspecto organizativo (mucha espera para una intervención o prueba, mejora en la rehabilitación), y por último la comida (poca cantidad, mala calidad)

La atención recibida del personal sanitario en un 40,4 % de los casos, en un 31% sobre las instalaciones del hospital (wc, etc), en un 16,7% sobre aspectos organizativos y el 11.9% en la comida.

Discusión e implicaciones en la práctica clínica

Este estudio muestra como los pacientes evalúan alto el grado de seguridad en su estancia hospitalaria y en sus opiniones se han referido a aspectos relacionados con la atención sanitaria durante la hospitalización, desde agradecimientos al personal, hasta acciones de mejora en las instalaciones. En multitud de estudios se observa que los pacientes más satisfechos provienen generalmente de hospitales con una mejor calidad de cuidados. Por otro lado, una baja satisfacción de los pacientes tiene como consecuencia un escaso cumplimiento terapéutico y unos resultados clínicos menos óptimos. (4-8)

Por esta razón, es necesaria la frecuente realización de encuestas de opinión a los pacientes que permitan comparar los resultados de esta investigación y así conseguir una mejora en la seguridad clínica incluida en el proceso asistencial.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

- (1) Who@: Organización mundial de la salud [Internet], [consultado 6 de julio 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/es/>
- (2) Díaz Rocío. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. Rev Calidad Asistencial 2002;17(1):22-9.
- (3) Hernández Meca M^a Encarnación, Ochando García Antonio, Mora Canales Javier, Lorenzo Martínez Susana, López Revuelta Katia. Patient satisfaction in a haemodialysis unit: objective of care quality in nursing. Rev Soc Esp Enferm Nefrol [revista en la Internet]. 2005 Jun [citado 2015 Sep 13]; 8(2): 90-96. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752005000200002&lng=es.
- (4) Seneca P. La seguridad en los cuidados del paciente hospitalizado Proyecto SENECA. 2010
- (5) Ministerio de sanidad y consumo. La implantación de la promoción de la salud en los hospitales: manual y formularios de autoevaluación. Madrid; 2007. 105p.
- (6) Elizabeth Villarreal Cantillo. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2007; 23 (1): 112-119.
- (7) Ceriani Cernadas, José M. La OMS y su iniciativa "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente". Arch. argent. pediatr., Buenos Aires, v. 107, n. 5, oct. 2009.
- (8) Ly Wong.E, Coulter.A et al. Patient experiences with public hospital care: first benchmark survey in Hong Kong. Hong Kong Med J 2012 ;18: 371-80.

AUTORES/AUTHORS:

Alejandro Morales Jinez, Alicia Ugarte Esquivel, Yolanda Ivonne Trujillo León, Francisco Javier López Rincón, Moctezuma Reyna Gutiérrez, Leyla Aguilera Téllez, Griselda del Carmen Márquez Rodríguez, Javier Alejandro Martínez Sánchez, Bertha Cecilia Salazar González

TÍTULO/TITLE:

Modelo explicativo de factores sociales y riesgo cardiovascular mediante ecuaciones estructurales

Introducción: México atraviesa por una etapa de transición demográfica, en la cual hay una disminución de la natalidad y un aumento de la población de adultos mayores. Esto trae como consecuencia cambios epidemiológicos, disminuyendo las enfermedades infecto contagiosas y aumentando las crónicas degenerativas, actualmente los primeros lugares los ocupan las enfermedades cardiovasculares. Existen factores que intervienen en los cambios epidemiológicos, hablamos de los determinantes sociales de salud. Estos determinantes sociales son las condiciones en que un individuo nace, crece, vive, trabaja y envejece, los cuales intervienen de forma importante en el desarrollo de problemas a la salud. Es necesario que se investigue si los factores sociales afectan de forma directa a la salud en el adulto mayor o lo hacen de forma indirecta como se ha manejado hasta hoy.

Objetivo: Evaluar mediante ecuaciones estructurales un modelo que integra la explicación de los factores sociales y el riesgo cardiovascular en el adulto mayor.

Métodos: Estudio de tipo cuantitativo, observacional, transversal y predictivo. Se utilizó una muestra total de 131 adultos mayores de 60 años calculada por medio del programa Nquery con una potencia del 90% y una significancia del 95%, seleccionados de forma intencional en un club de adultos mayores y una iglesia en el área metropolitana de Monterrey, N.L. México. Los factores sociales incluidos en este estudio fueron: condiciones de la vivienda, distancia a los diferentes sitios (tiendas, bancos), accesibilidad de servicios, relaciones familiares, apoyo social, seguridad y características del vecindario, medidos por: ficha sociodemográfica, MOS de apoyo social, Neighborhood Environment Walkability Scale (NEWS) en español y el cuestionario de percepciones de relaciones familiares en el anciano. El riesgo cardiovascular se obtuvo con variables fisiológicas: colesterol total, lipoproteínas de alta densidad, hemoglobina glucosilada, fibrinógeno, proteína C reactiva, índice de masa corporal, índice cintura cadera, circunferencia abdominal, presión arterial sistólica y diastólica, el riesgo se estimó en base a la tabla de la Sociedad Española de Cardiología.

El proyecto se sometió a los comités de ética, investigación y bioseguridad para su aprobación. Se formó un equipo de profesionales de enfermería a lo que se dio capacitación en la toma de muestras de sangre y mediciones clínicas y antropométricas, se gestionó el permiso ante las instituciones y una vez aprobado los datos se colectaron previo consentimiento informado a los adultos mayores, primero las muestras de sangre y una semana después los cuestionarios. El análisis de los datos se realizó con el programa computacional SPSS v 22 y el modelamiento de ecuaciones estructurales se realizó en AMOS v21.

Resultados: El total de AM estudiados fue de 131, de los cuales el 92.4% (121) corresponde al sexo femenino y el 7.9% (10) al sexo masculino. El promedio de edad fue de 73.5 años (DE=6.75). El promedio de la escolaridad es de 3.68 años (DE= 3.09). El 56.5% (74) señaló ser viudo, el 31.3% (41) casado, el 7.6% (10) divorciado y el 4.6% (6) soltero. El 85.5% (112) de los adultos mayores se dedica al hogar, sólo el 11.5% (15) está jubilado y el 3% (4) restante tiene trabajo temporal, negocio propio o es voluntario en alguna organización no gubernamental.

Las enfermedades más frecuentes en los adultos mayores fueron la hipertensión arterial con 63.4% (83) y la diabetes mellitus con el 42% (55), en menor proporción se presentaron algún tipo de hiperlipidemia en 23 (17.6%), 5 con hipotiroidismo (3.8%) y 3 con depresión diagnosticada (2.3%).

El modelo de ecuaciones estructurales con variables observables mostró un buen ajuste ($X^2 = 16.008$; GFI (índice de bondad del ajuste) = 0.971; AGFI (índice de bondad de ajuste corregido) = 0.936; RMSEA (error de aproximación cuadrático medio) = 0.002; IFI (índice de ajuste incremental) = 1.000). En base a lo anterior, los resultados obtenidos confirman de forma parcial el modelo teórico

propuesto y corroboran los efectos directos de los factores sociales como las condiciones de la vivienda, la satisfacción con el hogar, el apoyo social, las relaciones familiares, asistencia semanal a la iglesia, el tráfico peligroso en el vecindario y las calles sin salida del barrio sobre el riesgo cardiovascular en los adultos mayores.

Discusión: Los factores sociales se asocian al riesgo cardiovascular de los adultos mayores, aunque la explicación es del 14% se requiere profundizar sobre otros factores que pudieran explicar esta condición de salud. Es necesario que el personal de enfermería visualice la incorporación de instrumentos que incluyan aspectos sociales para promoción de la salud, crear estrategias de cuidado y transformar las políticas sociales para disminuir el riesgo cardiovascular.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Cerin, E., Saelens, B. E., Sallis, J. F. & Frank, L. D. (2006). Neighborhood Environment Walkability Scale: Validity and development of a short form. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 38(9), 1682-1691.
- Cockerham, W. C. (2007). *Social causes of health and disease*. Malden, Maryland: Polity Press.
- Corral, V., Lhor, I., Torres, L., Acuña, A., Velardez, S., Ayala, D., Peña, C. E. & Milán, M. (2011). La influencia de la habitabilidad de la vivienda en los patrones de convivencia familiar. *Psicumex*, (2), 74-87.
- Espín, A. M., Quintero, G. & Bayarre, H. (2001). Construcción de un instrumento para medir la percepción de las relaciones familiares del anciano. *Estudios Interdisciplinarios sobre el Envejecimiento*, 3, 55-69.
- González, N. & Ángeles, M. I. (2009). Apuntes para repensar la "teoría de la transición epidemiológica" y su importancia para el diseño de políticas públicas. *Espacios Públicos*, 12(25), 151-162.
- Li, F., Harmer, P., Cardinal, B. J., Bosworth, M., Johnson, D., Moore, J. M., Acock, A. & Vongjaturapat, N. (2008). Built environment and 1-year change in weight and waist circumference in middle aged and older adults. *American Journal of Epidemiology*, 169(4), 401-408.
- Mancia, G., De Backer, G., Dominiczak, A., Cifkova, R., Fagard, R., Germano, G., ... Zanchetti, A. (2009). Guías de práctica clínica para el tratamiento de la hipertensión arterial 2007. *Revista Española de Cardiología*, 60(9), 968.1e- 94e.
- Moreno, F. L., Escobar, A., Díaz, F., Alegret, M., López, O. J., Aladro, I., Navas, M. & González, R. (2008). Factores de riesgo coronario y riesgo cardiovascular en personas adultas de un área de salud de Rancho Veloz (Cuba). *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, 20(4), 151-161. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/clinica-e-investigacion-arteriosclerosis-15/factores-riesgo-coronario-riesgo-cardiovascular-personas-adultas-13125229-originales-2008>.
- Programa nacional de salud 2007-2012. México. Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf
- World Health Organization. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health: Social determinants of health Discussion Paper 2. Geneva.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves III

Session of Oral Brief Presentations III

AUTORES/AUTHORS:

Marc Mertens, Glen Debard, Jesse Davis, Els Devriendt, Koen Milisen, Jos Tournoy, Tom Croonenborghs, Bart Vanrumste

TÍTULO/TITLE:

A motion sensor based assistive monitoring system for health assessment

1) Objectives

The aging population will impose challenges on the health care system. More people will need care, and there will be an increased focus on chronic care and co morbidity of diseases. Furthermore, the cost of hospitalization is high. Maintaining the current quality of care will require a change in the health care system. One possible strategy is to shift care from the hospital to the home. Crucial for this strategy is the ability to assess and monitor the health of people at home. One key challenge is that early detection of changes in mental or physical condition is needed to respond efficiently. Currently, this assessment is done using questionnaires and interviews. These questionnaires have however disadvantages; they are prone to interpretation and they are administered non-continuously. During interviews people can also forget to mention important events.

The objective of this research is to develop and evaluate an automatic monitoring system that is able to detect aberrations to person specific living patterns. Such aberrations could indicate a change in the person's health status. The system should be cost effective and needs to distill and provide relevant information in a clear way to assist in an objective health assessment.

2) Method

The proposed monitoring system uses motion sensors. Only one motion sensor is placed in each room to limit cost and complexity. When a sensor detects motion, the event is logged together with the time. By aggregating these events it is possible to reconstruct the movement patterns of the subject and over a longer period the typical behavioral patterns. Deviations from these patterns can indicate a change in behavior due to changes in physical or mental status. E.g., when someone is sick, the amount of motion probably decreases, the frequency of toilet visits increases etc. The collected data is continuously analyzed and deviations are detected automatically using machine learning algorithms. A camera system is used to validate the findings of the algorithms by labeling all observed actions.

The system has been deployed in three locations for a period of up to two years. The subjects were community dwelling older people living alone.

3) Results

Several deviating days were detected at each location. Events such as being ill, as indicated by a high number of toilet visits, a person not going to bed during the night or disturbed sleeping patterns, were not reported by the subject but detected by the system. All events were confirmed by analyzing video data. Also, deviating motion patterns prior to a fall event triggered an investigation and gave important information as to the cause of the incident.

4) Discussion and implications for practice

Our research shows that monitoring systems can contribute to the information that assists caregivers to assess the health status of a person. Future work will focus on delivery of information, i.e., generation of alarms and warnings and visual representation of the relevant information to caregivers. The possibility of continuous monitoring and automatic detection of deviating living patterns gives more in depth health related information. This early warning system, complementary to the skills of the caregiver, is of high value to provide efficient care at home.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

.

AUTORES/AUTHORS:

VERONICA TISCAR GONZALEZ, ASCENSION RODRIGUEZ MOLINUEVO, MARIA TERESA VALTIERRA ARAGON, DOLORES GARCIA ARENAS, ITZIAR LARREA ARECHABAETA

TÍTULO/TITLE:

Tíscar González V, Rodríguez Molinuevo A, Valtierra Aragón MT, García Arenas Dolores, Larrea Arechavaleta I

Background: Inflammatory bowel disease is a chronic illness of unknown etiology. It includes Crohn's disease and ulcerative colitis. The impact on each individual will depend on the extent and severity of the disease, frequency of relapse, need for hospitalization, personality type, and social circumstances. In some cases, the effects can be devastating (1).

Nurses must pursue patient education in order to increase their adherence to therapy, reduce physical morbidity and enhance their quality of life. The way to achieve it is through the empowerment approach.

Main aim: Identify the evidence related to empowering patient education on Inflammatory Bowel Disease.

Methods: A systematic review

MeSH: Empowerment; Inflammatory bowel disease; Crohn disease; Colitis, ulcerative; Education, nursing; Self-management.

Inclusion criteria: Studies published in English and Spanish were considered for inclusion in this review. CINAHL, Medline, COCHRANE, Scielo and Elsevier were searched up from 2010 to 2015.

Initially articles were discarded by title and abstract. Then, only articles of interest are included after making a critical reading. Papers selected were assessed by two independent reviewers for methodological validity prior to inclusion in the review, using standardized critical appraisal instrument FLC 2.0.

Outcomes: 285 studies were identified and finally 10 articles were included; 3 systematic reviews, 6 Observational cross-sectional studies and a qualitative study.

The main outcomes were:

1) What do the patients know about the disease?

It seems evident that health education is essential to involve the patient in his/her care decisions.

In order to plan the formative intervention, it would be necessary to assess the knowledge of patients about the disease, before and after the health education. There is a validated questionnaire, the Crohn's and Colitis Knowledge Score (CCKNOW) that assess the level of patient knowledge and could be useful to this goal (2).

Wardle's study (3) (2014) compared the IBD patient knowledge in UK with Eaden's (2) study made in 1999. Fertility and pregnancy are areas with a higher knowledge deficit.

2) What does he/she want or expect to know?

The most consulted aspects in an IBD database⁴ were the following: The definition and etiology of IBD, the common signs and symptoms, the diagnosis, treatment and side effects. The course of the disease, the possible complications, the psychosocial issues and those related to quality of life (such as sexuality, fertility, travel...), the relationship between stress and symptoms and the risk of developing colon cancer are also usual questions.

In a study developed by Yang-Sook (2014) (5) it showed a difference in information needs between Crohn Disease (CD) patients and Ulcerative colitis (UC) patients. CD patients would have greater information needs than UC patients, mainly related to medication, daily life and pregnancy.

3) What training strategies are there?

Nowadays a very important tool in health education is Online Health Information.

In 2006 in a study developed in an adult IBD clinic, the researchers found that 54% of studied patients used the Internet as a principal source of disease-related information (5).

However, many patients still do not know where they can find evidence-based information (6) and sometimes it can be difficult for them to understand it. In addition, web-based health information sometimes is not reliable or evidence-based.

Brochures:

Tanaka 2010 (7) developed a study whose aim was to describe the contents of IBD educational brochures in Japanese hospitals and provided on the website. From 34 departments, only 44% of the hospitals gave the brochures to all newly diagnosed patients.

Traditional face-to-face:

In Kennedy and Roger (8) opinion Gastroenterology nurses are the best placed professionals to facilitate self-management to these patients.

Support group:

In a study developed by McMaster (9), these patients' satisfaction with a support group was evaluated. Most patients were satisfied with these sessions.

4) Inflammatory Bowel Disease patient education controversy

Although it seems that improving patients' knowledge they may use more adaptive coping strategies, in several studies a relationship was found between better patient knowledge and anxiety and depression (3,10).

Barlow (11) addressed a critical review whose main purpose was to examine the interventions to self-manage Inflammatory Bowel disease and to evaluate the efficacy of the different interventions. In this review 3 of 16 studies did not find any effect on the quality of life. Most of them used the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (12). Many authors identified barriers to implementing guided self-management, such as the control of treatment changes, steroids over all, difficulty in providing open-access clinics.

Conclusions:

There is a shortage of literature on the self-management of Inflammatory Bowel Disease in comparison to other chronic diseases. Although many studies highlight the need for health education and training the Inflammatory Bowel Disease patients to make informed decisions, empowerment is a concept not much used or studied in this disease. More qualitative research is required.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Tíscar González V, Rodríguez Núñez AM, González Lázaro AI, Iruretagoyena Franco L, Alonso Fontaneda P, Irraragorri González J et al. Abordaje psicosocial del paciente con enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII). Papel de Enfermería. Portalesmedicos.com. 2013.
2. Eaden J, Abrams K, Mayberry J. The Crohn's and colitis knowledge score: a test for measuring patient knowledge in inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol.* 1999; 94:3560–3566.
3. Wardle RA, and Mayberry JF. Patient knowledge in inflammatory bowel disease: the Crohn's and Colitis Knowledge Score. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology.* 2014; 26(1).
4. Bernard A, Langille M, Hughes S, Rose C, Leddin D, Veldhuyzen van Zanten S. Systematic Review of Patient Inflammatory Bowel Disease Information Resources on the World Wide Web. *American Journal of Gastroenterology.* 2007;(102)9: 2070-2077.
5. Yang_Sook Y, Ok-Hee C, Kyeong-Sook C. Disease-Related Knowledge and Information Needs Among Inflammatory Bowel Disease Patients in Korea. *Gastroenterol Nurs.* 2014.
6. Cima RR, Anderson KJ, Larson DW, Dozois J, Hassan I, Sandborn WJ et al. Internet use by patients in an inflammatory bowel disease specialty clinic. *Inflammatory Bowel Diseases.* 2007;(13)10:1266-1270.
7. Tanaka M, Kawakami A, Iwao Y. Descriptive Information About Crohn Disease: Content Analysis of Patient Education Brochures. *Gastroenterology nursing.* 2010; 33(6).
8. Kennedy A, Rogers A. Improving self-management skills: A whole systems approach. *British Journal of Nursing.* 2001; 10(11), 734-737.

9. McMaster K, Aguinaldo L, Parekh N. Evaluation of an ongoing psychoeducational inflammatory bowel disease support group in an adult outpatient setting. *Gastroenterol Nurs*, 2012 (35)6:383-90.
10. Selinger CP, Lal S, Eaden J, Jones DB, Katelaris P, Chapman G et al. Better disease specific patient knowledge is associated with greater anxiety in inflammatory bowel disease. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2013; 7: 214-218.
11. Barlow C, Cooke D, Mulligan K, Beck E, Newman S. A critical review of self-management and educational interventions in inflammatory bowel disease. *Gastroenterol nurs*, 2010; 33(1):11-8.
12. Guyatt, G., Mitchell, A., Irvine, E., Singer, J., Williams, N., Goodacre, R., et al. (1989). A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*; 96(3), 804-810.

AUTORES/AUTHORS:

Lucieli Dias Pedreschi Chaves, Nilce Mara da Silva, Julia Soares Bittar, Antonio Pazin Filho, Ana Marta Limongelli, Silvia Helena Henriques Camelo, Ana Maria Laus

TÍTULO/TITLE:

Hospital nursing management: facilitators and constraints aspects

Objective: Identify situations with positive and negative implications for nursing management. Method: a descriptive study in a teaching hospital, public institution, tertiary level, situated in the northeastern of the State of São Paulo, Brazil. Attended by 15 nurses in management positions. Using the critical incident technique to survey the perceptions and attitudes in relation to the object of investigation. The data collection occurred through individual semi-structured interviews and for analysis was used the content analysis. Results: 42 situations emerged, with 33.3% positive and 66.7% negative references; reverberating in 57 behaviors with 84.2% positive references and 15.8% of negative references and 74 consequences with 41.9% positive and 58.1% negative references. There was a predominance of negative references situations / behaviors / consequences relating to the work of the nurse manager. The exercise of nursing manages gives the nurse feelings of satisfaction and professional suffering experienced depending on the current context experience. Currently, due to the paradigm shift in work performance, the nurse must assume responsibilities that go beyond oversee technical activities; we need to manage human relationship at work and develop analytical sense for decision-making in the scenario which it operates. It is important to understand that conflicts on the team can be considered beneficial to stimulus and motivation for innovative change and professional growth. The nurse who has a hierarchical position takes a different work that reflected ultimately in user assistance provided by the nursing team, in conjunction with the multidisciplinary team and interface with other hospital departments. Received negative references aspects of the management model adopted by the hospital, shortage of material consumption in the work units, the peculiarities of being a teaching hospital, damaged equipment existence, physical reforms area, slow maintenance service. Aspects of the interpersonal relationship between professionals from different categories with the nursing staff, relatives and patients, the mediation of conflicts between workers, dialogue between managers' nurses, physicians, and nursing staff received positive references. Conclusion: The new configuration of the role of hospitals in view of the construction of health care networks, has implications for nursing activities with management post, regards his actions / administrative decisions, assistance and training in the hospitals. It is understood as facilitators aspects of the work of the nurse manager interaction with staff / patient / family, the management unit of work and communication. As hindering aspects are mentioned aspects of the organizational structure, infrastructure management and human resource management. To answer to new requirements, especially the world of work, it is essential to mobilize the professional nursing skills. The nurse who has a hierarchical position takes a different work that affects, ultimately, the user assistance provided by the nursing team, in conjunction with the multidisciplinary team and interface with other hospital departments. It is understood that the professional practice of a nurse manager in an emergency hospital, must articulate the care to the user and the nursing management in a new perspective, taking responsibility for team coordination, the mobilization of resources and subjective goals required in emergency care.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- CHAVES, L. D. P.; AZEVEDO, A. L. C. S. Reflexões sobre a formação do enfermeiro no contexto do Sistema Único de Saúde. *Enfermagem Brasil*, v. 8, n. 2, p. 106-112, 2009.
- CHAVES, L. D. P. Integralidade da atenção aos agravos cardiovasculares: avaliação regional. 2012. 96 f. Tese (Livre Docência) –

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves IV

Session of Oral Brief Presentations IV

AUTORES/AUTHORS:

SALAS LARIO MANUELA, MARTINEZ SANCHEZ ISABEL, SIMON ROCA MARIA JOSE, JÓDAR SALAS MARÍA DOLORES, GARCÍA TUDELA ROCIO, OLIVARES PALENZUELA MARÍA CONCEPCIÓN

TÍTULO/TITLE:

Apoyo y control de la sintomatología del paciente oncológico en fase terminal

La enfermedad terminal se caracteriza por su gran fragilidad y el objetivo de la atención multiprofesional que se presta no es “el curar” sino el de “cuidar”.

Por otro lado, los cuidados paliativos se encargan de la mejora la calidad de vida de pacientes terminales y la de sus familias, ya que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y sobre todo, alivio del sufrimiento de ambos.

OBJETIVO:

Conocer el porcentaje de pacientes oncológicos que acude al servicio de urgencias por sintomatología relacionada con su enfermedad terminal.

Describir el porcentaje de éstos pacientes que están en tratamiento con opiáceos y si están en seguimiento por el ESAD.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo transversal realizado en puerta de urgencias.

Población objeto de estudio: pacientes con enfermedad terminal que acuden a esta puerta de urgencias con sintomatología relacionada con su enfermedad.

Periodo de recogida de datos: meses de mayo y junio 2015.

Recogida de datos sociodemográficos, clínicos y si están en seguimiento o no por ESAD.

RESULTADOS

El total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias del hospital durante el periodo de estudio fueron 795.

De estos pacientes, doce de ellos estaban en situación terminal y ninguno en seguimiento por ESAD.

Tres de estos pacientes llevan tratamiento con MST (morfina oral), y uno de ellos lleva registro también de tratamiento con opiáceos, con parche de fentanilo.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Los pacientes que acuden a urgencias en fase terminal, normalmente no están en seguimiento por ESAD.

A pesar de que la OMS considera como criterio de calidad el uso de opiáceos en pacientes oncológicos tan solo el 25% lo llevan pautado.

Sería necesario un mayor empoderamiento del paciente ante su enfermedad.

La atención de los equipos de ESAD debería llegar a un volumen de pacientes mayor de lo actualmente abarca.

Aunque el equipo de atención primaria es el encargado de la salud de sus pacientes, sería interesante valorar la necesidad de ampliación o refuerzo de los equipos de paliativos.

Como profesionales, se debería de valorar ampliamente y sin prejuicios el uso de morfina y derivados opiáceos en pacientes donde su uso está sobradamente justificado.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. López Imedio, E. Enfermería en Cuidados Paliativos. Madrid, Médica Panamericana, 1998.
2. Lizán Tudela L, Benítez del Rosario MA, Cabedo García VR, Astudillo W. “Protocolo de Cuidados Paliativos”. FMC, 1997; 4 Suppl 3: 21-3.
3. Estrategia en Cuidados Paliativos. Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
4. Alonso BA. Atención a la familia. Aten Primaria. 2006;38 Suppl 2:14-20.

AUTORES/AUTHORS:

PAULA PARÁS BRAVO, PALOMA SALVADORES FUENTES, M^aCRISTINA ALONSO BLANCO, DAVID GONZÁLEZ BRAVO, M^aJESÚS ORTEGA SOLANO, JOSE MANUEL LÓPEZ MORENO, ARANZAZU MORAL HERRANZ, ELENA GONZÁLEZ JARRAQUE, ANA GARCÍA RUMI

TÍTULO/TITLE:

¿Conseguimos controlar el dolor y la salud mental en los pacientes oncohematológicos?

Objetivo: Determinar las principales características del dolor y de los trastornos mentales, y cómo, les controlamos en una muestra de pacientes oncohematológicos.

Métodos: Se trata de un estudio observacional descriptivo prospectivo en una cohorte aleatorizada, mediante muestreo aleatorio simple, de pacientes mayores de 18 años, atendidos en los servicios oncológicos y oncohematológicos del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria, España), entre el 1 de julio del 2012 y el 1 de julio del 2014. Se descartan aquellas historias clínicas incompletas o que no recogen los datos a estudio.

Del total de los pacientes atendidos (2661), se extrajo una muestra aleatorizada de 402 pacientes y se procedió a la revisión de sus historias clínicas. Se diseñó una hoja de recogida de datos ad hoc con las características sociodemográficas y médicas de los pacientes y las características de su dolor, trastornos mentales y consumo de fármacos. Posteriormente los datos fueron transcritos en una base de datos Excel ad hoc y analizados con el software IBM SPSS Statistics 22. Estos datos pertenecen a un estudio más amplio premiado con el XVI Premio Nacional de Investigación en Enfermería Valdecilla.

Resultados: De las 402 historias analizadas 231 fueron hombres y 171 mujeres. La mayoría de los pacientes, el 90,8% (n=365) había recibido tratamiento con quimioterapia y el 44,3% (n=178) con radioterapia. En el 18,40% (n=74) casos presentaban un episodio de dolor en al menos una localización siendo la más frecuente las artralgias 25,67% (n=19), seguida del dolor craneofacial 16,21%

(n=12). Únicamente en 3 casos los pacientes referían dos localizaciones diferentes del dolor. Al valorarlo con la Escala Visual Analógica (EVA), los pacientes se sitúan mayoritariamente en un espectro que varía entre el 4 sobre 10 en un 25,67%(n=19) de los casos y de 7 sobre 10 en otro 25,67%(n=19).

Prácticamente la totalidad de los pacientes, el 97,29%(n=72), trataban su dolor mediante analgesia. Los analgésicos más habituales son los opioides fuertes 41,6%(n=30) seguidos de los AINES 29,16% (n=21). Las vías de administración únicamente fueron dos, oral 63,88% (n=46) y transdérmica 33,33%(n=24). En el 45,83%(n=33) los pacientes tenían pauta analgesia de rescate siendo los más frecuentes los AINES 33,33%(n=11). Con respecto al control del dolor, únicamente 1 de los pacientes refería que no lo tenía controlado mientras que la mitad 50% (n=36) consideraban que controlaban su dolor y el 47,22%(n=34) consideraban que parcialmente. El 13,88% (n=10) contaban además con una segunda pauta analgésica diferente.

Con respecto a los trastornos mentales, 6 pacientes presentaban comorbilidad psiquiátrica previa al diagnóstico. 20 (4,97%) pacientes fueron diagnosticados durante el proceso oncohematológico de trastornos ansiosodepresivos y derivados al Servicio de Psiquiatría. Con respecto al consumo de ansiolíticos el 16,92% (n=68) de los pacientes los consumen siendo en el 91,17%(n=62) el inicio de la pauta en el periodo peridiagnóstico oncológico. El 76,47%(n=52) consideran que resultan

“parcial mente efectivos”. En el 75%(n=51) de los casos la pauta era “a demanda” cuando el paciente presentara sintomatología ansiosa. Con respecto al tratamiento antidepresivo se da en el 4,23% (n=17) siendo en el 82,35% (n=14), al igual que en el caso de los ansiolíticos, su pauta peridiagnóstico oncológico. El 41,17%(n=7) consideran que resultan “parcial mente efectivos”.

Con respecto a los hipnóticos el 4,47%(n=18) los consumen siendo en el 94,44%(n=17) el inicio de la pauta en el periodo peridiagnóstico oncológico. El 83,33%(n=15) consideran que resultan “parcialmente efectivos”

Discusión: No existe una definición universalmente aceptada para describir el “dolor oncológico” sin embargo un elevado porcentaje de pacientes con cáncer presenta dolor y, a menudo, no está controlado (1,2). Se estima que entre el 20% y el 50% de los pacientes lo presenta (3) e incluso el 90% cuando la enfermedad está avanzada (4).

Recientemente una revisión de 46 estudios publicados entre el 1994 y el 2013 informó que el 43,4% de los pacientes con cáncer no tenían controlado su dolor (2). Es decir, cerca de la mitad de los pacientes no tiene adecuadamente tratado su dolor (2,5).

Por tanto, podemos decir que los pacientes oncohematológicos sufren a menudo dolor como consecuencia de su proceso patológico o derivado de los efectos del tratamiento como puede ser la quimioterapia, radioterapia y las intervenciones quirúrgicas. Su origen es variable, puede deberse a la propia enfermedad, a aspectos derivados del tratamiento o a comorbilidades asociadas (6) siendo en nuestro caso las artralgias las más habituales y que pueden atribuirse a los efectos secundarios de la quimioterapia y la radioterapia que en nuestra muestra se trataban de los tratamientos mayoritarios. A pesar de que es difícil de evitar o prevenir podemos controlar lo con las pautas analgésicas adecuadas. No obstante, se trata de un proceso complejo. De hecho los expertos tienen dificultades para llegar a un consenso con respecto al tratamiento de elección (6,7) y por ello la European Oncology Nursing Society propone la reevaluación del paciente para asegurar la eficacia del tratamiento (6,8) y por, supuesto, un tratamiento individualizado para cada paciente (1).

Los pacientes oncohematológicos, a menudo sufren sintomatología ansiosodepresiva que precisa para su tratamiento del consumo de fármacos. Como podemos observar en nuestra cohorte, los pacientes mayoritariamente, comienzan con el tratamiento en el periodo peridiagnóstico oncológico y solo una pequeña población presentaba comorbilidad psiquiátrica previa. Esto puede ser debido a la complejidad del proceso oncohematológico y a la incertidumbre en cuanto al tratamiento y/o pronóstico del paciente que supera las capacidades adaptativas de la persona y por tanto requieren tratamiento.

Implicaciones en la práctica clínica: casi la mitad de los pacientes consideran que su dolor está parcialmente controlado. A través de la valoración de enfermería debemos detectar estas situaciones para poder reducir de forma multidisciplinar el dolor de los pacientes y así mejorar su calidad de vida.

Consideramos que el apoyo psicológico del paciente oncohematológico es un pilar fundamental en su tratamiento favoreciendo una mayor calidad de vida. Los profesionales de enfermería debemos incorporar en nuestra valoración del paciente oncohematológico indicadores de sintomatología ansiosodepresiva y proporcionar a los pacientes la educación sanitaria pertinente. Favorecer el manejo de la ansiedad y enseñar al paciente técnicas de relajación puede reducir el consumo de ansiolíticos que en nuestra muestra, se pautan mayoritariamente (75%), a demanda.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Portenoy RK. Treatment of cancer pain. *Lancet*. 2011 Jun 25;377(9784):2236-47.
- (2) Greco MT, Roberto A, Corli O, Deandrea S, Bandieri E, Cavuto S et al. Quality of cancer pain management: an update of a systematic review of undertreatment of patients with cancer. *J Clin Oncol* 2014;32(36):54.
- (3) Marcus DA. Epidemiology of cancer pain. *Curr Pain Headache Rep* 2011;15(4):231-4.
- (4) Goudas LC, Bloch R, Gialeli-Goudas M, Lau J, Carr DB. The epidemiology of cancer pain. *Cancer Invest* 2005;23(2):182-90.
- (5) Ripamonti CI, Santini D, Maranzano E, Berti M, Roila F; ESMO Guidelines Working Group. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann oncol* 2012;23(7):54.
- (6) Schug SA, Chandrasena C Pain management of the cancer patient. *Expert Opin Pharmacother*. 2015 Jan;16(1):5-15.

(7) Davis MP, Walsh D, Lagman R, LeGrand SB. Controversies in pharmacotherapy of pain management. *Lancet Oncol* 2005;6(9):696-704.

(8) Wengström Y, Geerling J, Rustøen T. European Oncology Nursing Society breakthrough cancer pain guidelines. *Eur J Oncol Nurs*. 2014 Apr;18(2):127-31.

AUTORES/AUTHORS:

Paula Parás Bravo, Manuel Herrero Montes, Encarnación Olavarría Bevide, Vanesa Caso Álvarez, Laura Gonzalez Parralo, Carlos Rodríguez de la Vega, Mercedes Rodríguez Rodríguez, Francisco Manuel Antolín Juárez

TÍTULO/TITLE:

COMPLICACIONES GLOBALES DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES DE INSERCIÓN PERIFÉRICA EN EL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO.

OBJETIVO: Analizar las complicaciones asociadas a los catéteres venosos centrales de una cohorte de pacientes.

MÉTODOS: Estudio de cohortes prospectivo (Hospital de Día Médico del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander (Cantabria)). La población fueron todos los pacientes portadores de dichos catéteres entre los años 2010- 2013 (n=667). Se realizó análisis descriptivo de las diversas complicaciones, se calculó la incidencia acumulada y las tasas de densidad de incidencia por 1000 días de uso de catéter y un estudio de factores independientes asociados.

RESULTADOS: 475 (71.2%) eran mayores de 65 años y siendo el estrato de edad más habitual entre 60 y 69 años (29.8%).

La edad de colocación del catéter se sitúa en torno a los 58 años (percentil 50). En cuanto al sexo, 383 (57.4%) fueron mujeres y 284 (42.6%) hombres.

Los diagnósticos más habituales fueron los de origen oncohematológico en 615 (92.2%) de los casos.

Con respecto al tipo de catéter, en 603 casos se trata de catéteres venosos de inserción periférica (PICC) mientras que 64 en casos son Port a Cath Braquial. Localizándose en un 54.9% en la vena braquial izquierda.

La media de duración del catéter fue de 170.31 días (DE=5,903) siendo el intervalo de tiempo más habitual entre 100 y 199 días (33.1%).

La causa de retirada del catéter más frecuente fue el final de tratamiento, en 297 (44,5%) casos, seguida del exitus con 147 (22.0%).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al relacionar la frecuencia de complicaciones de forma global en ambos catéteres con respecto a la edad, el sexo, el diagnóstico principal, la localización del catéter y los días desde la implantación.

En los PICC individualmente, las complicaciones aumentan cuando los días desde la implantación del catéter son iguales o superiores a 150 ($p=0.006$).

En los Port a Cath Braquiales, las complicaciones no aumentan con el tiempo pero son mayores en los primeros 150 días ($p<0.001$), siendo el hematoma la más frecuente, apareciendo en el 18.75% de los casos.

La tasa de complicaciones de ambos catéteres es de 1.88 complicaciones por 1000 días de catéter. La tasa por tipo de complicación son las siguientes: migración (0.61), trombosis (0.16), infección (0.18), edema (0.46), hematoma (0.95) y flebitis (0.34).

Destacar que el riesgo relativo de padecer complicaciones, al analizar de forma individual el Port a Cath Braquial, es de 0.41 (IC 95% 0.22-0.77) por lo que es factor protector

DISCUSIÓN: Las vías venosas centrales se justifican por la necesidad de infundir determinados tratamientos, de forma continuada y a grandes dosis. Son especialmente necesarias cuando los tratamientos son vesicantes o irritantes como la quimioterapia y algunos antibióticos, e incluso están indicados ante la ausencia de acceso venoso periférico(1).

En comparación con otros estudios publicados nuestras tasas de infección y trombosis fueron inferiores, 0.18 y 0.16 casos por 1000 días de catéter.

Con respecto a la infección, en el año 2013 el National Healthcare Safety Network publicó la tasa de incidencia de infección de catéter temporal confirmada en laboratorio en pacientes oncohematológicos que ascendía a 0.25 por 1000 días de PICC(2).

Con respecto a la trombosis, nuestros resultados muestran una tasa de incidencia inferior a la esperada: de 0.16 casos por cada 1000 días de PICC. Baxi et al(3), también recogió esta variable obteniendo una tasa de incidencia de 1.23/1.000 PICC-día.

No hay diferencias significativas en cuanto al sexo. Los intervalos de edad más frecuentes coinciden con los más incidentes de

cáncer. Con respecto al uso del catéter podemos comprobar que se extiende en el tiempo y los motivos de retirada más frecuentes no corresponden a complicaciones. De ello deducimos que su uso es seguro.

Implicación práctica: Ambos catéteres son una alternativa segura para la infusión de tratamientos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

(1) Galvez R. Accesos venosos centrales y complicaciones In: Andresen M, editor. Manual de medicina intensiva. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2010. pp. 27-32.

(2) (18) Dudeck MA et al. National Healthcare Safety Network (NHSN) report, data summary for 2012, Device-associated module. Am J Infect Control 2013;41:1148-66.

(3) Baxi SM, Shuman EK, Scipione CA, Chen B, Sharma A, Rasanathan JJ et al. Impact of postplacement adjustment of peripherally inserted central catheters on the risk of bloodstream infection and venous thrombus formation. Infect Control Hosp Epidemiol 2013;34(8).

AUTORES/AUTHORS:

Juan Manuel Gavala Arjona, Rosa M^a Fullana Tudurí, Apolonia Victoria Pascual Reus, Susana Jordá Martí, M^a Elena Moreno Bahone, Marcos Casas Pérez, Arturo Bernaldo de Quirós Pérez, Cristina Gavala Arjona, Esperanza Pascual Reus

TÍTULO/TITLE:

AFRONTAMIENTO A LA MUERTE EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA UNIDAD DE ONCOLOGÍA INFANTIL

OBJETIVOS:

- Evaluar el grado de afrontamiento a la muerte en el personal de enfermería de una unidad de oncología infantil de un hospital de referencia, frente al personal de ámbito pediátrico hospitalario y atención primaria de la CCAA de las Illes Balears.
- Evaluar la necesidad de sesiones de coaching con psicólogo especialista en duelo-muerte.

MÉTODOS:

Estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo, multicéntrico y multiprofesional, cuya población a estudio fue el personal de enfermería de la unidad de oncología infantil del hospital de referencia de las Illes Balears (Hospital Universitario Son Espases), así como el personal sanitario de pediatría de atención primaria y hospitalaria de dicha CCAA, con una muestra de 268 trabajadores (médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería)

Se aplicó una encuesta de elaboración propia que se recogían datos demográficos (edad, sexo), profesionales (centro de trabajo, unidad, años de trabajo, antigüedad en el servicio, categoría profesional), creencias (creencias espirituales, religiosas, tipo de religión) y Escala de Bugen de afrontamiento a la muerte (EB).

La EB, consta de 30 items, cada uno de ellos se valora en una escala tipo Likert del 1-7, en el que 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo. La puntuación mínima es 30 y la máxima 210. Valores inferiores a 105 puntos indican afrontamiento inadecuado y valores superiores a 157 afrontamiento óptimo.

La recogida de datos se hizo on-line, a través de Google Drive.

Para analizar los datos se hizo un análisis uni y bivalente y se utilizó el programa SPSS 20.

RESULTADOS

La muestra (n=268) se dividió en atención primaria (n=39, 14,55%), CCEE (n=8, 3%), UCIN (n=25, 9,3%), UCIP (n=24, 9%), Unidades de Hospitalización de pediatría (n=69, 25,7%), Unidad de Neonatos-Cuidados intermedios neonatales (n=43, 16%), Unidad de oncología pediátrica (n=25, 9,3%), residentes de pediatría (n=7, 2,6%) y Urgencias pediátricas (n=28, 10,4%).

En cuanto a los datos demográficos el 10,8% (n=29) eran de sexo masculino y 89,2 (n=239) femenino.

En lo referente a la categoría profesional, un 63,5% (n=170) son enfermeras, un 22% (n=59) auxiliares de enfermería y un 14,5% (n=39) médicos.

La distribución por hospitales fue, un 62,3% (n=167) trabajadores del Hospital Universitario Son Espases, un 14,5% (n=39) del Área de Atención Primaria de Mallorca, un 7,8% (n=21) de Hospital Son Llátzer, un 5,22% (n=14) del Hospital de Inca, un 5,22% (n=14) del Hospital de Manacor, un 4,1% (n=11) del Hospital Mateu Orfila y un 0,755 (n=2) del Hospital Can Misses.

En cuanto a antigüedad en la práctica, un 4,8% (n=13) llevan menos de 1 año, un 9,7% (n=26) entre 1-5 años, un 19,8% (n=53) entre 6-10 años, un 25,4% (n=68) entre 11-15 años y un 27,6% (n=74) más de 20 años.

En cuanto a la antigüedad en el servicio donde trabajan, un 9,3% (n=25) llevan menos de 1 año en el mismo puesto, un 27,2% (n=73) entre 1 y 5 años, un 26,1% (n=70) entre 6 y 10 años y un 37,3 (n=100) más de 10 años.

Un 48,5% (n=130) no procesa ninguna religión, frente a un 51,5% (n=138) procesa alguna. Un 29,8 (n=80) no tiene ningún tipo de creencia espiritual, frente al 70,2% (n=188) que si la tiene.

Al realizar EB podemos analizar que en ninguna de las unidades donde se realizó la EB presenta un afrontamiento óptimo, no

habiendo diferencias significativas entre el personal que trabaja en oncología pediátrica (EB= 135), y el resto del personal de pediatría (EB=147-111), apareciendo afrontamiento intermedio. En cuanto al sexo, aparece el mismo afrontamiento entre hombres (EB=131) y mujeres (EB=128). También podemos observar un mejor afrontamiento en el personal que lleva más de 20 años trabajando (EB=133), pero con poca diferencia del resto de grupos, siendo en todos los casos un afrontamiento intermedio. Tampoco hay diferencia entre si profesa alguna religión/no profesa (EB=125/129), ni dependiendo del tipo de religión.

Debido a un afrontamiento intermedio del personal de la unidad de oncología infantil, se realizan talleres de coaching con una psicóloga experta en duelo. Al mes se vuelve a pasar la EB al personal que acudió a los talleres (n=23), apareciendo un afrontamiento de EB=183 (afrontamiento óptimo). Hay un ligero mejor afrontamiento de mujeres (EB= 185) frente a hombres (EB=179), no habiendo diferencias significativas entre el personal que lleva más de 10 años y entre 5-10 años trabajando en la unidad (EB=184/181), y aunque siendo un afrontamiento óptimo hay más diferencia con los trabajadores que llevan en la unidad entre 1-5 años (EB=175) y los que llevan menos de 1 año (EB=162).

DISCUSIÓN

Aunque la hipótesis inicial fue que el personal de enfermería de oncología pediátrica debía tener un mejor afrontamiento a la muerte, al estar en contacto continuo con esta, se observó que no había diferencias entre los distintos grupos de estudio. Se detectó la necesidad de asesoramiento para mejorar el afrontamiento, para lo que se programaron sesiones de coaching duelo-muerte, mejorando los resultados de la encuesta pre-sesiones.

IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA

Las sesiones de coaching en duelo-muerte son necesarias en personal que está en contacto directo con pacientes en proceso de muerte y mal afrontamiento a esta.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Actitudes y afrontamiento ante la muerte en padres de niños de primaria. Siracusa, Fabiana; Cruz-Quintana, Francisco; Pérez-Marfil, Ma Nieves; García-Caro, Ma Paz; Schmidt-Ríovalle, Jacqueline; et al. *Psicología Conductual* 19.3 (2011): 627-642.
- Vazquez MA. Estudiantes de enfermería y su afrontamiento ante la muerte de pacientes [tesis doctoral]. Universidad de Concepción, Facultad de Medicina, Departamento de Enfermería; 2010.
- Schmidt-RioValle J, Montoya-Juarez R, Campos-Calderon C, García-Caro MP, Prados-Peña D, Cruz Quintana F. Efectos de un programa de formación en cuidados paliativos sobre el afrontamiento de la muerte. *Med Paliat*. 2012;19:113-20.
- Pascual Fernández MC. Evaluación de los cuidados en el proceso final de vida en unidades de cuidados intensivos bajo la perspectiva enfermera. *NURE Inv [Internet]*. Nov-Dic 2013 [citado 06 Sept 2015]; 10(67).
http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE67_original_uci.pdf
- Espinoza V. Maritza, Sanhueza A. Olivia. Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional de estudiantes de enfermería de Concepción. *Acta paul. enferm*. 2012 [cited 2015 Sep 06] ; 25(4): 607-613. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400020&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000400020>.
- Schmidt-RioValle J. Validación de la versión española de la "Escala de Bugen de Afrontamiento de la muerte" y del "Perfil revisado de actitudes hacia la muerte ": Estudio comparativo y transcultural. Puesta en marcha de un programa de intervención [tesis doctoral]. Universidad de Granada, Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud, Departamento de Enfermería; 2007.
- Marti-Garcia C, et al. Formación en cuidados paliativos y efecto en la evaluación emocional de imágenes de muerte. *Med Paliat*. 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2013.12.007>
- Roure Torné, Mariona. "Estrèsors i ansietat en els cuidatges pal·liatius: Una proposta de canvi en el pla d'estudis d'Infermeria". Colell Brunet, Ramon. 2013. <http://hdl.handle.net/10459.1/46974>>. [Consulta: 08-07-15].

Mesa de Comunicaciones 13: Cuidados materno - infantiles

Concurrent Session 13: Mother and Children Care

AUTORES/AUTHORS:

Gema Sanabria Martínez, Raquel Poyatos León, Iván Cavero Redondo, Celia Álvarez Bueno, Blanca Notario Pacheco, Vicente Martínez Vizcaíno

TÍTULO/TITLE:

EFICACIA DE PROGRAMAS DE ACTIVIDAD FÍSICA EN EL EMBARAZO PARA LA PREVENCIÓN DE DIABETES GESTACIONAL: UN META-ANÁLISIS.

1. Objetivo: La Diabetes Gestacional (DG) es una de las complicaciones más frecuentes del embarazo, su prevalencia oscila entre el 2-10%. (1) Además, está asociada a complicaciones graves como pre-eclampsia, hipertensión, parto pretérmino, partos inducidos y cesáreas. Por todo ello, nuestro objetivo es analizar la efectividad de diferentes programas de actividad física (AF) durante el embarazo para prevenir el desarrollo de DG.

2. Métodos: Diseño: Meta-Análisis de ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) realizado de acuerdo con la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis). (2)

Estrategia de búsqueda: La búsqueda fue realizada en seis bases de datos: Cochrane Library Plus, Science Direct, EMBASE, PubMed, Web of Science y ClinicalTrials.gov. La estrategia aplicada fue (pregnancy OR gravid) AND (aerobic OR exercise OR fitness OR "physical exercise" OR "physical activity" OR "motor activity") AND (effectiveness OR "program evaluation" OR "gestational diabetes" OR insulin OR glucose OR labor OR delivery).

Los criterios de inclusión fueron: (1) población – embarazadas sanas con cualquier nivel de AF con embarazos de feto único y sin complicaciones; (2) tipo de estudio – ECA, en el que el grupo control no recibió ningún tipo de ejercicio físico; (3) tipo de intervención – programas de ejercicio físico que incluían ejercicios de baja a moderada intensidad; (4) resultados de embarazo evaluados: DG. No se realizaron restricciones en la frecuencia, duración o tipo de entrenamiento; y (5) ECAs publicados entre Enero de 1990 y Abril de 2015.

Finalmente, los criterios de exclusión fueron: (1) mujeres con elevado riesgo de parto pretérmino; (2) mujeres que participaban en algún otro ensayo; (3) mujeres con cualquier contraindicación para practicar ejercicio, según aconsejó un obstetra; y (4) mujeres que no planeaban tener el parto en el mismo hospital en el que se realizaba el control médico del embarazo.

Recogida de datos y análisis: Dos revisores de forma independiente extrajeron los datos y analizaron la calidad de los estudios incluidos. Finalmente, fueron seleccionados 9 ECAs (3.374 embarazadas) (3-10) cumplieron los criterios de inclusión. Se calculó el riesgo relativo (RR) de DG utilizando un modelo de efectos aleatorios.

El riesgo de sesgo fue evaluado de acuerdo con la recomendación PRISMA. (2)

El análisis de calidad se realizó mediante la escala de Jadad. (11) Esta escala incluye cinco ítems contestados con un "sí" o con un "no", dependiendo si los ECAs cumplían los criterios de calidad en las siguientes áreas: aleatorización, método de aleatorización, doble ciego, método de doble ciego, descripción del grado de adherencia y de las pérdidas.

3. Resultados: los programas de ejercicio físico durante el embarazo disminuyeron el riesgo de DG (RR=0.68; P=0.004) sobre todo cuando el programa se llevaba a cabo durante todo el embarazo (RR=0.58; P=0.0007). No se han comunicado efectos adversos de estos programas ni en la madre ni en el niño.

Se reunieron estudios de diferentes países: seis de España, realizados en diferentes Centro de Salud u Hospitales; (3-6, 10) uno de Croacia; (7) uno de EEUU; (8) y uno en Noruega. (9) En todos ellos, las mujeres pertenecientes al grupo control recibieron los cuidados prenatales habituales.

Programas de ejercicios

Hubo una amplia variedad en el tipo de ejercicios que se incluyeron en los programas: ejercicios aeróbicos, de resistencia, tonificación, flexibilidad y fuerza, entrenamiento con pesas y ejercicios para fortalecer los músculos del suelo pélvico que están implicados en el trabajo de parto durante el último trimestre del embarazo. Algunos de los programas de ejercicio se llevaron a cabo durante todo el embarazo, mientras que otros se realizaron desde el segundo trimestre al final del embarazo.

La frecuencia de las sesiones fue: dos, tres, cuatro, o cinco sesiones a la semana. Las sesiones tuvieron una duración entre 15 y 60 minutos. Los niveles de intensidad se clasificaron como muy leve, leve a moderado y moderado. Estas categorías se establecieron de acuerdo a la escala de Borg, con puntuación del esfuerzo percibido, frecuencia cardíaca, cuestionario para determinar los

equivalentes metabólicos de la tarea (METs) y por la capacidad aeróbica (VO₂max). Todos los programas fueron supervisados, excepto uno que fue conducido mediante un programa de ejercicios en el domicilio.

4. Discusión: La influencia de la AF sobre los resultados del embarazo ha sido ampliamente discutida. Desde nuestro conocimiento, este meta-análisis es el primero cuyo objetivo es aportar evidencia acerca de los beneficios de programas estructurados de ejercicio físico realizados durante el embarazo en la prevención de la DG. En este sentido, nuestros resultados muestran que el ejercicio físico durante el embarazo reduce el riesgo de DG. Además, los beneficios de estos programas para reducir el riesgo de DG son mayores cuando comenzaron al inicio del embarazo, e incluían una combinación de ejercicios aeróbicos, de tonificación, resistencia, fuerza y flexibilidad. Además, los programas de ejercicio físico durante el embarazo parecen ser seguros para la madre y el neonato. Además, la eficacia de los programas de AF para prevenir la DG es mayor cuando se inician durante el primer trimestre de la gestación e incluyen ejercicios combinados (aeróbicos, de tonificación, de resistencia, de flexibilidad y estiramientos).

Fortalezas y limitaciones

La principal fortaleza de nuestro estudio sobre los dos meta-análisis previos es que incluye ECAs bien diseñados con muestras relativamente grandes de embarazadas. Además, la realización de los subgrupos de análisis por duración de las intervenciones de ejercicio (todo el embarazo o desde el segundo trimestre al final de la gestación) y tipo de ejercicio (aeróbico o combinación de ejercicios aeróbicos, de fuerza y flexibilidad) mejoran la implicación clínica de nuestros hallazgos. Además, se realizó otro subgrupo de análisis (estudios de Barakat et al. Versus otros estudios, estudios realizados en Europa versus otros estudios; estudios con AF de muy baja a baja intensidad versus estudios con AF de moderada intensidad); y estudios con baja adherencia versus estudios con elevada adherencia), y los resultados siguieron siendo significativos en todos los análisis.

Interpretación

La efectividad del ejercicio físico durante el embarazo para prevenir la DG sigue siendo un asunto controvertido. De hecho, una revisión Cochrane de 2012 concluyó que no había suficiente evidencia que apoyase que la AF redujera el riesgo de DG o mejorase la sensibilidad de la insulina durante el embarazo. A este respecto, una revisión anterior además afirmó que no había efectos del ejercicio sobre la prevención de la intolerancia a la glucosa del embarazo. Tal como reconocen los autores de esta revisión Cochrane, la ausencia de evidencia podría ser atribuida a la debilidad en el diseño o al tamaño de la muestra de los estudios publicados. En este sentido nuestro meta-análisis incluye algunos ECAs recientemente publicados con buenos diseños y con un mayor número de participantes en los que los programas de intervención de AF eran reproducibles y estandarizados. Además, Stafne et al. no encontró evidencia en que un programa de AF durante la segunda mitad del embarazo redujera el riesgo de DG o mejorara la resistencia a la insulina. Por el contrario, un meta-análisis informó que mayores niveles de AF antes del embarazo o en etapas tempranas están asociados con un menor riesgo de DG, y algunos estudios observacionales han descrito que la AF en el embarazo disminuye la resistencia a la insulina y podría ayudar a disminuir la incidencia de DG.

Nuestro meta-análisis aporta evidencia que el ejercicio físico durante el embarazo está asociado con una reducción de un 32% del riesgo de DG, y además revela que cuando el programa de ejercicio se lleva a cabo durante todo el embarazo, la reducción del riesgo de DG es incluso mayor (42%). Estos resultados podrían estar relacionados con el hecho que el ejercicio físico en estos programas se inició antes del aumento normal en la resistencia a la insulina que ocurre con el avance de la gestación, por lo que ya se habían adoptado los cambios crónicos en la regulación de la absorción de glucosa en el músculo esquelético cuando se alcanza este aumento en la resistencia; por lo tanto, las mujeres podrían estar en mejores condiciones para manejar el estrés metabólico que conlleva el embarazo. Además, la reducción en el riesgo de DG es mayor cuando la intervención incluye ejercicios combinados. Este hallazgo podría deberse a que el entrenamiento de resistencia contribuye a la captación de glucosa en sangre sin alterar la capacidad del músculo para responder a la insulina, y el ejercicio aeróbico mejora su absorción a través de una mayor acción de la insulina. Además, se ha sugerido que la influencia del ejercicio físico podría ser diferente dependiendo de la edad

gestacional.

Conclusión

En resumen, nuestro análisis nos permite concluir que el entrenamiento con ejercicio regular de moderada intensidad durante el embarazo se asocia a una menor incidencia de DG durante este periodo. Además, nuestros datos apoyan que la práctica de ejercicio físico desde épocas precoces del embarazo se asocia a una mayor reducción de la DG. En consecuencia, nuestro estudio tiene relevancia clínica y para la salud pública, debido a que proporciona apoyo para la recomendación de asesorar a las madres a participar en programas de AF como una estrategia efectiva y segura de tener embarazos más saludables debido a que tendrán menos riesgo de DG y evitarán una excesiva ganancia de peso y, en consecuencia, mejorarán la salud de sus hijos.

Recomendamos por tanto la inclusión de estos programas de ejercicio físico en las guías de práctica clínica dirigidas al control del embarazo de bajo riesgo.

Por otro lado, es necesario seguir investigando en este sentido con el fin de analizar la eficacia de programas de AF en otros grupos de gestantes como aquellas con sobrepeso u obesidad y gestantes con hipertensión.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. American Diabetes Association. Gestational diabetes mellitus. *Diab Care* 2004;27(Suppl 1):S88-S90.
2. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS Med* 2009;6(7):1-28. doi:10.1371/journal.pmed.1000100.
3. Cordero Y, Mottola MF, Vargas J, Blanco M y Barakat, R. Exercise is Associated with a Reduction in Gestational Diabetes Mellitus. *Medicine and science in sports and exercise* 2014.
4. Barakat R, Perales M, Bacchi M, Coteron J, Refoyo I. A program of exercise throughout pregnancy. Is it safe to mother and newborn?. *Am J Health Promot* 2014;2014:2014-8.
5. Barakat R, Pelaez M, Montejo R, Refoyo I, Coteron J. Exercise throughout pregnancy does not cause preterm delivery. A randomized controlled trial. *J Phys Act Health* 2014;11:1012-7.
6. Ruiz J, Perales M, Pelaez M, Lopez C, Lucia A, Barakat R. Supervised exercise-based intervention to prevent excessive gestational weight gain: a randomized controlled trial. *May Clin Proc* 2013;88:1388-97.
7. Tomic V, Sporis G, Tomic J, Milanovic Z, Zigmundovac-Klaic D, Pantelic S. The effect of maternal exercise during pregnancy on abnormal fetal growth. *Croat Med J* 2013;54:362-8.
10. Barakat R, Pelaez M, Lopez C, Lucia A, Ruiz JR. Exercise during pregnancy and gestational diabetes-related adverse effects: a randomized controlled trial. *Br J Sports Med* 2013;47:630-6.
8. Price BB, Saeid B, Kappeler K. Exercise in pregnancy: effect on fitness and obstetric outcomes-A randomized trial. *Med Sci Sports Exerc* 2012;44:2263-9.
9. Stafne SN, Salvesen KA, Romundstad PR, Eggebø TM, Carlsen SM, Mørkved S, et al. Regular exercise during pregnancy to prevent gestational diabetes: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2012;119:29-36.
10. Barakat R, Ruiz JR, Stirling JR, Zakynthinaki M, Lucia A. Type of delivery is not affected by light resistance and toning exercise training during pregnancy: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201:590.e1-6.
11. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJM, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary?. *Control Clin Trials* 1996;17:1-12.

AUTORES/AUTHORS:

Ana Paula Prata, Célia Santos, Margarida Reis Santos

TÍTULO/TITLE:

The influence of childbirth education classes in the expectation regarding labour

Introduction: Pregnancy and childbirth are remarkable events in the lives of women and their families (Domingues, Santos & Leal, 2004). These are periods that generate developmental transitions and significant changes that can alter the emotional balance of women, causing stress states, anxiety or fear (Sousa, 2014).

The experience for the pregnant woman expects to have during the labour process is influenced by a set of individual and family-oriented factors, related to the previous experience, the experience of significant people and with current standards in the culture and society in which she is integrated (Pacheco, Costa & Figueiredo, 2009).

Women's expectations regarding labour and delivery are related to factors such as the presence of significant person during delivery, mode of delivery, the perceived pain, the control and the quality of care given. Achieve these expectations may contribute to a positive birth experience. Identifying the expectations that women have regarding the labour process and helping her to create realistic expectations is essential because "... the formulation of more realistic expectations ... may be of utmost importance to reduce the discomfort and concerns that greatly contribute to the deterioration of the quality of the birth experience" (Costa, Figueiredo, Pacheco & Parenting, 2003, p. 65), suggesting that for its implementation women need greater preparation and participation at labour and delivery.

In this sense, preparation for childbirth is one of the most relevant interventions by maternal health and obstetric nurses. It's an educational component for health, considered as an important source of prenatal education (Direcção-Geral da Saúde, 2001; Slade et al, 2000; Manning & Wright, 1983), which can be defined as a programme of education meetings that aims to "provide information and support to facilitate the birth of a child and increase a person's ability to develop and play the role of father / mother" (Bulechek, Butcher & Dochterman, 2010).

Childbirth education classes should develop knowledge, skills and self-efficacy in the woman / couple, so that the woman has confidence in herself, believes in her ability to give birth, be able to make decisions and becomes an active participant in her labour and delivery, helping her to formulate realistic expectations.

In order to determine whether the preparation for childbirth is effective in regard to the formulation of realistic expectations concerning labour and childbirth, a descriptive and exploratory study was conducted.

Aim: To assess if the mothers frequenting childbirth education classes met their expectations regarding labour.

Materials and methods: We performed an exploratory and descriptive study. Convenience sample. Data collection conducted between January 2011 and December 2012, in a hospital in the northern region of Portugal. The proposed study was authorized by the board, after a positive opinion from the Ethics Committee of the institution. All participants signed an informed consent form. Used the Experience and Satisfaction with the Childbirth Questionnaire (QESP), built and validated for the Portuguese population by Costa et al. (2004). The questions are answered in a Likert-type scale ranging from 1 to 4 ("much worse", "worse", "better", "much better" or "much less", "less", "more", "much more"). The labour was evaluated, as well as the intensity of pain perceived, the time it took to touch and hold the baby. The physical conditions of the institution and the quality of care provided by professionals were also evaluated. The Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 21 was used in the statistical analysis of the data.

Results: The sample consisted of 121 mothers aged between 20 and 41 years, average 31.7 years (SD=4.2). Most (74.4%, n=90) were married or lived in a fact union, had attendance of higher education (65.8%, n=79) and was primipara (86%, n=104). As for the type of delivery, 39.7% (n=48) had vaginal delivery, 29.8% (n=36) had vacuum delivery and 30.6% (n=37) had caesarean section. The participants considered that the expectations related to labour were met (53.7%, n=65), 19.9% (n=24) reported that labour

happened in worse or much worse way than expected. As for pain, 51.2% (n=62) mentioned that the intensity was in line with the expectations and 23.2% (n=28) said it was worse or much worse than they were expecting.

The duration of labour met the expectations of 29.8% (n=36) of the participants. However, 33.1% considered that it took longer or much longer than expected. Concerning the physical conditions of the institution at delivery ward, the majority (87.6%, n=106) claims to be according to the expectations and 2.5% (n=3) consider that they were worse or much worse than expected. Regarding the quality of care provided by health professionals, the majority of the participants (79.3%, n = 96) considered that it was in line with the expectations, and 12.4% (n = 15) stated that it was better or much better than their expectations. In relation to labour, 48.8% (n = 59) of participants said was in line with the expectations, 33.9% (n = 41) considered that was better or much better and 17.4% (n = 21) worse or much worse. To 46.3% (n = 56) of women the intensity of birth pain was similar to their expectations and to 38% (n = 46) it was smaller or much smaller. Despite these results, 15.7% (n = 19) considered that labour pain had a higher or much higher intensity than expected. As for the duration of labour, 16.6% (n = 20) of women mentioned that it lasted for more than expected, 44.7% (n = 54) indicated that it took less or much less than expected and 38.8% (n = 47) as long as expected.

After labour, regarding the time it took to touch and hold the baby, the majority considered that it met their expectations (62.8%, n=76 and 64.5%, n=78, respectively). However, 24.8% (n=30) of participants claimed that the waiting period for touching and holding (26.5%, n=32) the new-born took longer or much longer than expected. As for the physical condition of the institution and the quality of care provided by health professionals at puerperium ward, like it happened in labour, most women felt that it in line with their expectations (76%, n = 92).

Discussion: The labour, the time it took, the intensity of pain perceived, the time it took to touch and hold the new-born met the expectations of women, or were even better or much better than expected. The results also showed that the physical conditions of the institution and the quality of care provided by the professionals corresponded to the expectations of the participants. These results are according to the study of Costa et al (2003) which determined that the expectations of the women were met with regard to the time it took to touch and hold up the new-born, to the physical conditions of the institution and to the quality of care. The provision of quality care requires a sufficient number of maternal and obstetric health nurses that allows providing one-to-one care, focused on women, facilitating their active participation in the birth process and promoting a better birth experience. In Portugal this figure is still far from being achieved, so the results may be related to the fact that women may not distinguish quality obstetric care, valuing not the aspects mentioned above, but others such as the structure of the service, the friendliness of health professionals, the agency relationship established and the results achieved – mother and son apparently healthy.

The results achieved in this research are distinct, from Costa et al (2003) when comparing the way labour occurred, the time it took and the intensity of perceived pain. These differences may be due to the fact that our sample only contemplated women who had childbirth education, unlike the sample of authors. Preparation for childbirth seems to have helped woman to acquire knowledge and confidence, helping to formulate realistic goals and to frame their expectations. We demonstrated that this intervention is relevant for clinical practice, so we consider that it should be provided to all pregnant women, as this will significantly contribute to the promotion of a more positive childbirth experience, contributing for the establishing of a better mother-child bond.

With regard to methodological limitations of the study, it is considered that the extrapolation of the results should be made with caution because the results may not be representative of populations inserted in other contexts due to the fact that it was chosen to collect data in a single institution. Therefore, it is suggested carrying out research in other contexts and in other regions of the country. The fact that the sample was not random refers also to the need for effecting future studies that include this option, so that it may be generalized, with greater certainty, the results for the population.

Despite these limitations, it is considered that the investigation allowed obtaining results that were significant for the population studied and that have implications for nursing practice. The knowledge gained can contribute to guide the practice of maternal health and obstetric nurses, planning interventions of more effective preparation for delivery, with higher quality, which meet the needs of women and effectively contribute to achieving health gains.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Bulechek, G. M., Butcher, H. K. & Dochterman, J. M. (2010). NIC Classificação das intervenções de enfermagem (5ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A. & Pais, A. (2003). Parto: Expectativas, Experiências, Dor e Satisfação. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (1), 47-67.
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marques, A., & Pais, A. (2004). Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 159-187.
- Direcção-Geral da Saúde (2001). Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Lisboa: DGS. Retirado de URL: www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/pncdor-ra2010-jan-a-jul-pdf.aspx
- Domingues, R. M., Santos, E., & Leal, M. C. (2004). Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad. Saúde Pública*, 20 (1), S52-S62.
- Manning, M. M., & Wright, T. L. (1983). Self-efficacy expectancies, outcome expectancies, and the persistence of pain control in childbirth. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 421-431.
- Pacheco, A., Costa, R., & Figueiredo, B. (2009). Qualidade do Relacionamento com Pessoas Significativas: Comparação entre Grávidas Adolescentes e Adultas. *Psicologia: teoria e prática*, 11 (2), 129-144. Retirado de URL: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/1665/1227>
- Slade, P., Escott, D., Spiby, H., Henderson, B., & Frase, R. (2000). Antenatal predictors and use of coping strategies in labor. *Psychology and Health*, 15, 555-569.
- Sousa, A. P. (2014). Níveis de medo e suas causas no trabalho de parto. 8.º Seminário Internacional de Investigação em Enfermagem. Universidade Católica Portuguesa, Porto.

AUTORES/AUTHORS:

Gustavo Blasco López, Francisca Rubiera Núñez, Ana María Ruiz Rey, Susana Bravo Ferrón, Jesús Canoa Vázquez, Adriana Moreno

TÍTULO/TITLE:

FACTORES CAUSALES DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL POSTPARTO

INTRODUCCIÓN

La sexualidad humana representa el conjunto de comportamientos que conciernen la satisfacción de la necesidad y el deseo sexual. La sexualidad es un aspecto de la calidad de vida de la mujer, reflejo del bienestar físico, psicológico y social.

El DSM-IV- TR8 describe la Disfunción Sexual como dificultad en cualquier etapa del acto sexual (incluyendo deseo, excitación, orgasmo y resolución) que evita al individuo o pareja el disfrute de la actividad sexual. Diferenciando el trastorno del deseo sexual, Trastorno de excitación sexual, Trastorno del orgasmo y Trastorno Sexual por dolor.

La función sexual posterior al parto, ha sido evaluada en numerosos estudios, Klein⁴ y colaboradores, Solana Arellano⁵, Ejegard⁷, Barret⁹, observaron síntomas de dispareunia a los 3 meses, relacionado con el parto vaginal, y mayor dolor relacionado con episiotomía.

Según Klein a los doce meses y posteriores la disfunción sexual parece no estar relacionada con el tipo de parto, Khajahei⁶ además incluye una disminución de la libido, insatisfacción sexual y sequedad vaginal.

A los seis meses Ejegard ⁷ encontraban disfunción sexual relacionada con el tipo de parto y Khajahei⁶ no.

PALABRAS CLAVE: función sexual, puerperio, disfunción sexual.

OBJETIVO PRINCIPAL : Conocer los factores causantes de la disfunción sexual tras el parto en el Hospital Virgen de la Luz de Cuenca a los seis meses y su continuidad a los doce meses.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la relación entre la función sexual y el tipo de parto
- Observar la relación entre la función sexual con los datos sociodemográficos
- Conocer la existencia de la disfunción sexual con el tipo de desgarro o episiotomía
- Valorar la función sexual 6 y 12 meses después del parto en relación con la vivencia del parto.
- Establecer una relación entre los diversos factores de riesgo con un determinado subtipo de disfunción sexual.

METODOLOGÍA:

Tipo de estudio: estudio observacional analítico de cohortes interna, ambispectivo.

- La función sexual fue medida mediante la escala de Función Sexual de la Mujer (FSM). Cuestionario auto administrado por correo ordinario y anónimo. Para este estudio se tuvo en cuenta la puntuación global del cuestionario y las respuestas a los ítems pertenecientes a los dominios evaluadores de actividad sexual (DEAS)

- También se midió la función sexual en relación con variables socioeconómicas y obstétricas.

VARIABLES SOCIOECONÓMICAS

- Estado civil_ casada, soltera, separada, divorciada, viuda
- Nacionalidad de origen: española, otras...
- Población de residencia: cuenca ciudad, pueblo
- Tiempo de convivencia de su pareja actual: menos de 2 años, entre 3 y 5 años, 6-10 años, o más de 11 años.
- Nivel de estudios: sin estudios, primarios, secundarios, universitarios.
- Situación laboral materna: sin empleo, activa (por cuenta propia o cuenta ajena)
- Situación laboral de la pareja: activo, sin empleo.

-Tiene ayuda familiar o doméstica: si/no.

VARIABLES OBSTÉTRICAS

Tipo de gestación: natural/asistida.

-Asistencia a los cursos de preparación al parto: si/no

-Tipo de parto: eutócico, distócico (espátulas/ventosa/fórceps/ cesárea)

-Episiotomía: si/no

-Desgarro: no/si (I, II, III, IV)

-Analgesia: no/si (local/epidural)

-Duración del periodo expulsivo: menos de 15 minutos, 16-60 minutos, 61-120 minutos, más de 121 minutos).

-Sexo: varón/mujer

-Peso RN (gramos)

-Lactancia materna: no/si (menos de 15 días, 16 días-1mes, 2-3 meses, más de 4 meses).

NUESTRA POBLACIÓN.-

Primíparas, con embarazo normal, mayores de edad, que parieron en el Hospital Virgen de la Luz de Cuenca y que cumplieron 6 meses postparto entre los meses de abril del 2010 y abril de 2011. Posteriormente se realizó un seguimiento a los 12 meses postparto.

127 mujeres contestaron correctamente nuestro cuestionario

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

SPSS versión 15

Para determinar que variables están asociadas con la presencia de disfunción sexual se realizó un análisis de varianza (ANOVA) para las variables categóricas y un análisis de correlación Pearson (en caso de normalidad) o Spearman (en caso de no normalidad) para las variables continuas, con aquellas variables que muestran una significación estadística se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple a los 6 y 12 meses.

Además se estableció la relación entre los factores de riesgo identificados con un determinado subtipo de disfunción sexual.

RESULTADOS:

1. Evaluamos los casos de disfunción sexual:

De un total de 127 (100%) mujeres que contestaron el primer cuestionario a los seis meses y 27 (100%) de estas mismas que contestaron el segundo cuestionario a los doce meses.

Sin trastorno a los seis meses 85 (66,9%); y a los doce meses 18 (66,7%)

Trastorno moderado a los seis meses 39 (30,7%); y a los doce meses 7 (25,9%)

Trastorno severo a los seis meses 3 (2,4%); y a los doce meses 2 (7,4%).

2. A los 6 meses, los factores que se relacionan con la existencia de disfunción sexual son la presencia de episiotomía y la duración del periodo expulsivo(x^2 11.478 $p=0.02$), no observándose esta relación a los 12 meses.

3. Se objetiva disfunción sexual más severa cuanto más prolongado es el periodo expulsivo del parto (CC .213 $p=0.029$). $p=0.029$).

4. Las mujeres que tienen iniciativa sexual (CC .77 $p<0.001$), buen grado de comunicación sexual (CC .41 $p=0,03$), mayor satisfacción sexual (CC .826 $p=0.01$) y mayor satisfacción general (CC .417 $p=0.034$), presentaron un menor grado de disfunción sexual.

5. No se ha encontrado relación estadísticamente significativa entre los factores sociodemográficos y la presencia de disfunción sexual. Así mismo, tampoco se observa relación entre ésta y los datos de parto recogidos en nuestro cuestionario

DISCUSIÓN:

La episiotomía y la duración del periodo expulsivo prolongado se postulan como factores favorecedores de una disfunción sexual posterior de la mujer.

Nuestro trabajo de investigación contribuye al aumento del conocimiento sobre las necesidades de nuestra población a atender, aportando más conocimiento acerca de los aspectos psico-sociales relacionados con la atención al nacimiento. Son pocos los estudios sobre sexualidad de la mujer relacionados con el parto. El nuestro quiere ser el punto de partida para seguir investigando en el Área de Salud de Cuenca.

Los datos los obtuvimos cuando en el paritorio HVL se practicaba episiotomía sin restricciones, y periodo del expulsivo era siempre activo. Nuestro estudio ha contribuido al cambio en el manejo del parto. Actualmente el protocolo de actuación de atención al parto en el HVL se encuadra dentro de las recomendaciones de todas las sociedades científicas de obstetricia y ginecología, y sigue las recomendaciones tal y como indica la "Guía Clínica de Atención al Parto Normal" MSSSI 2010.

Ahora se realiza episiotomía restrictiva, expulsivo pasivo- activo del parto y pujos espontáneos. El reto es conocer si con estos cambios se ha modificado también, la incidencia de disfunción sexual de la mujer en el Área de Salud de Cuenca.

Durante la realización del estudio hemos encontrado el sesgo de la baja tasa de respuestas, sobre todo tras la realización del segundo cuestionario, 6 meses después del primer contacto con la mujer. Esto puede ser debido a la disminución de la disfunción sexual.

Nos hemos encontrado además con más patología sexual que la referente a la bibliografía encontrada sobre el tema, esto puede ser debido al sesgo de memoria de las participantes, ya que contestan más aquellas personas que se encuentran con un problema de disfunción sexual.

Para terminar sería interesante conocer la función sexual después de los doce meses, e incluso antes del embarazo, para ampliar conocimientos sobre un aspecto de la salud humana tan importante como es la sexualidad, a veces tabú en nuestra sociedad e importante en el trabajo diario de matrona por ser consultoras de referencia de la mujer.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

2. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Fergusson D, Fourcroy J y cols. Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: definitions and classifications. *J Urol* 2000; 163: 888-93.
4. Klein K, Worda C, Leipold H, Cruber C, Husslein P, Wenzl R. Does the mode of delivery influence sexual function after childbirth?. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009 Aug;18(8):1227-31
5. Solana- Arellano E, Villegas- Arrizón A, Legorreta-Soberanis J, Cárdenas- Turanzas M, Enzaldo de la Cruz J, Andersson N. dispareunia en mujeres después del parto: estudio de casos y controles en un hospital de Acapulco, México. *Rev Panam Salud Pública*. 2008;23(1):44-51.
6. Khajeheir M, Ziyadlou S, Safari RM, Tabatabaee H, Kashefi F. A comparison of sexual outcomes in primiparous women experiencing vaginal and caesarean births. *Indian J Community Med*. 2009 Apr;34(2):126-30.
7. Ejegard H, Ryding EL, Sjogren B. Sexuality after delivery with episiotomy: a long-term follow-up. *Gynecol Obstet Invest*. 2008;66(1):1-7.
8. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson
9. Barret G, Penty E, Peacock J, Victor C, ThaKar R, Manyonde I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG*. 2000 Feb; 107 (2): 186-95.
10. Sanchez Montoya J, Palacions Alzaga G. Trastorno de estrés postraumático en el embarazo, parto y postparto. *Matronas prof*. 2007; 8 (1): 12-19.
11. Martinez Galiano JM. Influencia de la episiotomía versus el desgarro perineal sobre la normalización de las relaciones sexuales en puérperas. *Nure investigación [revista en internet]* 2009 Nov-Dic. (fecha acceso 30 enero 2010); 6(43). Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proydueinf_41.pdf

12. Ortiz González M, garcia Mani S, Coldeforns Vidal M. Estudio de interés sexual, la excitación y la percepción de las relaciones de paria en mujeres primíparas lactantes en relación con las no lactantes. *Matronas Prof.* 2010; 11(2): 45-52.
13. Sanchez F., et al. Diseño y validación del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). *Aten Primaria* 2004; 34(6):286-94.
14. Martinez Galiano JM. Influencia de la episiotomía versus el desgarro perineal sobre la normalización de las relaciones sexuales en púerperas. *NURE Inv. (Revista en Internet)* 2009 Nov-Dic. (fecha acceso: noviembre 2013); 6 (43). Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyepiversusdes43.pdf

Mesa de Comunicaciones 14: Cuidados a pacientes crónicos

Concurrent Session 14: Chronic Care

AUTORES/AUTHORS:

Maria de la Villa Heredia Galán, María José Cruz Rios, Irene Bustos Fernandez, Alfonso Cruz Lendinez, Juan Francisco Ballesteros Duarte, Jose Antonio Morales Muñoz, Laura Merino Morales, Jorge Molino Heredia, Carmen Rosa Garrido

TÍTULO/TITLE:

Tratamiento Musical y Calidad de Vida en la Hipertensión mal controlada

1. OBJETIVO:

Determinar los efectos de la música, sobre la Calidad de Vida (CV) relacionada con la Salud, en pacientes con Hipertensión Arterial mal controlada en el entorno de Atención Primaria (AP) de Jaén.

2. METODOLOGIA:

Se realizó un Ensayo Clínico Aleatorio sin medicamentos, en 64 pacientes de Atención Primaria, consistente en una intervención musical, a los que se les aplicó un tratamiento específico y al grupo control una selección aleatoria de otras músicas. Se calculó un tamaño mínimo muestral de 64 pacientes; el análisis estadístico de los datos se realizó con el paquete IBM SPSS Statistics V. 21.0. El rango de edad de la selección de la muestra, fue de 40-80 años, que cumplieran criterios de Hipertensión Arterial mal controlada, en tratamiento farmacológico y con criterios de exclusión que no firmaran el consentimiento informado y tuvieran arritmias entre otras. Se midió la Calidad de Vida antes y después con el Cuestionario (CRVS) MINICHAL, específico para la Hipertensión (1).

El Cuestionario MINICHAL, mide la Calidad de Vida relacionada con la Salud, pudiendo ser autoadministrado. Las preguntas hacen referencia a los «últimos 7 días» con 4 posibles opciones de respuesta: 0 (no, en absoluto), 1 (sí, algo), 2 (sí, bastante) y 3 (sí, mucho). Evalúa la influencia de variables sociodemográficas, clínicas, terapéuticas en la CV relacionado con la salud del paciente hipertenso. MINICHAL cuenta con una fiabilidad de 0.92 y 0.75 respectivamente. Está formado por 16 ítems de los cuales 10 corresponden a la dimensión "Estado de Ánimo" y 6 a la dimensión "Manifestaciones Somáticas". Las preguntas hacen referencia a los "últimos 7 días" con cuatro posibles opciones de respuesta: 0 = No, en absoluto; 1 = Sí, algo; 2 = Sí, bastante; 3 = Sí, mucho. El rango de puntuación va de 0 (mejor nivel de salud) a 30 (peor nivel de salud) en la primera dimensión y de 0 a 18 en la segunda. La puntuación total del MINICHAL va de 0 (mejor nivel de salud) a 48 (peor nivel de salud)(1).

Los pacientes fueron citados en el Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario de Jaén, para la inclusión en el estudio, firma del Consentimiento Informado y cumplimentación del Cuaderno de Recogida de Datos, que incluía el Cuestionario CVRS MINICHAL, por personal Enfermero especializado para ello. La intervención consistió en la realización de una sesión de una hora de duración, cada seis semanas durante seis meses. Para la intervención musical, utilizó un MP5 y cascos, con una selección estructurada de secuencias musicales específicamente estudiadas por dos especialistas en música, para este tipo de pacientes. Se habilitó un espacio específico para ello, que cumpliera los requisitos para aplicar la terapia, incluyendo las condiciones de comodidad y silencio. Para la selección de la música más adecuada a cada paciente, se utilizó un dispositivo de medición con derivaciones precordiales de parámetros HRV, el cual ofreció valoración cuantitativa de la modulación de la actividad de la rama tanto simpática como parasimpática del SNA lo que permitió seleccionar la secuencia que más favorable al paciente. Facilitándosela a este posteriormente, para la escucha en su domicilio durante varios días a la semana, entre una sesión y otra.

3. RESULTADOS:

Al comienzo del estudio los pacientes de ambos grupos de tratamiento son homogéneos en cuanto a la edad (Test U de Mann-Whitney $p=0,344$), variables socioeconómicas como la ocupación, el nivel educativo, el nivel de ingresos y la convivencia (Test Chi-cuadrado $p_{\text{valo}} > 0,05$) y la Calidad de Vida (Test U de Mann-Whitney $p=0,078$). De este modo se comprueba que la

aleatorización ha distribuido a los pacientes en dos grupos homogéneos y que las diferencias que se encuentran a lo largo del estudio no se deben a factores externos al tratamiento.

De la muestra, 43 pacientes (67.2%) fueron mujeres y 21 (32.8%) hombres. La edad media fue de 60,4 años. Con respecto a la convivencia 21 de ellos viven con pareja sin hijos, 25 con pareja e hijos, 13 solos sin ayuda, y 1 otros. Con respecto a los ingresos mensuales, el grupo que destaca es el que está entre 1000-1500 euros con un total de 16 pacientes, 12 entre 1500-2000 euros y 19 más de 2000 euros. La profesión más frecuente es la manual intensa. Y con respecto al nivel de estudios, 24 de ellos tienen "primarios completos" siendo el más frecuente, seguido de 21 con estudios "secundarios superiores (Bachiller)" y de 11 con "estudios Universitarios".

Los resultados globales del Test Minichal de la totalidad de la muestra al inicio, muestran que el 50% de los pacientes tiene valores de la calidad de vida entre 6 y 18 (a medida que el valor aumenta, existe un peor nivel de salud percibida).

Se analizó estadísticamente el efecto de la música sobre la Calidad de Vida en estos pacientes a través del cálculo del test no paramétrico de Wilcoxon, existiendo diferencias estadísticamente significativas $p_valor=0,001$. Los resultados globales del test Minichal de Calidad de Vida al inicio, muestran que la media (\pm desviación típica) de la CV al inicio en el grupo experimental, fue de 13.37 (\pm 7.84), bajando a los seis meses a 9.33 (\pm 5.71), mientras que en el grupo control, pasó del inicio a 9.71 (\pm 8.01), a 10,46 (\pm 9.65). Los valores de la mediana de la CV de vida en el grupo experimental es de 12 al inicio mientras que a los seis estos valores son de 8, siendo estas diferencias estadísticamente significativas, $p_valor=0,001$, test no paramétrico de Wilcoxon. La evolución de la mediana en la calidad de vida en el grupo control, pasó de 8 a 7.5, no presentando diferencias estadísticamente significativas.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Como en otros estudios, en esta investigación se demuestra que la música es beneficiosa para la mejora de la Calidad de Vida en el paciente hipertenso (2,3) y la modulación del SNA (4,5,6).

Hasta el momento algunos autores han investigado la relación entre Calidad de Vida e Hipertensión (7,8), así como la aplicación de música en este proceso crónico (2), sin embargo ninguno lo ha realizado en pacientes Hipertensos mal controlados. Tan solo uno de ellos ha investigado con determinadas partes de la música, velocidad, espacios de silencio, etc; aunque no ha aplicado a cada paciente una receta musical específica como tratamiento a medio plazo (9). Sin embargo las características particulares de cada uno de estos pacientes se deben tener en cuenta ya que las necesidades de cada uno de ellos pueden ser distintas, así como las patologías que llevan asociadas. Lo cual ha sido motivo de esta investigación, viéndose reflejado, en la variable cuantitativa estudiada y en los resultados obtenidos del cuestionario MINICHAL.

Son necesarios más estudios que informen sobre las necesidades musicales según las distintas patologías y grados que presenten este grupo de pacientes hipertensos, así como aspectos referentes al efecto terapéutico. Ninguno hasta el momento, había planteado la necesidad de ajustar el tratamiento de musicoterapia, de forma cuantitativa individual como se ha realizado en esta investigación. Creemos que sería favorable, seguir investigando en esta línea y conocer los resultados a largo plazo del efecto de la terapia musical personalizadas así como en el estudio de otras variables psicoemocionales y parámetros que puedan estar asociadas a este proceso.

Según las evidencias mostradas en esta investigación, la intervención musical personalizada, es efectiva para mejorar la Calidad de Vida en el paciente Hipertenso Mal Controlado. Redundando en una mejora del bienestar físico, mental y social percibido por dichos pacientes. Lo que genera un efecto positivo en el nivel de salud, el estado de ánimo, manifestaciones somáticas y síntomas físicos

medidos en esta investigación a través del Cuestionario (CVRS) MINICHAL.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

La intervención musical estructurada provoca cambios favorables en dicha Calidad de Vida, lo que hace que pueda tener futuras implicaciones de mejora en diferentes esferas de la vida del paciente Hipertenso mal controlado, incluida también su morbimortalidad.

Dicha intervención por tanto, supone una opción muy favorable de tratamiento no farmacológico sin efectos secundarios, efectivo, eficaz y eficiente a tener en cuenta en futuras actuaciones terapéuticas en dichos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Badia X, Roca-Cusachs A, Dalfó A, ET AL. Validation of the short form of the Spanish hypertension Quality of Life Questionnaire (MINICHAL). Clin. Ther. 2002;24:2137-54.
2. Zanini, Claudia Regina de Oliveira, et al. "Music therapy effects on the quality of life and the blood pressure of hypertensive patients." Arquivos brasileiros de cardiologia 93.5 (2009):534-540.
3. Soutello AL, Rodrigues RC, Jannuzzi FF, São-João TM, Martinix GG, Nadruz W Jr, Gallani MC. Quality of Life on Arterial Hypertension: Validity of Known Groups of MINICHAL. Arq Bras Cardiol. 2015 Apr;104(4):299-307. doi: 10.5935/abc.20150009. Epub 2015 Feb 27.
4. Peng SM, Koo M, Yu ZR. Effects of music and essential oil inhalation on cardiac autonomic balance in healthy individuals. J Altern Complement Med. 2009 Jan;15(1):53-7.
5. Nakahara, Hidehiro, et al. "Emotion-related changes in heart rate and its variability during performance and perception of music." Annals of the New York Academy of Sciences 1169(2009):359.
6. Orini M, Bailón R, Enk R, Koelsch S, Mainardi L, Laguna P. A method for continuously assessing the autonomic response to music-induced emotions through HRV analysis. Med Biol Eng Comput. 2010 May;48(5):423-33.
7. Rebollo, P., Fernández, F. y Ortega, F. (2001). La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos con hipertensión arterial. Hipertensión, 18, 429-429
8. Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Gómez, A. & Montoya, L. M. (2007) Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve. Diversitas: Perspectivas en Psicología, 3, 203-211.
9. Bernardi L, Porta C, Sleight P (2006) Cardiovascular, cerebrovascular, and respiratory changes induced by different types of music in musicians and non-musicians: the importance of silence. Heart 92(4):445-452.

Financiación: Los datos de este estudio, corresponden a un Proyecto de Investigación financiado por la Consejería de Salud de la

Junta de Andalucía en su Convocatoria 2012.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves V

Session of Oral brief Presentations V

AUTORES/AUTHORS:

JOSE RAMÓN CÁNOVAS CORBALÁN, MARTA GONZÁLEZ MARTÍNEZ, LAURA BAÑOS MEROÑO, MARÍA MANRESA QUESADA, MARÍA DEL MAR GARCÍA LÓPEZ, FRANCISCO FRANCO FIGUEREDO, MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE MARTÍNEZ, JAVIER RODRÍGUEZ TELLO, MARÍA TERESA ROLDÁN CHICANO

TÍTULO/TITLE:

INTERVENCIÓN GRUPAL EN PACIENTES CON EPOC: MEJORA DE LA AUTOADMINISTRACIÓN DE INHALADORES CON CÁMARA ESPACIADORA

OBJETIVOS

GENERAL: determinar el efecto de un entrenamiento grupal en la mejora de la autoadministración de inhaladores de cartucho presurizados (ICP) con cámara espaciadora (CE).

ESPECÍFICOS:

Conocer las características sociodemográficas, clínicas y del tratamiento de nuestra población.

Evaluar el uso correcto de los ICP.

Averiguar los errores más frecuentes en el uso de los ICP.

Comprobar la autopercepción de la técnica inhalada (TI) y la limpieza bucal tras la inhalación.

Analizar la relación entre características sociodemográficas, datos clínicos y relativos al tratamiento y uso correcto de los ICP.

MÉTODOS

Estudio clínico piloto, cuasi-experimental, antes-después, con intervención grupal en pacientes con EPOC en tratamiento con ICP, usuarios de un centro de salud urbano perteneciente al área de salud de Cartagena.

Los pacientes fueron seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia durante la asistencia habitual en consulta de enfermería o médica, durante el período del 13 de enero de 2015 al 13 de febrero de 2015, para pilotar la intervención sobre un total de 24 pacientes.

Se tomaron como criterios de inclusión: edad entre 40 y 80 años; tener episodio activo en Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria de EPOC (CIAP "R95 EPOC, ENFISEMA, BROQUITIS CRÓNICA"); tratamiento con al menos un inhalador de cartucho presurizado, ya sea utilizado como tratamiento habitual o "de rescate"; aceptación voluntaria y explícita (firma del consentimiento informado) para formar parte del estudio.

Fueron excluidos de nuestro estudio aquellos pacientes en situación terminal, con deterioro cognitivo o que presentaban incapacidad para desplazamiento al centro de salud.

Las variables a tener cuenta fueron:

- Variables dependientes: Valoración de la TI, autopercepción de la técnica y limpieza bucal.

- Variables independientes: características sociodemográficas (género, edad, estudios); datos clínicos (hábito tabáquico, cigarrillos/día); datos relativos al tratamiento (consejo antitabáquico, uso de CE y nº de inhaladores).

Como instrumento de recogida de datos se elaboró "ad hoc" un cuestionario formado por 11 ítems de respuesta dicotómica sí/no, mediante el que se valoraba la técnica inhalatoria. El cuestionario se basó en diferentes guías y documentos al respecto, así como en las indicaciones de las empresas distribuidoras de inhaladores y el cuestionario utilizado por el Servicio de Neumología del Complejo Hospitalario Universitario de referencia.

La intervención consistió en un grupo participativo de una hora de duración, dinamizado por dos miembros del equipo, en el que se visualizaba un recurso audio-visual explicativo de la TI con ICP y cámara inhaladora. Posteriormente, se reforzó de manera verbal el entrenamiento, realizándose prácticas de autoadministración de ICP con cámara espaciadora e inhalador placebo, y se revisaron de manera conjunta las recomendaciones reflejadas por escrito en un folleto, del que los pacientes dispusieron como recordatorio. Se realizó una intervención inicial y otra recordatoria a los 3 meses.

Los datos recogidos fueron analizados mediante un programa estadístico: análisis de frecuencias, tablas de contingencia, estadístico exacto de Fisher, estadístico McNemar, X² y t-Student.

RESULTADOS

Edad media de 68,50 años; el 75% (18) hombres y el 25% mujeres (6). El 54,2% (13) poseía estudios primarios, el 29,2% (7) no

tenía estudios, el 12,5% (3) estudios secundarios y el 4,2% (1) estudios superiores.

El 70,8% (17) no poseía CE pre-intervención y usaban de forma habitual una media de 2,46 inhaladores/día. El 45,8% (11) eran fumadores, con una media de 6,38 cigarrillos/día. El 75% de los pacientes recibieron consejo anti-tabáquico: el 50% (12) del médico y el 4,2% (1) de enfermería.

En cuanto a la valoración de la TI, realizaban una buena técnica: el 12,5% (3) antes de la intervención, frente al 95,8% (23) en la post-intervención 1 (P1) y el 54,5% (6) en la post-intervención 2 (P2). El 87,5% (21) realizaba una mala TI antes de la intervención, frente al 4,2% (1) de la P1 y el 45,5% (5) de la P2. La mejora entre la pre-intervención y la P1 es estadísticamente significativa ($p<0,001$).

Los errores más frecuentes en la pre-intervención fueron en los ítems "agita" 41,7% (10), "expulsa" 66,7% (16), "pulsa" 66,7% (16), "aguanta" 43,5% (10), "espera" 87,5% (21).

El 75% (18) consideraba que realizaba bien la TI frente al 100% (24) que lo consideraba así en la P1 y el 90,9% (10) en la P2.

Realizaron una adecuada limpieza bucal el 54,2% (13) frente al 100% en la P1 y la P2.

DISCUSIÓN

La mejora en la autoadministración en P1 se debió a la intervención realizada, aunque no puede asegurarse que esta perdurase a los 3 meses, siendo necesaria la sesión recordatoria. La limpieza bucal se mantuvo.

La mayoría de pacientes no utilizaban CE a pesar de estar recomendada.

No existe relación entre la autopercepción de la TI y la valoración realizada por el equipo investigador.

No se obtuvieron resultados con diferencias significativas que relacionaran uso correcto de los ICP con las características de la población.

Limitaciones propias del diseño del estudio y la pérdida de pacientes en la P2 para la obtención de una muestra representativa.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA

- 1.Miravittles M, Juan José Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA et al. Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Actualización 2014.
- 2.Zwerink M, Brusse-Keizer M, van der Valk PDLPM, Zielhuis GA, Monninkhof EM, van der Palen J, et al. Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease.Cochrane Database of Systematic Reviews, 2014.
- 3.LlaugerRoselló MA, Pou MA, Domínguez L, Freixas M, Valverde P, Valero C. Atención a la EPOC en el abordaje al paciente crónico en atención primaria. ArchBronconeumol , 2011
- 4.Pisano González MM, González Pisano A. La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. EnfClin, 2014
- 5.Tan JY, Chen JX, Liu XL, Zhang Q, Zhang M, Mei LJ et al. A meta-analysis on the impact of disease-specific education programs on health outcomes for patients with chronic obstructive pulmonary disease. GeriatrNurs, 2012.
- 6.Göris S, Tasci S, Elmali F. The effects of training on inhaler technique and quality of life in patients with COPD.J Aerosol Med Pulm Drug Deliv, 2013.
8. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica SEPAR, Asociación Latinoamericana de Tórax (ALAT). Consenso SEPAR-ALAT sobre terapia inhalada. ArchBronconeumol. 2013; 49:2-14

AUTORES/AUTHORS:

Josep Mercader Coma, Mireia Mañas Peña, Sonia Ruiz Serrano, Cristina Dorado Sabaté, Laia Tobella Andreu, Tomás Escolano Hernández, M José Parejo Martín, Francisco Orfila Pernas, Ines Falder Serna

TÍTULO/TITLE:

Grado de control en las personas con tratamiento oral con antagonistas de la Vitamina K en Atención Primaria

OBJETIVOS: Describir el grado de control en las personas con tratamiento oral con anticoagulantes antagonistas de la vitamina K (ACO) en atención primaria (AP) y identificar los diagnósticos de enfermería asociados.

MÉTODOS : Estudio descriptivo transversal en un Centro de Atención Primaria urbano (30.207 hab). Los datos se obtuvieron mediante revisión de historia clínica. Población: todas las personas > 18 años que tomaban ACO en Marzo de 2015. Criterios de exclusión: personas controladas en el hospital. Variables de estudio: Porcentaje de personas que tenían buen control: Método 1 (M1): (> 60% de los controles en rango ampliado ($\pm 0,3$) de la Razón Internacional Normalizada (INR) en los últimos seis meses y Método 2 (M2): porcentaje de controles en rango ampliado de los tres últimos valores de INR; variables socio-demográficas, obesidad (Índice de Masa Corporal superior a 29), tratamiento ACO y tiempo que los está tomando, diagnósticos de enfermería (NANDA), NIC's (intervenciones de enfermería) asociados y diagnósticos médicos según clasificación CIM-10. Estratificación de morbilidad y complejidad (Clinical Risk Groups, CRG), ingresos en el hospital. Se calcularon estadísticos descriptivos y se hizo análisis bivariado para ver posibles relaciones entre variables, utilizando la t-Student para variables cualitativas y Chi-cuadrado para las cuantitativas. El valor de la $p < 0,005$ se utilizó como significación estadística.

RESULTADOS: Un total de 542 personas tomaban ACO, 55,16 % se controlaban en AP, un 18,1 % de estos en Atención domiciliaria. Las personas que se controlan en AP, tienen mayor edad y menos meses de tratamiento que los controlados en hospital ($p < 0,001$). De las 299 personas que se controlaban en AP, la edad media fue de 79,25 años (desviación estándar (DE) 9,17 años), 48,8% eran mujeres. Un 80,1 % tenían el control del INR en rango según M1 y el 48,7 % tenían los tres últimos controles en rango (M2). Un 98,6 % tomaban Acenocumarol® y un 1,3 % Aldocumar®. La media y DE de duración del tratamiento fue de $62 \pm 44,16$ meses. La prevalencia de diagnósticos NANDA asociados al control ACO fue del 32,9 % y un 43 % tenían NIC's asociados. Entre los diagnósticos CIM-10 destacaban: fibrilación auricular (AcxFA), 82,2%, un 15,7,% tenían valvulopatías, el 90,1% Anticoagulantes orales, el 16,1 % AVC/Íctus, el 22,1% , Cardiopatía Isquémica, y el el 9,4 % Tromboembolismo Pulmonar. Tenían CRG superior a 5 un 76,9 %, y el 45,1 % tuvo algún ingreso. Tenían obesidad un 33% . Se asoció el buen control del INR con un IMC bajo ($p < 0,001$) y la Cardiopatía Isquémica ($p = 0,017$). No hubo diferencias estadísticamente significativas al realizar análisis de la varianza (ANOVA) de la variable buen control (M1) respecto a la edad, tratamiento, nº ingresos e IMC.

DISCUSIÓN: A pesar de ser una población envejecida, con alta complejidad (CRG) existe un buen control en AP, similar a estudios en el entorno de AP. La implantación reciente de los diagnósticos NANDA y NIC en este campo de cuidados hace que los registros sean deficitarios. Se evidencia la asociación de la obesidad con el mal control del INR.

IMPLICACIONES PARA LA PRACTICA: Sería recomendable adoptar medidas para mejorar los registros enfermeros, teniendo en cuenta que en un futuro inmediato, se aumentará la población con control del INR en AP. Reforzar la educación sanitaria para bajar la prevalencia de obesidad, probablemente mejorará el grado de control de las personas con ACO.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Cinza Sanjurjo S, Rey Aldana D, Gestal Pereira E, Calvo Gómez C. Grupo Investigadores ANFAGAL. Evaluación del grado de anticoagulación de pacientes con fibrilación auricular en el ámbito de atención primaria de Galicia. Estudio ANFAGAL. Rev Esp Cardiol.2014.<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.04.020>.
- Lozano R, Lopez RM, Boyero A, Recio S, Padín C, Garzón M, Rodríguez LM. Estratificación de la población mayor de 65 años en

grupos de riesgo clínico: características y valoración enfermera. Rev Enfermería Clínica.2014;24(5):290-295

- Molina Casado MP, Sánchez-Garrido Escudero R, Rodríguez Idígoras MI, Martínez González JL, Escolar Castellón JL. Control del tratamiento anticoagulante oral en atención primaria de la provincia de Málaga. Rev Calidad Asistencial. 2006;21(6):293-8.

- Lobos Vejerano JM, Del Castillo Rodríguez JC, Mena González A, Egido Flores L, Díaz Sánchez S, Cabrera de León A, Alonso Roca R, Pastor Fuentes A. Situación actual de los pacientes con fibrilación auricular atendidos en atención primaria en España (estudio FIATE). Rev Esp Cardiol. 2012;65 Supl 3:486.

- Institut Català de la Salut. Manejo del riesgo trombótico en la fibrilación en Atención Primaria. Nota de evaluación asistencial del Grupo de Evaluación estratégica (SIDIAP).

AUTORES/AUTHORS:

AMPARO CASTAÑO ANDUJAR, ANGEL AGULLO PIÑOL, MANUELA IBARRA RIZO, M^a DOLORES MOLINA UTRERA, SANDRA GARCIA PRIETO, VANESA ARACIL PEDRAZA, NOEMI CASTAÑO ALEJO, JOSE RAMON VARGAS PEÑA, M^a LUISA SOLER RIZO

TÍTULO/TITLE:

Captación activa de pacientes en un Centro de Salud para detectar Factores de Riesgo Cardiovasculares

Objetivos: Detectar Factores de Riesgo Cardiovasculares (FRCV) en la población no incluida en programas de Salud.

Intervenir en FRCV modificables, hábitos saludables, consejos de dieta y ejercicio

Estudiar la población que presenta mayor FRCV

Metodología

Ámbito

Departamento de Salud Elche-Hospital General.

Diseño

Estudio descriptivo, transversal

Sujetos/participantes

Población que acude a los seis Centros de Salud del Departamento, por situaciones relacionadas con su salud o acompañando a un familiar.

Criterios de exclusión:

Aquellos pacientes que estén incluidos en Programa de Salud del Adulto, relacionado con la Hipertensión Arterial (HTA) o Diabetes (DM) que se llevan a cabo por la Conselleria de Sanidad.

Variables

TA, Glucemia capilar post prandial, determinación del Índice de Masa Corporal, hábito tabáquico y registro de realización de actividad física.

Obtención datos

El día 17 de Marzo con motivo del Día Europeo de la Prevención de la Enfermedad Cardiovascular, en el Departamento de Salud Elche-Hospital General se decide la celebración de dicho día realizando una jornada de Promoción de la Salud en el ámbito de la Atención Primaria.

Se realiza control de las constantes a aquellos pacientes que acuden al punto de control de forma voluntaria.

Se recogen en base de datos Excel todas las variables, así como, su alteración

Resultados

Se realiza un total de 262 screening de ellos, un porcentaje elevado son mujeres y en menor proporción hombres.

La mayor parte de los hombres que acuden a control son mayores de 45 años, de las mujeres que acuden a control hay un mayor porcentaje mayores de 55 años.

De los screening realizados más de la mitad de los pacientes no están incluidos en ningún programa de salud y precisan intervención y seguimiento.

Tanto en Hombres como mujeres que no están en programa el orden de FRCV alterados es el mismo, siendo primero el sedentarismo, seguido de sobrepeso, mal control de Tensión Arterial, la glucemia y por último el tabaquismo.

5-Discusión

La edad como FRCV no modificable aumenta a partir de 45 años en hombres y 55 en mujeres.

Por los datos obtenidos podemos decir que la estrategia como cribado es válida, pero debe ir acompañada de otras estrategias de abordaje en la comunidad para la detección precoz a edades tempranas y para la captación de otros factores de riesgo que permanecen ocultos en la población que no acude a los centros sanitarios.

Implicación para la práctica

La captación activa, en el cribado de FRCV, de la población en general, nos permite realizar una intervención rápida y eficaz en la prevención de las patologías silentes que derivan en enfermedad Cardiovascular.

La implicación de todos los profesionales de enfermería en la realización de cribado a todos los pacientes que acuden a consulta por cualquier motivo, no incluidos en Programas de Salud y a sus acompañantes.

Es efectivo que enfermería salga de sus consultas y presenten a la población, que es lo que hace la enfermera para cuidar de su salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

González AI, Obaya JC ¿Qué tabla es más adecuada para el cálculo del riesgo coronario en atención primaria? JANO 11 DE SEPTIEMBRE DE 2009. N.º 1.744
Grau M, Marrugat J. Prevención cardiovascular (II). Funciones de riesgo en la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares. Rev Esp Cardiol. 2008;61:404-16 imagen tabla RCV disponible en: <http://searches.viview.com/search/images?qsi=61&q=tablas%20regicor%20&p=7&fcoid=4&fcop=bottomnav&fpid=2>. Generalitat Valenciana. Estudio de la prevalencia de obesidad, hipertensión arterial, dislipemia tabaquismo y resistencia a la insulina. Plan de Diabetes de la Comunitat Valenciana 2006-201

AUTORES/AUTHORS:

María José Polvillo Avilés, María del Rosario Martínez Jimenez, Dolores Torres Enamorado

TÍTULO/TITLE:

PERFIL DE PERSONA QUE ACUDE AL PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA.

OBJETIVO:

Con el trabajo realizado, nos proponemos como objetivo general: determinar el perfil de las personas que acuden al programa de deshabituación tabáquica del Centro de Salud El Olivillo de Cádiz.

Y como objetivos específicos:

- Describir las características sociodemográficos.
- Detallar el estado de salud y la presencia de factores cardiovasculares.
- Analizar el hábito tóxico respecto al tabaco y a otras drogas.

METODOLOGÍA:

Para alcanzar los objetivos propuestos, emplearemos una metodología cuantitativa, realizando para ello un estudio descriptivo observacional de corte transversal.

El ámbito del estudio es Atención Primaria, en este caso, la Unidad de Gestión Clínica, El Olivillo perteneciente al Distrito Bahía de Cádiz – La Janda.

La muestra está formada por todas las personas que realizan el programa durante las diferentes ediciones realizadas durante periodo de estudio, es decir, entre 2010 y 2013, quedando configurada por 65 personas. Los criterios de inclusión en el estudio son:

- Participar en el programa de deshabituación tabáquica.
- Firmar el consentimiento informado para el uso de los datos siempre de forma confidencial.

Quedan excluidas aquellas personas que no inician el programa o se niegan a participar en el estudio.

Los datos del estudio se recogen a través de un cuestionario de elaboración propia. Dicho cuestionario se divide en tres bloques:

- Datos administrativos y de salud
- Hábito tabáquico y la dependencia a la nicotina a través del cuestionario Fragestron
- Otros hábitos tóxicos, como es el consumo de alcohol y otras drogas.

Se lleva a cabo una depuración estadística y un análisis descriptivo de las variables, a través del programa informático estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 22.0.

Los datos del estudio serán tratados conforme la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de "Protección de Datos de Carácter Personal", y utilizados exclusivamente para el desarrollo y buen fin del estudio.

RESULTADOS:

Con respecto a la edad de los participantes obtenemos una media de edad de 46,18 años y una desviación estándar de 11,70 años, siendo el mínimo de 26 años y el máximo de 72 años.

Atendiendo al sexo, el 53,8% corresponde a hombre y el 46,2% a mujeres.

Al analizar la situación laboral, observamos que el 43,1% está en activo, el 27,7% en paro, 16,9 % jubilado, el 9,2% es pensionista y el 3,1% estudiante.

A cerca del nivel de estudio, el 44,6% tiene estudios primarios, el 26,2% secundarios, el 23,1 % formación profesional y el 6,2% universitarios.

Al analizar el hábito tabáquico, obtenemos que la media de años fumados es de 29.89 años con una desviación estándar de 11,745. El mínimo es de 13 y el máximo de 62 años fumando. La edad media de inicio es de 16,35 años. El número medio de cigarrillos fumados al día es de 23,75 cigarrillos. La media de veces que los participantes intentan dejar de fumar es de 2,61 veces, siendo la

media de días sin fumar de 199.96 días.

Al hablar del consumo de otras drogas, destaca que el 75 % consume alcohol, con un consumo social en el 44,6% de los casos, el 61,5% no consume ninguna droga y el 35,4% si, siendo el más frecuente el cannabis, con un 35,4%, seguida de la cocaína con un 12,3 %, el 3,1 % heroína y el 1,5% anfetaminas. Siendo el consumo ocasional en un 15% de todos los casos y del 13,8% esporádico. Con respecto al estado de salud, se aprecia que el 30,8% de los participantes presentan factores cardiovasculares de origen primario, mientras que el 64,6% no. De ellos, más frecuente es la hipertensión, con un 18,5%, seguido de la dislipemia con un 13,8% y por último, con un 7,7% la Diabetes Mellitus. Si analizamos los factores cardiovasculares secundarios, encontramos que sólo el 6,2% padece alguno, siendo el 3,1% de los casos la cardiopatía isquémica y el otro 3,1% el accidente vascular cerebral. Por último, con respecto a las enfermedades respiratorias, observamos que las padecen el 3,1% de la población de estudio, siendo la más frecuente la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, seguida de la bronquitis.

Durante el programa, el 44,6% toma tratamiento farmacológico para dejar de fumar, y el 12,3 % utiliza la disminución progresiva y el 9,2% parches. La puntuación media en el cuestionario Fragestrones de 5,63 puntos

DISCUSION:

El perfil de las personas que acuden al programa de deshabituación tabáquica es de varón de 46 años de edad, bebedor social, en activo y con estudios primarios, con una edad de inicio de fumar de 16 años y un consumo medio de 24 cigarros al día, siendo la mayoría es la primera vez que intentan de fumar, utilizando para ello fármacos y presentan una puntuación media de Fragestrones de 5,63

Si comparamos los resultados con estudios anteriormente publicados a nivel estatal, observamos que la el porcentaje de hombres en el programa es menor, con menor edad, menor tasa de actividad laboral y de estudios.

Con respecto a la edad de inicio es menor y mayor el número de cigarros diarios. También existe un mayor consumo de drogas, pero una menor presencia de patología respiratoria.

Los datos nos hacen plantearnos una mejora en la intervención mínima a todos los niveles para la disminución tanto de los fumadores, como de sus posibles consecuencias.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bruguera Cortada, E., Díaz-Maroto Muñoz, J.L., Fernández Pinillac, C., López

García-Aranda, V., Ramón Torrell, J.M., Sanz de Burgoa, V. y E. Ramírez Vázquezg, en representación del grupo ESFUME. Perfil I del paciente que quiere dejar de fumar atendido en consultas de Atención Primaria y especializada de España. Revista Clínica Española: 2009; 209 (4):160-167

Nerín, I., Crucelaegui, A., Mas, A. y Guillén, D. Perfil de los fumadores que solicitan tratamiento en una unidad de tabaquismo. Arch Bronconeumol 2003; 39(7):298-302 26

Franco J.A, Pérez Trullén, A., García, A., Marrón, R., Clemente, M.L y Rubio, E. ¿Qué conocemos y qué actitud se puede tomar acerca del consumo de tabaco en la educación no formal? Arch Bronconeumol 2004; 40(1):10-6 24

Grupo de Atención al Tabaquismo (GAT) de SmuMFyC: Tenas López, M.J.,

Ballesteros Pérez, A.M, Barceló Barceló I. et al. Actitud de los profesionales de Atención Primaria frente al tabaco SEMERGEN. 2008; 34(3):113-8

AUTORES/AUTHORS:

SOFIA BARQUEROS LOPEZ, INDALECIO ASENSIO RIQUELME, ROSANA GRAU POVEDA, ELENA PEÑALVER PEREZ, SANDRA GARCIA PRIETO

TÍTULO/TITLE:

Actividad etnográfica en el barrio del Rabaloche

OBJETIVOS

Conocer la perspectiva de las mujeres gitanas en el cuidado de los ancianos. Generar conocimientos transculturales sobre los gitanos del Rabaloche en Orihuela (Alicante)

METODOS

Ámbito: etnia gitana de un barrio de Orihuela. Diseño etnográfico. Observación participante. Participantes: dos familias de gitanos del barrio del Rabaloche en Orihuela, su enfermero de Atención Primaria, la Coordinadora del Centro de Salud y la residente/investigadora de 1º de Enfermería Familiar y Comunitaria. Selección de los participantes: muestra representativa del fenómeno de estudio. Dimensiones estudiadas: Roles y conflictos de roles respecto a las mujeres gitanas y el cuidado de los ancianos, valores y normas dentro de su comunidad y connotaciones de la marginación y la ancianidad en los gitanos. Instrumentos: entrevista clínica. Análisis EMIC/ETIC.

RESULTADOS

A pesar del contexto de pobreza, entre las gitanas del Rabaloche se respira un ambiente de alegría, el rol de madres y esposas está muy arraigado en su etnia, esto les impide progresar rápidamente pero también les aporta felicidad.

En la observación realizada se pone de manifiesto que el rol del cuidado está totalmente asumido por las mujeres, de hecho, se sorprenden ante la pregunta de por qué sus hermanos varones no se ocupan del cuidado de las personas dependientes de la familia. Las mujeres gitanas asumen el rol de madres y cuidadoras de los niños y los mayores, transmiten las normas y los valores de la cultura gitana y son más permeables hacia los cambios relacionados con la salud, en gran medida porque ha sido el grupo hacia el que más programas educativos, sociales y sanitarios se han dirigido desde las instituciones y asociaciones

En esta observación realmente se percibe el respeto hacia los ancianos, pues su figura es muy representativa en su comunidad y el cuidado se realiza en casa.

DISCUSIÓN

En un estudio mediante grupos de discusión en mujeres gitanas de Murcia que muestran el rol de madre y esposa como un rol muy arraigado dentro de las mujeres gitanas. Este rol les impide progresar rápidamente pero también les aporta felicidad (Fernández y Jiménez, 2013), este hecho también se confirma en la observación realizada por la residente/investigadora en estas gitanas, ya que como se indica se respira un ambiente sin conflictos de rol, a pesar de la falta de recursos. Este rol se transmite tanto intergeneracionalmente (de madres a hijas) como de forma intrageneracional (entre iguales), pues en la observación no percibí que tuviesen ningún conflicto de rol de cuidadoras, cuando afirman sin ningún problema aparentemente: "eso es cosa nuestra, de las mujeres"...."madre, usted no se preocupe, yo me ocuparé de usted tan bien como usted se ocupó de mí y de mis hermanos..." Las mujeres soportan condiciones de vida más duras y están sometidas a una fuerte autoridad patriarcal, especialmente intensa en los años de la adolescencia y la juventud, están mucho menos abiertas a los espacios extra domésticos y sin embargo presentan unos valores más modernos y unas expectativas de cambio que entran en contradicción con todo lo anterior (Informe del Ministerio de Sanidad, 2011).

En cuanto al tema de la ancianidad Teresa San Román, en su libro de 1989, Vejez y cultura, considera que el proceso de marginación en la vejez "consiste en la progresiva exclusión de los ancianos ..., que se acompaña y alimenta por una formación ideológica ... atribuible a una supuesta incapacidad personal, que implica, en último término, la negación de sus atributos sociales de

entidad personal”.

“En la actualidad una de las ocupaciones menos apreciadas por los españoles, por cuanto implica de inestabilidad y falta de consideración social, es el cuidado de ancianos.” (Tarrés, 2002).

Sin embargo, en esta observación (...estaban contentas por poder cuidar de sus padres y pedían a Dios para que puedan seguir haciéndolo...) realmente se percibe el respeto hacia los ancianos, (FSGG, 2003) pues su figura es muy representativa en su comunidad. De hecho, en la comunidad gitana hay una gran influencia de los gitanos mayores en los más jóvenes Sin duda será necesario formarnos en la transculturalidad. Son muy pocos los programas de formación, tanto en el ámbito universitario, cómo en los centros de trabajo destinados a formar a los profesionales sobre el cuidado transcultural. (Moreno, 2003).

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Los profesionales de Enfermería hemos tenido la oportunidad de acercamiento a la comunidad gitana de Orihuela. Se ha mejorado mucho la relación enfermera-paciente y se ha establecido una comunicación más cercana.

El personal de enfermería tiene que salir del etnocentrismo y aprender a respetar y conocer los valores más importantes de cada cultura. El concepto de salud es multidimensional y por lo tanto es importante conocer esas dimensiones para ofrecer cuidados de calidad y de forma integral y holística.

Debido a la influencia de los ancianos en la comunidad gitana, es importante para la enfermera de Atención Primaria buscar la influencia de aquellos gitanos de respeto, que tienen capacidad de aceptar los nuevos aspectos en la vida de la comunidad que favorecen su desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Grupo de ética profesional enfermera. Entrevista con Joaquín López Bustamante. *Ética de los Cuidados*. 2008 ene-jun;1(1). Consultado el 15 de junio de 2014. Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6764.php>

- Casabona Martínez, I., Lillo Crespo, M. (2006) Gestión de cuidados de salud y competencia cultural. *Cultura de los cuidados*, 20: 83-86.
- Diagnóstico social de la comunidad gitana en España. Un análisis contrastado de la Encuesta del CIS a Hogares de Población Gitana 2007. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Gobierno de España. Consultado el 14 de junio de 2014. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/poblacionGitana/docs/diagnosticosocial_autores.pdf
- Discriminación y comunidad gitana: Claves y estrategias para la promoción de la igualdad de trato. FSGG. Madrid, 2003. Consultado el 13 de junio de 2014. Disponible en: http://www.gitanos.org/publicaciones/guiasalud/cultura_02
- González C, Bayón P, Sánchez- Crespo J y Almeida S. Género y Salud: experiencia socio-sanitaria con mujeres gitanas. *Rev Paraninfo Digital* | 2013 | VII(18). Consultado el 16 de junio de 2014. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n18/pdf/pdf.php?p=062d>
- Lagunas D, 1999. Resolviendo la salud. Los gitanos catalanes. *Gaceta de Antropología*, 15. Consultado el 15 de junio de 2014. Disponible en : http://www.ugr.es/~pwlac/G15_12David_Lagunas_Arias.pdf
- Leno D (2006). Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gaceta de Antropología*, 22. Consultado el 15 de junio de 2014. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/7118>

- Otegui, R (2005). "Una cosa fea": VIH-SIDA y sistema de género entre los gitanos españoles. *Revista de Antropología social*, 14,145-172.
- Tarrés S. (2002). Vejez y sociedad multicultural. *Gazeta de Antropología*, 18, artículo 05. Consultado el 13 de junio de 2014.
Disponible en:
<http://hdl.handle.net/10481/7390>
- Fernández M, Jiménez I, Almansa M. Enfermería Transcultural y Mujer Gitana: acercamiento a los roles de género y conocimiento en salud. *Rev Paraninfo Digital* | 2013 | VII(18). Consultado el 14 de junio de 2014. Disponible en:
<http://www.index-f.com/para/n18/pdf/pdf.php?p=101d>
- Moreno Preciado, M., & Martín Hernández, T. (2003). Inmigración y necesidades formativas de los cuidadores. *Cultura de los cuidados*, año VII, nº 14, 2. semestre 2003; pp. 44-48. Consultado el 13 de junio de 2014. Disponible en:
<http://hdl.handle.net/10045/1041>

AUTORES/AUTHORS:

Verónica Tíscar González, Ascensión Rodríguez Molinuevo, Montserrat Gea Sanchez, Joan Blanco Blanco

TÍTULO/TITLE:

Conocimientos y actitud de las enfermeras de hospitalización de la OSI Bilbao-Basurto ante la Parada Cardiorespiratoria

La Parada Cardiorrespiratoria (PCR) se define como la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la circulación y la respiración espontáneas. Se manifiesta clínicamente por un estado de inconsciencia, apnea y ausencia de pulso, pudiendo conducir irreversiblemente a la muerte en pocos minutos (1). Al tratarse de un proceso potencialmente reversible el inicio precoz de las maniobras de Reanimación cardiopulmonar junto a la activación temprana de la cadena de supervivencia son claves para mejorar el pronóstico del paciente (2).

En cuanto a la incidencia de Parada Cardíaca intrahospitalaria los datos disponibles son variables ya que en nuestro País no se dispone aún de un registro estandarizado(3). Se estima que de 1 a 5 pacientes por cada 1000 ingresos podrían padecerla(4).

En este contexto, son generalmente las enfermeras las primeras en detectarla y en activar la cadena de supervivencia, por lo que se hace imprescindible un buen nivel formativo en la materia y la actualización de conocimientos de las directrices actuales.

Por otra parte, decidir si iniciar o no una RCP no siempre es una decisión sencilla. A menudo existen una serie de aspectos éticos y legales que condicionan la situación. Con el fin de preservar el trato digno del paciente y proteger los principios de Beneficencia y No Maleficencia, el Consejo Europeo de Resucitación (ERC) establece una serie de directrices dentro de sus recomendaciones sobre reanimación cardio pulmonar (RCP) (5), que ayudan al profesional sanitario a conocer en qué situaciones está indicado iniciar o no una RCP, y/o cuándo se deben detener las maniobras ya iniciadas.

Objetivo principal: conocer el nivel de conocimientos teórico-prácticos que tienen las enfermeras de la OSI Bilbao-Basurto en lo que respecta a las recomendaciones de la ERC y su actitud ante la PCR.

Método:

Estudio descriptivo transversal. Ámbito de estudio: OSI Bilbao-Basurto.

Se diseñó un cuestionario ad hoc, autoadministrable, centrado en las recomendaciones de RCP Básica y Avanzada (ERC 2010) y en las recomendaciones bioéticas y legales vigentes. Se realiza triangulación entre la investigadora principal y un experto en validación de cuestionarios, y se somete a la valoración de expertos a través de técnica Delphi. Se seleccionan, de forma intencionada, expertos nacionales independientes y aislados de distintos hospitales y niveles asistenciales y zonas geográficas distintas. Los criterios para su selección son en base a su experiencia clínica en atención hospitalaria, primaria y unidades intensivas, experiencia docente en materia de RCP básica e instrumentalizada y/o conocimientos avanzados en metodología de investigación y validación de cuestionarios.

El contacto se realiza a través de correo electrónico. Se realizan un total de tres rondas.

Pilotaje del cuestionario: Muestra de conveniencia, se incluyen a enfermeras del área de hospitalización y consultas externas. Se realizó análisis univariante para describir la muestra y bivariante para establecer relaciones entre las variables sociodemográficas y el nivel de conocimientos.

Consideraciones éticas: El proyecto cuenta con la aprobación del CEIC de la OSI Bilbao-Basurto. Los datos se recogen y tratan de acuerdo a la ley orgánica de protección de datos de carácter personal..

Resultados: Participan un total de 30 enfermeras. Variables sociodemográficas: 93% mujeres. El 63% tenían un contrato fijo y el 60% tenía una experiencia laboral >20 años.

Nivel de conocimientos teórico-prácticos: puntuación media 6.6 sobre 11 (rango de 3 a 11). No existen diferencias significativas en el nivel de conocimientos en relación a las variables sociodemográficas. Las preguntas con menos aciertos fueron: cuándo administrar

la adrenalina (13% aciertos), tras la desfibrilación se debe reanudar inmediatamente la RCP sin valorar el ritmo ni palpar el pulso aunque haya sido exitosa (17% aciertos), y los fármacos administrados vía IV durante la PCR deben seguirse al menos de 20 ml de fluido (37%). Aspectos como la relación correcta compresión-ventilación, la importancia de la realización temprana de compresiones torácicas sin interrupciones ó la importancia de la desfibrilación en Fibrilación Ventricular son conocidos por el 90% de las enfermeras.

En cuanto a los resultados de actitud, el 77% de las enfermeras considera obligación del centro ofrecer y mantener la formación en RCP y el 43% considera que el reciclaje formativo es una obligación personal.

Por último, existe un criterio claro sobre la necesidad de identificar aquellos pacientes en los que no se debería iniciar una RCP, respaldado por el 90% de las enfermeras.

Conclusiones:

Las enfermeras conocen las recomendaciones de RCP Básica (ERC 2010), pero existe necesidad de mejora y actualización de conocimientos en la RCP Avanzada.

Se debe reflexionar sobre la responsabilidad individual de las enfermeras de estar formadas para poder actuar de forma rápida y eficaz ante una PCR.

Hay acuerdo sobre la necesidad de que los pacientes en los que no esté indicado iniciar una RCP estén identificados.

Recomendación para la práctica clínica: en nuestra OSI no existe de momento ningún formulario de Orden de No Iniciar Resucitación, lo que nos obliga a reflexionar sobre su necesidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1) Fernández Pérez L. Conocimientos sobre Resucitación Cardiopulmonar de los enfermeros en unidades sin monitorización de pacientes del Hospital Universitario Central de Asturias. Master Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos: Universidad de Oviedo; 2013.
- 2) Filgueiras NM, Bandeira AC, Delmondes T, Oliveira A, Lima Jr AS, Cruz V et al. Avaliação do conhecimento geral de médicos emergencistas de hospitais de Salvador – Bahia sobre o atendimento de vítimas com parada cardiorrespiratória. Arq Bras Cardiol. 2006; 87: 634-40.
- 3) López Messa JB. Paro cardíaco hospitalario. Señales de cambio. Med. Intensiva. 2010; 34(3): 159-60
- 4) Sandroni C, Nolan J, Cavallaro F, Antonelli M. In-hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survival. IntensiveCareMed. 2007; 33: 237-45.
- 5) Nolan JP, SoarJ, Zideman DA, Biarent D, Bossaert CL, Deakin C et al. Guías para la Resucitación 2010 del Consejo Europeo de Resucitación. Resumen ejecutivo. Traducción oficial autorizada al español del Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar (CERCP). 2010. (Acceso agosto 2013) Disponible en: <https://www.erc.edu/index.php/doclibrary/en/230/1/>

AUTORES/AUTHORS:

LAURA PALAZON VALCARCEL, ELENA GOMEZ JIMENEZ, RAQUEL CERES MARTINEZ, MARTA MAS ROMERO, FRANCISCA SANABRIA PEREZ, SARA PLAZA RIVERA, NURIA CASERO PEINADO, ALMUDENA AVENDAÑO CESPEDES, JOSE LUIS OLIVER CARBONELL

TÍTULO/TITLE:

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE ATENDIDO POR UN EQUIPO DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (ESAD)

OBJETIVO: Describir el perfil sociodemográfico, comorbilidad, estado funcional, sintomatología más prevalente, tratamiento y actividades realizadas a los pacientes atendidos por un Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) de Albacete.

MÉTODO: Se trata de un estudio descriptivo y transversal realizado durante un periodo de 2 meses en el ESAD de Albacete en el que se incluyeron tanto a los pacientes nuevos beneficiarios del servicio, como a los pacientes que ya lo eran. Durante este tiempo se recogieron las variables de edad, sexo, cuidador principal, comorbilidad, estado funcional, tratamiento, sintomatología y detección del riesgo social mediante la Escala Gijón. También se recogieron las actividades realizadas por el equipo en el domicilio diferenciándolas en preventivas, de apoyo emocional, detección de problemas de salud y técnicas, así como el tiempo invertido en cada visita al domicilio. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 15.0.

RESULTADOS: Se incluyeron a 82 pacientes, el 62,2% de los cuales eran mujeres. La edad media de la muestra fue de 80,59 años (DE 11,58, rango de 35 a 98 años). El estado civil correspondió a casado para el 41,8% de los sujetos, viudo para el 51,9% y soltero para el 6,3%. En el 78% de los casos habitaban en el domicilio de 2 a 3 personas. El 9,8% de los sujetos se encontraba institucionalizado. En las mujeres el cuidador principal fue el hijo/a el 75,7% de los casos. En los hombres fue el cónyuge el 64,3%. Disponían de cuidador profesional el 42,7%.

En referencia a los servicios que realizaron la derivación fueron Atención Primaria (52,4%), Atención Especializada (39,0%) y residencia (8,5%). Las especialidades que derivaron en su mayoría fueron Geriátrica (41,9%), Medicina Interna (25,8%) y Oncología (19,4%). El 72% presentó alto riesgo social valorado con la escala sociofamiliar de Gijón. El 53,7% de los pacientes fueron clasificados como paliativos, de los cuales el 23,2% eran oncológicos y el 30,5% no oncológicos. Llama la atención el gran porcentaje de inmovilizados siendo el 78%, mientras que el 19,5% portaban sonda PEG. Los síntomas más prevalentes durante la visita fueron 65,9% dolor, 43,9% estreñimiento, 23,2% ansiedad, 13,4% agitación, 13,4% anorexia y 24,4% insomnio.

En relación a la pluripatología, hubo una comorbilidad media de 5,54 enfermedades (DE 2,89), siendo las patologías más prevalentes la demencia (40,2%), la FA (25,6%), EPOC (14,6%) e ictus (13,4%). El consumo medio de fármacos fue de 9,55 (DE 4,64), siendo los medicamentos más utilizados los neurolépticos (46,3%), los antidepresivos (30,5%), benzodiacepinas (37,8%) y analgésicos opioides (32,9%). En relación al estado funcional según la escala Barthel, el 70,7% de los pacientes presentaron dependencia total, el 6,1% dependencia grave, el 14,6% moderada y el 8,5% leve. Las actividades realizadas en la visita al domicilio fueron 85,3% de prevención, 34,1% apoyo emocional, 69,3% detección de problemas de reales y potenciales de salud, y técnicas un 26,8%. La actuación de equipo sanitario durante las visitas fue conjunta, enfermera y médico en un 89% de los casos y la duración media de la visita fue 40,06 minutos (DE 23, rango 5 minutos a 105 minutos).

DISCUSIÓN: A la luz de los datos obtenidos, podemos afirmar que los pacientes atendidos por el ESAD cumplen el perfil de edad avanzada, pluripatológicos, polimedicados, con gran deterioro de su estado funcional y que necesitan de un cuidador permanente. Debido a la cantidad significativa de pacientes en estado terminal de su proceso crónico que requieren de la atención de estos dispositivos, y la presencia del dolor como síntoma más prevalente, creemos necesaria una alta cualificación por parte de la enfermería que desarrolla esta actividad, tanto en la atención directa como en la prevención, identificación, apoyo y formación para cuidadores, no solo de manera individual, sino integrada dentro de un equipo multidisciplinar.

Por otro lado, la evaluación de las actividades realizadas y el tiempo invertido en ellas, junto a la detección de las necesidades de los

usuarios beneficiarán al desarrollo de planes y protocolos que mejoren la calidad de la asistencia que la enfermería ofrece a esta población y por tanto, su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Pérez Fraille F, Gallego Montalbán J, Jaén Catello P. Análisis de la actividad de un equipo de soporte de cuidados paliativos. *Med Paliat.* 2011; 18 (4): 129-133.
2. Corrales Nevado D, Palomo Cobos C. La importancia de la longitudinalidad, integralidad, coordinación y continuidad de los cuidados domiciliarios efectuados por enfermería. *Enferm Clin.* 2014; 24 (1): 51-58.
3. Vega T, Arrieta E, Lozano JE, Miralles M, Anes Y, Gómez C, et al. Atención sanitaria paliativa y de soporte de los equipos de atención primaria en el domicilio. *Gac Sanit.* 2011; 25: 205-10.
4. Visita domiciliaria programada de enfermería a personas mayores de 65 años. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.10.
5. Gómez-Batiste X, Espinosa J, Porta-Sales J, Benito E. Modelos de atención, organización y mejora de la calidad para la atención de los enfermos en fase terminal y su familia: aportación de los cuidados paliativos. *Med Clin (Barc).* 2010;135:83-9.

AUTORES/AUTHORS:

Mireia Mañas Peña, Cristina Dorado Sabaté, Laia Tobella Andreu, Tomás Escolano Hernández, Lydia Fumadó Rubio, Josep Mercader Coma, Francisco Orfila Pernas

TÍTULO/TITLE:

El uso del correo electrónico puede diferenciar el perfil de los pacientes domiciliarios en tratamiento con Sintrom®?

OBJETIVO: Describir el perfil de los pacientes de atención domiciliaria que siguen tratamiento con Sintrom® y sus cuidadores principales, según si reciben la nueva pauta por Internet o no.

MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal en un Centro de Atención Primaria urbano, de los pacientes domiciliarios que siguen tratamiento con Sintrom®. Población: todos los pacientes en tratamiento con Sintrom® incluidos en el programa de atención domiciliaria. Variables de estudio: diferenciamos los pacientes que reciben la pauta de Sintrom® por correo electrónico y los que recogen la pauta en el centro. Los datos se obtuvieron mediante revisión de historia clínica y realización de encuesta cerrada al paciente y su cuidador principal durante la visita domiciliaria de control. Una enfermera externa realizó el cuestionario validado de satisfacción sobre atención domiciliaria recibida (Satisfad10) mediante llamada telefónica. Se generó la figura de referente TAO como la persona responsable de la recogida de la pauta, pudiendo ser el propio paciente, el cuidador principal u otra figura diferente. Para poder realizar el perfil se realizó el análisis de datos socio demográficos (edad, sexo de paciente y referente TAO). **PACIENTE:** presencia de pluripatología (4 o mas), estratificador de complejidad Clinical Risk Group (CRG), alteraciones cognitivas (demencia, Pfeiffer), grado de dependencia (Barthel). **PAUTA:** modo de recepción (correo o recogida en el centro) y tiempo que se dedica en la recogida. **REFERENTE TAO:** quien es (paciente, cuidador principal u otros), nivel de estudios, situación laboral. Se calcularon estadísticos descriptivos y se hizo análisis multivariado para ver posibles relaciones entre variables.

RESULTADOS: Se estudiaron 41 pacientes. Con una edad media de 85,9 ±6,2 años, el 73% eran mujeres, pluripatología del 85%. Un 75% tenían nivel 6 de CRG y el resto superior a 6. El 13% tenía demencia, un 70% sin alteraciones en el test de Pfeiffer. Presentaban dependencia ligera el 68% según registro Barthel. Un 55% recibían la pauta por correo electrónico, no habiendo diferencias estadísticamente significativas (ndes.) en el perfil del paciente según la recogida de la pauta. Media de Satisfad10 26,08±2 (rango 18-27) (ndes.). La figura referente TAO varía respecto al envío de pauta ($p < 0,005$): Los que reciben pauta por correo electrónico dedican 5 minutos en la recogida (86%), tienen una media de edad de 53 años, el 64% tienen estudios secundarios o universitarios y un 64% trabajan. Los que recogen la pauta en el centro dedican más de 20 minutos (67%), tiene una media de edad de 65,6 años, el 65% tienen estudios primarios y un 64% están jubilados.

DISCUSIÓN: La introducción del e-consentimiento en el campo sanitario nos ha permitido el uso de nuevas tecnologías en el seguimiento de nuestros pacientes crónicos. Conocer el perfil de nuestros usuarios y sus referentes puede ayudarnos a elegir vías de comunicación adaptadas, sin tener que reducir el nivel de satisfacción sobre la atención ofrecida.

IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA: Sería interesante realizar un estudio multicéntrico para reforzar los resultados obtenidos. El correo electrónico puede ser una herramienta de gran utilidad para facilitar la comunicación con nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña. Pla de Salut de Cataluña 2011-2015. 2012 Barcelona
- Lozano R, Lopez RM, Boyero A, Recio S, Padín C, Garzón M, Rodríguez LM. Estratificación de la población mayor de 65 años en

grupos de riesgo clínico: características y valoración enfermera. Rev Enfermería Clínica.2014;24(5):290-295

- Morales JM, Bonill C, Celdrán M, Morilla JC, Martín FJ, Contreras E, San Alberto M, Castilla J. Diseño y validación de instrumento de evaluación de la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria: SATISFAD. Rev Gac Sanit. 2007;21(2):106-113

-Varsi C, Gammon D, Wibe T, Ruland CM. Patients' Reported Reasons for Non-Use of an Internet-Based Patient-Provider Communication Service: Qualitative Interview Study. Rev ClinicalTrials.gov NCT00971139; Disponible en: <http://clinicaltrial.gov/ct2/show/NCT00971139>

AUTORES/AUTHORS:

Eva Maria Sobas, Amanda Vázquez, Verónica Velasco

TÍTULO/TITLE:

La IgAs y la fracción soluble del RII TNFa presentan el mejor perfil como biomarcadores salivares para el dolor

Objetivos: Realizar una búsqueda bibliográfica para seleccionar los biomarcadores en saliva relacionados con el dolor y su intensidad. Analizar la repetibilidad interindividual de estas sustancias en sujetos normales (voluntarios sanos).

Método: Se realizó una búsqueda bibliográfica para seleccionar las sustancias que ya habían sido analizadas en la saliva como posibles biomarcadores para el dolor. Las sustancias que se encontraron fueron: el Cortisol, la Inmunoglobulina A secretora (IgAs), la Alfa amilasa secretora (AAs), la Testosterona y el Factor soluble del receptor 2 del TNFa (RIIsTNFa). Estas sustancias se analizaron en voluntarios sanos que aceptaron participar en el estudio tras la firma de un consentimiento informado.

Se recogieron tres muestras de saliva de cada sujeto, con un intervalo de 24 horas. Las muestras se recogieron, aproximadamente a la misma hora y en las mismas condiciones.

Resultados: Un total de 34 voluntarios normales fueron incluidos para evaluar la repetibilidad de cada biomarcador. La mediana de edad fue de 34 años. Se recogieron tres muestras de cada sujeto aunque solamente dos fueron las analizadas. La mediana de tiempo transcurrido desde la última comida fue de 115 min para la primera colección y 135 min para la segunda. La mediana de tiempo desde la última menstruación en las mujeres para ambas colecciones fue de 9 días. En el tiempo de recogida la mediana fue de 266,06 seg para la primera colección y 280,88 seg para la segunda. Para ambas colecciones, los datos para el cortisol, slgA, SAA y sTNFaRII siguen una distribución normal, pero no los resultados de la testosterona. No hubo diferencias significativas entre cualquiera de las primera y segunda colecciones para cualquiera de los biomarcadores salivales a excepción de la testosterona. AAs mostró el valor más bajo del coeficiente de correlación intraclase (CCI), lo que indica mala repetibilidad entre las medidas. sTNFaRII y slgA mostraron la más alta, 0.828 y 0.879, respectivamente, lo que indica una buena repetibilidad. El CCI para el cortisol fue 0.526, que estaba en el límite de lo aceptable.

Discusión: Este trabajo tiene algunas limitaciones impuestas por el tamaño de la muestra y otras variables. El tamaño de la muestra es relativamente pequeño, pero los análisis estadísticos muestran que es suficiente para el propósito de este estudio. Otros factores ambientales que podrían haber afectado las mediciones fueron la temperatura, la hora del día, y la humedad. Estos factores afectan a otras colecciones de biomarcadores como son los de la lágrima.¹ Aunque tratamos de recopilar todas las muestras en condiciones similares, un control más estricto de ellos puede mejorar la repetibilidad de los resultados.

El análisis de los biomarcadores en la saliva podría ser un método objetivo para cuantificar el dolor.² El gran número de autores que participan actualmente en esta investigación demuestra su relevancia e interés.³⁻⁵ Este es el primer trabajo que analiza el cortisol, la AAs, la testosterona, la slgA y sTNFaRII simultáneamente para establecer la repetibilidad de las mediciones en sujetos normales.

Choi y colaboradores analizaron el cortisol junto con la testosterona. Ellos encontraron que durante el estrés, los niveles de cortisol se correlacionaron negativamente con los niveles de dolor y la testosterona se correlacionó positivamente. Los resultados sugieren que controlando la relación testosterona-estrés se puede conseguir alivio en el dolor agudo.⁶ En nuestro estudio de testosterona no se presenta como un buen biomarcador.

En nuestro estudio, AAs tuvo la repetibilidad más baja entre todos los biomarcadores. Pero hay algunos autores que consideran la AAs como un biomarcador emergente para el estrés y el dolor,^{4, 7} y otros que concluyen que existe un apoyo insuficiente para que idea. Los autores que consideran la AAs como un nuevo biomarcador para el estrés psicosocial en relación con el sistema simpático adrenomedular lo justifican de esta manera: la secreción de la AAs se correlaciona con parámetros simpáticos que se producen durante stress y que la actividad neuronal simpática participa de manera significativa en el desarrollo y empeoramiento de los

síntomas de dolor.8

Nosotros incluimos la testosterona porque está descrito que se correlaciona negativamente con el dolor pero mostró una baja repetibilidad baja.

Nuestros datos sugieren que sólo dos sustancias, sIgA y sTNFaRII mostraron una buena repetibilidad entre ambas muestras del mismo individuo. Estos biomarcadores fueron elegidos porque en estudios separados se correlacionan bien con el dolor.2, 9 Por lo que se les puede seguir estudiando como posibles biomarcadores salivales de dolor. El cortisol, que tenía un nivel moderadamente alto de repetibilidad, también podría resultar ser útil en este sentido, ya sea solo o en combinación con otros biomarcadores. Sin embargo, se necesitan más estudios clínicos para validar y ampliar estos resultados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

1. Teson M, Gonzalez-Garcia MJ, Lopez-Miguel A, et al. Influence of a controlled environment simulating an in-flight airplane cabin on dry eye disease. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2013;54:2093-2099.
2. da Silva Campos MJ, Souza Alves CC, Barbosa Raposo NR, Ferreira AP, Farinazzo Vitral RW. Influence of salivary secretory immunoglobulin A level on the pain experienced by orthodontic patients. *Med Sci Monit* 2010;16:CR405-409.
3. Hanson D, Hall W, Mills LL, et al. Comparison of distress and pain in infants randomized to groups receiving standard versus multiple immunizations. *Infant Behav Dev* 2010;33:289-296.
4. Robles TF, Sharma R, Park KS, Harrell L, Yamaguchi M, Shetty V. Utility of a salivary biosensor for objective assessment of surgery-related stress. *J Oral Maxillofac Surg* 2012;70:2256-2263.
5. Nater UM, Rohleder N. Salivary alpha-amylase as a non-invasive biomarker for the sympathetic nervous system: current state of research. *Psychoneuroendocrinology* 2009;34:486-496.
6. Choi JC, Chung MI, Lee YD. Modulation of pain sensation by stress-related testosterone and cortisol. *Anaesthesia* 2012;67:1146-1151.
7. Rohleder N, Nater UM. Determinants of salivary alpha-amylase in humans and methodological considerations. *Psychoneuroendocrinology* 2009;34:469-485.
8. Hirose N, Kato J. [Device for measuring salivary alpha-amylase--application for pain assessment]. *Masui* 2009;58:1360-1366.
9. Goodin BR, Quinn NB, King CD, et al. Salivary cortisol and soluble tumor necrosis factor-alpha receptor II responses to multiple experimental modalities of acute pain. *Psychophysiology* 2012;49:118-127.

AUTORES/AUTHORS:

Xavier Palomar Aumatell

TÍTULO/TITLE:

Efectividad de la activación del dispositivo hidráulico para el control de la cinetosis, en una ambulancia medicalizada.

Introducción: En la fisiopatología del transporte una de las entidades que frecuentemente aparece, es la cinetosis, el mareo como consecuencia del uso de los transportes, induciendo al paciente malestar, náuseas y vómitos, con el riesgo de que se produzca una broncoaspiración, y consecuentemente el empeoramiento de la situación clínica del paciente.

La cinetosis se produce por una asincronía entre la percepción del sistema vestibular y la visión. Las unidades de soporte vital avanzado (SVA) del sistema de emergencias médicas (SEM) de Catalunya, están dotadas de un dispositivo hidráulico en la litera de transporte que permite el balanceo de la camilla para disminuir los efectos de la inercia sobre el paciente.

Ante este hecho, se planteó la siguiente hipótesis: La activación del dispositivo hidráulico para disminuir las aceleraciones y desaceleraciones bruscas de los pacientes trasladados en ambulancia de soporte vital avanzado, disminuye la incidencia de cinetosis.

Objetivo: Evaluar la utilidad de activar el dispositivo hidráulico de la ambulancia de soporte vital avanzado (SVA) para disminuir la incidencia de cinetosis de los pacientes durante los traslados medicalizados.

Objetivos específicos:

Medir y comparar la incidencia de cinetosis de los pacientes trasladados según el técnico de transporte sanitario que conducía la ambulancia.

Medir y comparar la incidencia de cinetosis de los pacientes trasladados según los grados de inclinación del cabezal de la litera.

Medir la diferencia de la incidencia de cinetosis según la temperatura del habitáculo asistencial.

Método: Se realizó un ensayo clínico comparativo aleatorizado en el ámbito clínico extrahospitalario. Ámbito: La zona que comprende la isócrona de la unidad de SVA ubicada en Vic (comarca de Osona, Barcelona) incluyendo traslados hasta los centros de referencia de tercer nivel ubicados en Barcelona o en Girona. Período de estudio: del 1 de marzo del 2012 al 3 de junio del 2012.

Población de estudio: los pacientes trasladados per la unidad SVA citada. Participantes: pacientes mayores de 18 años, que se trasladaron en ambulancia de SVA, sin dificultad idiomática, conscientes y orientados. Se excluyeron del estudio, todos los pacientes que por patología debían tener activado el dispositivo (politraumatizados o traumatismo craneoencefálico), con tratamiento crónico con antieméticos y los pacientes con trastornos en el sistema vestibular y/o del equilibrio. Intervención: en el grupo control no se activó el dispositivo hidráulico durante el traslado y en el grupo intervención se activó el dispositivo. Ninguno de los tratamientos a administrar a los individuos se modificó. Variables de resultado: presenta cinetosis, presenta vómito durante el traslado o 15 minutos después del traslado, sensación de mareo antes y al final de traslado. Análisis: se utilizó la chi-cuadrada para el análisis de las variables categóricas y la t de Student para las variables cuantitativas; con un nivel de significación estadística del 5% bilateral.

El estudio fue evaluado por el "Comitè Ètic d'Investigació Clínica de la Fundació d'Osona per a la Recerca i l'Educació Sanitàries" emitiendo un informe favorable para llevar a cabo dicho estudio el 29/02/2012.

Resultados: De los 65 participantes (33 en el grupo control y 32 en el grupo intervención). La incidencia de cinetosis entendida como presencia de vómito durante el traslado o hasta 15 minutos después de finalizar el traslado, y/ o empeoramiento de la sensación de mareo fue del 9,2%. La diferencia entre la cinetosis entre el grupo control e intervención es de 9,1% y 9,4% respectivamente sin haber diferencias significativas ($p = 1,000$). Sobre la sensación de mareo, destacar que tampoco hay diferencias significativas estadísticamente, pero si en la clínica, en el grupo control mejoran un 3% y en el grupo intervención un 12,5% ($p = 0,240$). Destacar que la incidencia de vómito durante el traslado o en los 15 minutos posteriores al traslado, en el grupo control es del 3% y en el grupo intervención de un 6.3%, es decir sin diferencias significativas ($p=0.613$). Ni el conductor, ni la temperatura del habitáculo

influyen en la incidencia de cinetosis. Tampoco la posición del paciente muestra diferencias significativas en decúbito supino o semisentado, que influyan en la cinetosis.

Discusión: La incidencia de cinetosis se evidenció más baja que la descrita por la literatura. El uso del dispositivo hidráulico no influye en la disminución de la cinetosis a la vez que demuestra que no perjudica al paciente al que se activa el dispositivo, ni incrementa la sensación de mareo. Se propone realizar de nuevo el estudio, incluyendo un número mayor de muestra, para poder demostrar que las mejoras clínicas que se muestran en el grupo intervención son mayores. Si se consigue demostrar que el dispositivo disminuye no solo la sensación de mareo, sino la cinetosis como entidad, se reduciría el riesgo de broncoaspiración que existe en el traslado de un paciente grave o potencialmente grave, y que puede empeorar mucho su situación clínica, a la vez que se podría mejorar la confortabilidad de los pacientes durante el traslado si no aparecen los desagradables síntomas de la cinetosis.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Barbolla García, J.M.; Penín López, M. "Estrategias para la conducción de vehículos sanitarios en emergencias" Madrid. Ed. AWWE 2011
- Farreras Valentí, P. "Medicina interna" Madrid. Ed. Harcourt Brace, 2000 (14ª edición)
- Golding, J. F., Prosyankova, O., Flynn, M., & Gresty, M. A. (2011). The effect of smoking nicotine tobacco versus smoking deprivation on motion sickness. *Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical*, 160(1-2), 53–58.
- Kober, A., Fleischackl, R., Scheck, T., Lieba, F., Strasser, H., Friedmann, A., & Sessler, D. I. (2002). A randomized controlled trial of oxygen for reducing nausea and vomiting during emergency transport of patients older than 60 years with minor trauma. *Mayo Clinic proceedings. Mayo Clinic (Vol. 77)*.
- Moorhead, Sue. "Clasificación de resultados de enfermería (NOC)" Madrid. Ed Elsevier, cop. 2009 4a edición
- Ono, T.; Inooka, H. "Actively-controlled beds for ambulances" *International Journal of Automation and Computing*. 06(1) Febrer 2009, 1-6
- Rubio S, Weichenthal L, Andrews. "Motion sickness: comparison of metoclopramide and diphenhydramine to placebo" *Prehosp Disaster MEd*. 2011 Jul-Aug;26(4):305-9.
- Shupak, A., & Gordon, C. R. (2006). Motion sickness: Advances in pathogenesis, prediction, prevention, and treatment. *Aviation Space and Environmental Medicine*.
- Simmons, R. G., Phillips, J. B., Lojewski, R. A., Wang, Z., Boyd, J. L., & Putcha, L. (2010). The efficacy of low-dose intranasal scopolamine for motion sickness. *Aviation Space and Environmental Medicine*, 81(4), 405–412.
- Spinks, A. B., Wasiak, J., Villanueva, E. V., & Bernath, V. (2004). Scopolamine for preventing and treating motion sickness. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, (3), CD002851.
- Weichenthal L, Soliz T. "The incidence and treatment of prehospital motion sickness" *Prehosp Emerg Care*. "003 Oct-Des;7(4):474-6

AUTORES/AUTHORS:

Marta María Chust Alvarez, Laura Giera Vives, Nora María Martínez Lucas, Jose Antonio Simarro Blasco

TÍTULO/TITLE:

Bioimpedancia como método de evaluación del estado nutricional del paciente en Hemodiálisis

Introducción:

El control adecuado del estado de hidratación y nutricional es un objetivo clave en los pacientes sometidos a tratamiento renal sustitutivo. La extracción del exceso de volumen es crucial para mantener la presión arterial y la protección cardiovascular en los pacientes en hemodiálisis (HD). La bioimpedancia (BIA) permite detectar de forma no invasiva y de fácil uso la hidratación de los tejidos en un 2-3% de error. La BIA analiza la oposición que ejercen los tejidos al paso de una corriente eléctrica que habitualmente se emite y se recibe en los extremos, es decir en la muñeca y tobillo. La impedancia es el resultado de dos componentes: la resistencia (R) al paso de la corriente, que viene dada principalmente por el contenido de agua y la reactancia (Xc), que determina la capacidad de las células para almacenar energía, ya que se comportan como condensadores eléctricos al paso de una corriente eléctrica. Varios estudios han evidenciado la incidencia de malnutrición en el 23-26% de los pacientes en hemodiálisis.

Aproximadamente, un tercio de los pacientes en HD tienen una malnutrición media-moderada y entre un 6-8% grave. La BIA parece ser un método válido para la valoración y monitorización del estado de hidratación nutricional en pacientes en HD, aparte de determinar el estado hídrico individual (agua corporal total (ACT), agua intracelular (AIC) y agua extracelular (AEC)) de forma independiente, analiza la composición corporal (masa celular corporal (MCC), masa magra (MM) y masa grasa (MG)) de forma simple, objetiva y no invasiva. Objetivo:

Evaluar el estado nutricional de nuestros pacientes mediante BIA y su correlación con indicadores analíticos de nutrición.

Material y métodos:

Se realiza un estudio observacional descriptivo de corte trasversal. Se realizaron 96 BIA (48 preHD y 48 postHD) en 26 pacientes en HD crónica. De ellos el 53.8% hombres y el 46.2% mujeres con una media de edad de 64.8 ± 17.85 años. En la muestra existe un 23.07% de diabéticos. El aparato utilizado para analizar la BIA es el BIA101 Aker®. Se realizó analítica para la determinación de prealbúmina, albúmina, urea, creatinina, potasio, y se calculó nPCR. Resultados: Entre los resultados obtenidos por BIA pre y post-HD existe una significativa diferencia, excepto en la MM que es similar pre y post-HD. El 57.6% tienen un índice de MCC < 8, lo cual sería indicativo de desnutrición, aunque presentan prealbúmina dentro del rango. En el 11.5% de los pacientes la albúmina se encuentra por debajo de 3.5 g/dl. Usando como variable de agrupación los valores postHD observamos que la diferencia no es significativa, pero los pacientes que presentan menor MM, índice de MCC y ángulo de fase, son los que tienen peores valores de los marcadores de nutrición.

Conclusiones:

La bioimpedancia es una fácil y fiable herramienta de evaluación precoz del estado nutricional aunque hay que tener en cuenta que es influenciada por el estado de hidratación del paciente, siendo la masa muscular, la masa celular corporal y su índice los mejores indicadores. Observamos una correlación entre la valoración global subjetiva y la analítica nutricional de los pacientes. Por último considerar que el ángulo de fase obtenido mediante BIA es un buen marcador nutricional.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Cigarrán, S. Importancia de la utilización de la Bioimpedancia eléctrica (BIA) en Diálisis Peritoneal. Nefrología 2007
2. Piccoli, A., Nescolarde, LD., Rosell, J. Análisis convencional y vectorial de bioimpedancia en la práctica clínica. Nefrología 2002
3. López Gómez, JM. Evolución y aplicaciones de la bioimpedancia en el manejo de la Enfermedad Renal Crónica. Nefrología 2011.
4. Garagarza, C. Estado Nutricional e Hiperhidratación: ¿La bioimpedancia espectroscópica es válida en pacientes en hemodiálisis?.

Nefrología 2003.

AUTORES/AUTHORS:

María Magdalena López Jiménez, Jordi Adamuz Tomás, Marta Tapia Pérez, Maribel González Samartino, María Soledad Ruiz Gutiérrez, Sonia Regadera Martín, Mari Fe Viso Cano, Cristina Matud Calvo, Eulalia Juvé Udina

TÍTULO/TITLE:

Análisis del registro de úlceras por presión estadio II: ¿Se documentó la úlcera en su estadio inicial?

Objetivo: La alta prevalencia de úlceras por presión (UPP) representa un problema de salud importante (1). La prevalencia de UPP en España no ha disminuido respecto a años anteriores. Casi dos tercios de todas las UPP son de origen nosocomial, detectando una prevalencia del 7,9% en pacientes adultos ingresados en hospitales (2). Aproximadamente el 60% de las UPP se desarrollan en unidades de cuidados a pacientes agudos, normalmente en las dos primeras semanas de hospitalización (3). Una intervención temprana es esencial para las personas con riesgo de presentar UPP (2). La presencia o ausencia de las UPP suele considerarse un indicador de calidad de los cuidados, y estas cifras suelen utilizarse para la toma de decisiones (4). Estudios previos refieren que el registro de las UPP mejoró con la informatización de los cuidados pero sigue siendo inexacto y poco exhaustivo. Sólo un 60% de las UPP identificadas fueron documentadas en la historia clínica electrónica (HCE) (5,6). Otros estudios reflejan que los registros carecían de precisión, integridad y exhaustividad, pudiendo poner en peligro la seguridad del paciente, la continuidad y la calidad de los cuidados (7,8). Por ello, es necesario que los registros reflejen datos válidos y fiables sobre las UPP y las medidas adoptadas para su prevención y tratamiento. Pocos estudios evidencian del impacto de la documentación relacionada con las UPP en la HCE (9,10). De ahí que el objetivo de nuestro estudio sea evaluar si los pacientes en los que se documentó una UPP estadio II durante el período de hospitalización tenían registro previo de la UPP estadio I, y analizar las intervenciones enfermeras documentadas en la HCE, respecto a la UPP estadio I.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo realizado en el Hospital Universitario de Bellvitge durante el año 2014. Fueron incluidos pacientes adultos, ingresados en unidades de hospitalización convencional o de cuidados intermedios, en los que se registró una UPP estadio II en la HCE. Los datos se recogieron en una hoja estandarizada y de forma retrospectiva mediante la revisión de los episodios de ingreso del año 2014. Las variables principales de estudio fueron: registro de UPP estadio II y registro previo de UPP estadio I en el plan de cuidados. Otras variables secundarias recogidas fueron: edad, sexo, fecha y localización de la UPP, valoración del riesgo de UPP (escala EMINA) y registro de intervenciones y actividades en el plan de cuidados (medidas preventivas y cuidados de la UPP estadio I). Los datos se analizaron mediante el programa informático SPSS versión 18.0.

Resultados: Durante el período de estudio fueron analizados 720 episodios de hospitalización con presencia de al menos una UPP registrada en la HCE, de un total de 25.440. Esto representa una incidencia del 2,8% de los episodios con UPP registrada en el Hospital Universitario de Bellvitge en el año 2014. Del total de episodios revisados se detectaron 491 UPP estadio II. De las 491 UPP estadio II registradas en la HCE, 349 (71,1%) fueron intrahospitalarias: 98 (28,1%) tenían registro previo de la UPP estadio I en el plan de cuidados, 251 (71,9%) no tenían registro de UPP estadio I. En aquellos casos en los que la UPP grado I se había registrado, 46 (13,2%) tenían la misma localización que la UPP estadio II y 52 (14,9%) tenían localizaciones diferentes. Únicamente se analizó el registro de los 46 episodios con UPP estadio II que tenían registro previo de la UPP estadio I en el plan de cuidados con la misma localización. Las características demográficas de estos pacientes fueron: 60,9% hombres y 39,1% mujeres. El 13% de los pacientes tenía entre 18-59 años, el 50% entre 60-79 años y el 37% tenía 80 o más años. El riesgo de presentar una UPP se valoró mediante la escala EMINA en un 82,6% de los pacientes incluidos. La puntuación media del registro EMINA fue de 7,5 (rango: 0-11), equivalente a riesgo medio. Las principales localizaciones de las UPP estadio I registradas fueron: 21 en sacro (45,7%), 13 en talones (28,3%), 2 en trocánter (4,3%), 2 en occipital (4,3%), 1 en espalda (2,2%), 1 en maléolo (2,2%) y 6 en otras localizaciones (13%). En las 46 UPP estadio I registradas que evolucionaron a UPP estadio II, las principales intervenciones/actividades de prevención prescritas en el plan de cuidados fueron: control de ingesta (41,3%), cambios posturales (82,6%), cura con solución de

ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) (100%), hidratación de la piel (91,3%) y colocación de colchón anti escaras (76,1%). Además se documentó que un 32,6% de los pacientes tenían prescrita suplementación dietética.

Discusión: Estudios previos refieren que la informatización de los cuidados mejora la calidad del registro de eventos adversos aunque se detecta un claro infra-registro de las UPP. Sólo se registraron el 13,2% de las UPP estadio I, que evolucionaron a estadio II durante la hospitalización. Los mismos estudios determinan que el registro de las UPP en estadios iniciales puede ayudar a planificar los cuidados de estos pacientes para prevenir la evolución de las UPP a estadios mayores. Futuras investigaciones deberían evaluar la implementación de estrategias para mejorar la comunicación de un evento adverso como éste en estadios iniciales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. The Nursing Best practice Guideline: Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers. RNAO. En: www.rnao.org; 2003 [consulta 12 de Agosto de 2015].
2. Pancorbo-Hidalgo P, García-Fernández FP, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, Soldevilla-Agreda JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia. Gerokomos. 2014;25(4):162-170.
3. Lyder CH. Pressure ulcer prevention and management. Annual review of nursing research. 2002; 20: 35-61.
4. Royal College of Nursing. Pressure ulcer risk assessment and prevention. London: Royal College of Nursing; 2000.
5. Li D, Korniewicz DM. Determination of the Effectiveness of Electronic Health Records To Document Pressure Ulcers. MedSurg nursing. 2013; 22 (1): 17-25.
6. Tubaishat A, Tawalbeh L, Al Azzam M, AlBashtawy M, Batiha A-M. Electronic versus paper records: documentation os pressure ulcer data. British journal of nursing. 2015; 24(6).
7. Cho I, Park H, Chung E. Exploring practice variation in preventive pressure-ulcer care using data from a clinical data repository. International journal of medical informatics, 2011; 80: 47-55
8. Thoroddsen A, Sigurjónsdóttir G, Ehnfors M, Ehrenberg A. Accuracy, completeness and comprehensiveness of information on pressure ulcers recorded in the patientrecord. Scandinavian journal of caring sciences. 2013 Mar;27(1):84-91
9. Gunningberg L, Dahm M, Ehrenberg A. Accuracy in the recording of pressure ulcers and prevention after implementing an electronic health record in hospital care. Quality & safety in health care. 2008; 17(4):281-285.
10. Gunningberg L, Fogelberg-Dahm M, Ehrenberg A. Improved quality and comprehensiveness in nursing documentation of pressure ulcers after implementing an electronic health record in hospital care. Journal of clinical nursing. 2009; 18(11): 1557-1564.

AUTORES/AUTHORS:

Montserrat Faro-Basco, Olga Isern-Farrés, Carme Sansalvador-Comas, Xavier Palomar-Aumatell

TÍTULO/TITLE:

SIMULACIÓN CLÍNICA EN EL GRADO DE ENFERMERÍA. VALORACIÓN DEL MIEDO, ANSIEDAD Y ESTRÉS UTILIZANDO INDICADORES NOC

INTRODUCCIÓN: El uso de la simulación clínica como método de enseñanza-aprendizaje ha supuesto un giro importante, en lo que a estrategia pedagógica se refiere, en la formación de los estudiantes de enfermería. Este método permite a los estudiantes fortalecer y desarrollar competencias y habilidades, técnicas y no técnicas, necesarias para atender a los pacientes sin poner en riesgo su seguridad. Son muchos los estudios que muestran la simulación de alta fidelidad como una buena estrategia de aprendizaje que permite a los estudiantes adquirir confianza y seguridad en la realización de los cuidados de enfermería, en un entorno seguro y con un alto grado de realismo (McCaughey y Traynor, 2010) (Abdo y Ravert, 2006), (Kuznar, 2007). También está demostrado el alto grado de satisfacción de los alumnos que utilizan esta metodología de aprendizaje (Juguera y Díaz Agea, 2014), (Sanjuan, Marco, García y Castejon, 2014). En nuestro primer año de aplicar la simulación de alta fidelidad hemos observado que las actividades de simulación generan en los estudiantes de enfermería ciertos niveles de ansiedad a pesar de sentirse muy satisfechos con el uso de esta metodología. A partir de esta observación, nos propusimos evaluar los niveles de miedo, ansiedad y estrés utilizando indicadores de la taxonomía NOC al no encontrar ningún estudio que utilizara el lenguaje estandarizado NOC para medir estas actitudes.

OBJETIVO: Evaluar el nivel de miedo, ansiedad y estrés que las actividades de simulación clínica generan en los estudiantes de enfermería utilizando indicadores de la taxonomía NOC.

METODOLOGIA: Se realizó un estudio transversal descriptivo observacional con los estudiantes de segundo, tercer y cuarto curso del Grado en Enfermería, matriculados en las asignaturas de Prácticum II (PII), Prácticum III (PIII), Prácticum VI (PVI) y Atención al Paciente Crítico (APC), durante el curso 2014-2105. Se distribuyeron los estudiantes en grupos de 5 estudiantes para el PII y de 3 para el PIII, PVI y APC.

En la simulación clínica, se entregaba un cuestionario con 3 indicadores para el NOC (1210) Nivel de miedo: (121004) Falta de confianza, (121032) Lloros y (121034) Pánico, 4 indicadores para el NOC (1211) Nivel de ansiedad: (121102) Impaciencia, (121103) Manos húmedas, (121106) Tensión muscular y (121123) Sudoración, y 3 indicadores para el NOC (1212) Nivel de estrés: (121202) Aumento de la frecuencia del pulso radial, (121208) Boca y garganta secas y (121213) Inquietud. Estos NOC fueron seleccionados previamente por los investigadores, y los estudiantes los cumplimentaban valorándolos antes de la simulación y después de la misma, con la escala Grave, Sustancial, Moderado, Leve y Ninguno. El análisis de datos se realizó con el paquete informático SPSS.21, comparando los porcentajes con el Test de McNemar.

RESULTADOS: Comparando los resultados de los indicadores antes y después de la simulación, utilizando el Test de McNemar, para el NOC (1210) Nivel de miedo, el indicador (121004) Falta de Autoconfianza muestra grado de significancia de $p=0.001$, el indicador (121034) Pánico muestra grado de significancia de $p=0.000$, el indicador (121102) Impaciencia muestra grado de significancia de $p=0.000$. Para el NOC (1211) Nivel de ansiedad, el indicador (121106) Tensión muscular muestra grado de significancia de $p=0.000$, el indicador (121123) Sudoración muestra grado de significancia de $p=0.001$, el indicador (121208) Boca y garganta secas muestra grado de significancia de $p=0.000$. Para el NOC (1212) Nivel de estrés, el indicador (121213) Inquietud muestra grado de significancia de $p=0.000$. Estos resultados indican que antes de la simulación los estudiantes muestran más falta de autoconfianza, pánico, impaciencia, tensión muscular, aumento de la sudoración, sensación de boca y garganta secas e inquietud. Después de la simulación, y después de realizar el debriefing, los estudiantes se muestran más confiados, con menos pánico, menos impacientes, tensión muscular, sudoración, boca y garganta seca y menor inquietud. No se identificaron diferencias

significativas para los indicadores (121032) Lloros, (121103) Manos húmedas y (121202) Aumento de la frecuencia del pulso radial. DISCUSION: A partir de los resultados obtenidos se concluye que la realización de actividades de simulación genera miedo, ansiedad y estrés en los estudiantes. Se identificaron diferencias significativas en siete de los diez indicadores seleccionados comparándolos antes y después de la simulación. Para reducir los niveles de ansiedad, miedo y estrés se proponen las siguientes intervenciones: 1. Intensificar, inmediatamente antes de la simulación, la creación de un ambiente positivo y la concreción de los objetivos de la sesión. 2. Recordar las funciones del maniquí simulador y el entorno donde se realizará la simulación. 3. Reforzar la descripción detallada del escenario donde se desarrollará la situación clínica y de los distintos recursos humanos y materiales de que disponen. 4. Aumentar las experiencias en simulación. 5. Animar a los estudiantes a aplicar técnicas de autocontrol antes de la simulación, para mejorar su confianza y seguridad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Abdo, A., Ravert, P. (2006). Student Satisfaction with Simulation Experiences, En: Clinical Simulation in Nursing Education, Vol. 2
- Bulechek, G. M. (2013). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Barcelona: Elsevier. Retrieved from http://pleiades.cbuc.cat/record=b1393958~S2*cat
- Decker, S., Sportsman, S., & Billings, I. (2008). The evolution of simulation and its contribution to competency. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(2), 74-80.
- Gordon, M. (2007). Manual de Diagnósticos de Enfermería. 11ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Johnson, M., Fresnedo, C. E., & International, N. (2012). Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos: soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados (3a ed.). Barcelona: Elsevier
- Johnson, M., Ros, R. R., International, N., for Nursing Classifications, C., & Effectiveness, C. (2006). Interrelaciones NANDA, NOC y NIC: diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones (2a ed.). Barcelona: Elsevier
- Jordi, R. (2011). Reframing the concept of reflection: Consciousness, experiential learning, and reflective learning practices. *Adult Education Quarterly*, 61(2), 181-197. doi:10.1177/0741713610380439
- Juguera, L., Díaz Agea, J.L., Pérez, M.L., Leal, C., Rojo, A., Echevarría, P. (2014). La simulación Clínica como herramienta pedagógica. Percepción de los alumnos de Grado en Enfermería de la UCAM. *Enfermería Global*, 33, 175-190.
- Kuznar, K. (2007). Associate degree nursing students' perceptions of learning using a high-fidelity human patient simulator, En: *Teaching and Learning in Nursing*, Vol. 2
- Mccaughey, C., Traynor, M. (2010). The role of simulation in nurse education, En: *Nurse Education Today*, Vol. 30.
- Moorhead, S. (2014). Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud. Barcelona [etc.]: Elsevier. Retrieved from http://pleiades.cbuc.cat/record=b1393959~S2*cat
- Ros, R. R., Adrados, C. O., & Puig, M. L. (2012). Lenguaje NIC: para el aprendizaje teórico-práctico en enfermería. Barcelona: Elsevier
- Sanjuan, A., Marco, D., García, N., & Castejon ME. (2014). Simulación Clínica para aumentar la

seguridad de los pacientes. Satisfacción del alumnado. En XII Jornadas de redes de Investigación en Docencia Universitaria: 3 y 4 de julio de 2014 (pp. 1928-1943). Alicante: Universidad de Alicante.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves VI

Session of Oral Brief Presentations VI

AUTORES/AUTHORS:

ELENA GÓMEZ JIMENEZ, SARA PLAZA RIVERA, NURIA CASERO PEINADO, LAURA PALAZÓN VALCÁRCEL, RAQUEL CERES MARTÍNEZ, MARTA MAS ROMERO, JOSE ANTONIO BERNARDO GARCÍA, ALMUDENA AVENDAÑO CÉSPEDES, JOSE LUIS OLIVER CARBONELL

TÍTULO/TITLE:

Características de función, comorbilidad, consumo de fármacos e higiene oral en dos Unidades Geriátricas de Agudos.

OBJETIVOS: Describir las principales características en relación a la comorbilidad, consumo de fármacos y capacidad funcional de los pacientes que ingresan en dos unidades geriátricas de agudos (UGA), así como las características relativas al estado bucal de los paciente ingresados en una de ellas.

MÉTODO: Se trata de un estudio descriptivo, transversal y multicéntrico en el que participaron dos UGA incluyendo a los sujetos que ingresaron en ellas durante 4 meses. Los centros que participaron fueron el Hospital Perpetuo Socorro de Albacete y el Hospital Monte Naranco de Oviedo. En el primero se incluyeron a 280 sujetos y en el segundo a 281. Se recogieron variables sociodemográficas, de comorbilidad, el Índice de Barthel, la escala de Glasgow al ingreso y el tratamiento habitual.

Sobre los 280 sujetos incluidos en el Hospital Perpetuo Socorro se recogieron además como variables adicionales el estado de la boca al ingreso mediante la observación directa, si eran portadores de prótesis dental parcial o completa y el tipo de dieta al ingreso.

RESULTADOS: En la UGA del Hospital Perpetuo Socorro, la edad media fue de 85,88 años. El 60,7% de los sujetos incluidos fueron mujeres. Según la escala Glasgow, el 75% presentó valores de 14 o 15 puntos con un nivel de consciencia normal. El 66,4% tenía en el momento del ingreso una dependencia total según el índice de Barthel, el 11,8% grave, el 11,8% moderada y el 10% leve. Sin embargo, previo al ingreso el nivel de dependencia de estos sujetos era del 31,1%, 10,7%, 13,9% y 43,9% respectivamente. En relación a la comorbilidad, el 93,6% eran pluripatológicos con más de 3 enfermedades crónicas y de estos, el 36,7% tenía más de 7. Un 39,3 % presentaba un diagnóstico de demencia al ingreso. Un 96,8% tenía prescritos más de 3 fármacos en su tratamiento habitual y de éstos, el 37,9% tomaba más de 10.

Respecto al estado de la boca, sólo un 52% presentaba una boca limpia en el momento del ingreso. El 35% presentaba mucosa sucia y un 53,6% una mucosa no hidratada. Otros datos obtenidos fueron la presencia de micosis (6,2%) o de lengua saburral (35%). Llama la atención el alto porcentaje de xerostomía en estos pacientes con un 43,3% de los casos. El 42,3% de los pacientes eran portadores de prótesis dental móvil, la cual era en un 71% completa. El tipo de dieta al ingreso fue en el 49,6% de los casos absoluta y en el 20,7% túrmix.

En la UGA del Hospital Monte Naranco la edad media fue de 87,17 años. El 59,1% de los sujetos incluidos fueron mujeres. Según la escala Glasgow, el 86,8% presentó valores con puntuaciones de 14 o 15 puntos. El 24,2% tenía una dependencia total en el momento del ingreso según el índice de Barthel, el 15,3% grave, el 17,1% moderada y el 43,4% leve. En relación a la comorbilidad, el 84,7% presentaba pluripatología con más de 3 enfermedades crónicas y de estos, el 19,2% tenía más de 7. Un 13,9% presentaba un diagnóstico de demencia al ingreso. El 96,1% tenía prescritos más de 3 fármacos en su tratamiento habitual y de estos, el 19,2% tomaba más de 10.

DISCUSIÓN: El paciente geriátrico que ingresa en una UGA, lo hace con un importante deterioro de su capacidad funcional, donde la pluripatología y la polifarmacia destacan de forma evidente. Conocer dicho perfil nos puede ayudar a poner en práctica estrategias y planes de cuidados multidisciplinares para la prevención de complicaciones mayores, realizar un uso correcto de los fármacos y mejorar el manejo y tratamiento de las enfermedades crónicas en la práctica habitual, con el fin de evitar nuevos ingresos hospitalarios y un mayor deterioro de la capacidad funcional.

Por otro lado y en relación al estado de la boca, existe una alta prevalencia de una pobre higiene oral en la población anciana. Como parte habitual de la práctica enfermera, se deberían desarrollar planes protocolizados de valoración de la cavidad oral al ingreso de estos pacientes que permitieran un correcto cuidado y manejo de las complicaciones de su mala higiene y una adecuada

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Barroso J. Oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009 Nov; 44 Suppl 2:22-8.
2. García Peris P, Velasco Gimeno C, Velasco M, Clavé P. Disfagia en el anciano. *Nutr Hosp.* 2011; 4(3):35-43.
3. Clave P. Oropharyngeal dysphagia in the elderly. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2012 Jul Aug; 47(4):139-40.
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. 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
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, Seguro 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. Tada A, Miura H. Prevention of aspiration pneumonia (AP) with oral care. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012 Jul-Aug; 55(1):16-21
11. 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.
12. Sura L, Madhavan A, Carnaby G, Crary MA. Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clin Interv Aging.* 2012; 7:287-98.
13. 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
14. Ferrero Lopez MI, Garcia Gollarte JF, Botella Trelis JJ, Juan Vidal O. [Detection of dysphagia in the institutionalised elderly]. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2012 Jul-Aug; 47(4):143-7

AUTORES/AUTHORS:

LAURA PALAZÓN VARCÁRCEL, ELENA GÓMEZ JIMÉNEZ, SARA PLAZA RIVERA, NURIA CASERO PEINADO, RAQUEL CERES MARTÍNEZ, ELIA VIANO PÉREZ, MARIA AMORÍN BAYÓN, ALMUDENA AVENDAÑO CÉSPEDES, JOSE LUIS OLIVER CARBONELL

TÍTULO/TITLE:

Prevalencia de disfagia y neumonías aspirativas en pacientes hospitalizados en dos Unidades Geriátricas de Agudos.

Objetivo:

Describir la prevalencia de disfagia al ingreso según la escala EAT-10 (Eating Assesment Tool) y la prevalencia de neumonías aspirativas en ancianos hospitalizados en dos unidades geriátricas de agudos.

Métodos:

Estudio descriptivo observacional longitudinal multicéntrico donde participaron de forma paralela la unidad geriátrica de agudos del Hospital Perpetuo Socorro (HPS) de Albacete y la unidad geriátrica de agudos del Hospital Monte Naranco (HMN) de Oviedo, durante un periodo de cuatro meses. Las variables utilizadas fueron el diagnóstico previo de disfagia, el cribado de disfagia mediante la escala EAT-10, la toma de espesantes previa, durante y al alta de la muestra. Además se recogió el motivo de ingreso, la presencia de neumonía aspirativa, broncoaspiraciones y los éxitus relacionados con neumonía aspirativa.

Resultados:

En el HPS de Albacete se contó con una muestra de 280 pacientes de los cuales un 60.7% mujeres. La edad media fue de 85.88 años. La estancia media de 9,96 días (DT +/- 7,07, rango 1-50). En el momento del ingreso un 27,7% de los pacientes estaba diagnosticado previamente de disfagia, al pasar la escala EAT-10 la prevalencia de disfagia aumentó hasta un 42,1% ($p < 0.01$). En el HMN de Oviedo se contó con una muestra de 281 pacientes de los cuales un 59.1% eran mujeres. La edad media fue de 87.53 años. La estancia media de 8,97 días (DT +/- 6,03). En el momento del ingreso sólo un 10% de los pacientes estaba diagnosticado previamente de disfagia, al pasar la escala EAT-10 la prevalencia de disfagia aumentaba a un 59.1% ($p < 0.01$).

Del total de la muestra del HPS de Albacete, un 12,1% ingresó por neumonía aspirativa de los cuales, sólo un 79,4% de éstos estaban diagnosticados previamente de disfagia. Al pasar el EAT-10 esta prevalencia aumentaba hasta un 91%. Un 8,5% de los pacientes desarrollaron neumonía aspirativa durante el ingreso, un 50% de estos pacientes estaba previamente diagnosticado de disfagia y al pasar el EAT-10 esta prevalencia aumentaba hasta un 62,5%.

En el HMN de Oviedo un 9,6% ingresó por neumonía aspirativa de los cuales, un 6,7% estaban diagnosticados previamente de disfagia, al pasar el EAT-10 la prevalencia de disfagia aumentaba hasta en un 80%. El 2% de los pacientes desarrollaron neumonías aspirativa durante el ingreso, de los cuales un 40% estaban diagnosticados de disfagia y al pasar el EAT-10 esta prevalencia aumentaba a un 50%.

En el HPS de Albacete del 27% de la muestra que estaba diagnosticado previamente de disfagia, únicamente utilizaban espesantes de forma regular un 52.6% ($p < 0.01$). En el HMN de Oviedo no fue posible la recogida de estas variables.

En el HPS de Albacete existe una correlación entre el resultado positivo del EAT-10 y el aumento del número de broncoaspiraciones. La probabilidad de padecer broncoaspiración con un EAT-10 positivo es 3.177 veces mayor que si es negativo ($p < 0.01$)

En el HPS de Albacete se encontró un 10.4% de éxitus, de los cuales, casi mitad (48.8%) se relacionaron con neumonía aspirativa ($p < 0.01$), ocurrida de forma previa o durante el ingreso. En el HMN de Oviedo los resultados fueron similares, con un 11% de éxitus, casi la mitad, un 41% estuvieron relacionados con neumonía aspirativa ($p < 0.01$).

Discusión:

En ambos centros existe un infradiagnóstico de disfagia. La escala EAT-10 detectó una mayor prevalencia de disfagia tanto en los pacientes que ingresaron por neumonía aspirativa como en aquellos que la desarrollaron durante el ingreso. Por tanto dada la fácil

administración de la escala EAT-10 debemos plantearnos su uso de manera sistemática sobre la población anciana susceptible de beneficiarse, como lo es aquella que es hospitalizada. De esta forma, podremos instaurar lo antes posible un manejo adecuado a las necesidades de estos pacientes e instruir a familiares para su manejo al alta. No obstante sería conveniente estudios de intervención con educación sanitaria tanto a paciente como a familiares sobre manejo de disfagia y prevención de complicaciones principalmente para mejorar la calidad de vida reducir mortalidad así como ingresos hospitalarios.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Barroso J. Oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009 Nov; 44 Suppl 2:22-8.
2. García Peris P, Velasco Gimeno C, Velasco M, Clavé P. Disfagia en el anciano. *Nutr Hosp.* 2011; 4(3):35-43.
3. Clave P. Oropharyngeal dysphagia in the elderly. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2012 Jul Aug; 47(4):139-40.
4. Fernandez O, Clavé P. Oral Hygiene, Aspiration, and Aspiration Pneumonia: From Pathophysiology to Therapeutic Strategies. *Curr Phys Med Rehabil Reports.* 2013;
5. 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
6. Burgos R, Sarto B, Seguro 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.
7. Sura L, Madhavan A, Carnaby G, Crary MA. Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clin Interv Aging.* 2012; 7:287-98.
8. 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
9. Ferrero Lopez MI, Garcia Gollarte JF, Botella Trelis JJ, Juan Vidal O. [Detection of dysphagia in the institutionalised elderly]. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2012 Jul-Aug; 47(4):143-7
10. 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
11. Sorensen RT, Rasmussen RS, Overgaard K, Lerche A, Johansen AM, Lindhardt T. Dysphagia screening and intensified oral hygiene reduce pneumonia after stroke. *J Neurosci Nurs.* 2013 Jun; 45(3):139-46.
12. Velasco MM, Arreola V, Clave P, Puiggros C. Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento (Revisión). *Nutr Clin Med.* 2007; 1(3):174-202

AUTORES/AUTHORS:

Estefania Moreno Marchena, Maria de los Angeles Sánchez Rodríguez, Maria Dolores Grueso Calero, Claudia Bernabeu Alvarez, Marta Lima-Serrano, Joaquín Salvador Lima-Rodríguez

TÍTULO/TITLE:

El masaje abdominal como técnica para reducir el estreñimiento crónico en personas adultas y ancianos

Introducción: Actualmente el estreñimiento es considerado una de las patologías más frecuentes en la población general, con un porcentaje de entre el 2 y el 20% (Gómez León), existiendo un 25% de personas con autopercepción de estreñimiento. En España el 18,4% de la población (casi 7,5 millones de personas) manifiestan tener estreñimiento subjetivo. De estas, el 72% eran mujeres y el 35% consideraban su estreñimiento como crónico (López et al, 2006). Esta prevalencia de estreñimiento en la población se produce por una serie de hábitos, situaciones sociales y factores epidemiológicos como son el género, la edad y la raza (Remes-Troche et al, 2009), unido al aumento de la edad de la persona, conlleva una serie de cambios en las funciones y estructuras digestivas que acaban afectando al hábito intestinal, igualmente, una disminución de la ingesta de líquidos, una alteración importante en la dieta (especialmente una disminución de la ingesta de fibra), o la disminución del ejercicio físico, unido en ocasiones a patologías endocrinometabólica, del sistema nervioso central, enfermedades degenerativas, la polifarmacia, el uso de diuréticos u opioides, la deshidratación y la depresión (Moreira et al, 2006; Mir Gort, 2014; Martínez et al).

Este es un problema de salud abordable por las enfermeras, que requiere de un conocimiento adecuado para ayudar a los pacientes a prevenir y aliviar este problema.

Objetivo: Conocer el estado actual del conocimiento sobre el masaje abdominal como técnica para reducir el estreñimiento crónico en personas adultas y ancianas.

Metodología: La estrategia de búsqueda incluyó las bases de datos Medline, CINALH, WOS, PubMed, Scielo, Proquest, Sciencedirect, también se examinaron las listas de referencias de los artículos incluidos. Se seleccionaron aquellos artículos que cumplían los siguientes criterios de selección: originales, escritos en inglés, portugués o español, publicados en los últimos 10 años, relacionados con el masaje abdominal como técnica para reducir el estreñimiento crónico en personas adultas y ancianas. Se rechazaron los que incluían a menores de 18 años o eran reportes de un caso. La búsqueda, selección, obtención y análisis de los datos se realizó por dos revisores independientes usando herramientas estandarizadas. Se discutieron las discrepancias hasta llegar al acuerdo. Finalmente se seleccionaron nueve artículos.

Resultados: Se observó que no existe un consenso sobre cómo realizar los masajes abdominales en personas con estreñimiento crónico, cada investigador utiliza un método y una técnica diferente, describiéndose hasta seis distintas. El masaje abdominal disminuyó los síntomas gastrointestinales del estreñimiento, el esfuerzo defecatorio, las heces endurecidas, la sensación de evacuación incompleta y obstrucción, aumentó el número de evacuaciones semanales (Ferraz et al, 2013; Lewicky-Gaupp et al, 2008). Disminuyó el tiempo de tránsito intestinal, al aumentar la perístalsis intestinal (Harrington et al, 2006; Lai et al, 2010) y la regulación del mismo (Lamas et al, 2011). También disminuyó el dolor abdominal (Lamas, 2011) y el tiempo de defecación, relajó el esfínter del canal gastrointestinal (Lewicky-Gaupp et al, 2008) y creó ondas rectales por estimulación de los reflejos autónomos somáticos (Liu et al, 2005). Los pacientes indicaron que les mejoró mental, social, existencial y psicológicamente (Lai et al, 2010). Para que el masaje abdominal haga efecto es preciso que tanto los pacientes como la persona que proporciona el masaje se sientan cómodos con la situación, y se cree un ambiente de confianza (Lamas, 2011; Lai et al, 2010), ya que la tensión entre ellos les impiden obtener las sensaciones, tanto físicas como psíquicas, que el masaje le proporciona. (Lamas et al, 2011)

El masaje mejoró la calidad de vida de personas con estreñimiento crónico, y en general fué descrito por lo pacientes como una técnica agradable. Este tipo de intervención es de fácil aplicación y parece ser eficaz en la resolución del estreñimiento (Shokry et al, 2013), aunque la eficacia del masaje no puede separarse de otros componentes que afectan al estreñimiento como son el estilo de

vida, el cambio en la dieta, los hábitos de alimentación y el ejercicio físico.

Por otro lado, el masaje no condujo a una disminución de la ingesta de los mismos (Lamas et al, 2009; McClurg et al, 2011) lo que indica que el masaje podría verse como un complemento al uso de laxantes, en lugar de un reemplazo para personas con estreñimiento cuando los laxantes no tienen el efecto deseado (Lamas et al, 2009). Finalmente no se encontraron efectos secundarios al masaje abdominal.

Conclusiones: Los estudios localizados fueron escasos, pero refieren que el masaje tiene numerosas ventajas para los pacientes con estreñimiento, sin embargo el alcance de esta técnica no ha podido llegar a medirse en su totalidad porque los efectos aparecen de forma tardía y la intervenciones no fueron mantenida suficientemente en el tiempo. Por tanto sería interesante estudiar dicha técnica con una muestra mayor y mayor duración de la intervención.

Palabras claves: Masaje abdominal, estreñimiento crónico, intestino, adulto, tratamiento, anciano, enfermería

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Ferraz, B; Ismael, M y Foss, H. (2013). Impacto da terapia manual visceral na melhora da qualidade de vida de pacientes com dor abdominal crônica. *Rev. Dor.* 14(2), 124-128.
- Harrington, K.L. y Haskvitz, E.M. (2006). Managing a patient's constipation with physical therap. *Physical Therapy.* 86(11), 1511-9.
- Lai, T.K.T; Cheung, M.C; Lo, C.K; Ng, K.L; Fung, Y.H; Tong, M. Y. Yau, C.C. (2011). Effectiveness of aroma massage on advanced cancer patients with constipation: A pilot study. *Complementary Therapies in Clinical Practice.* 17(1), 37-43.
- Lämås K; Graneheim U.H y Jacobsson, C. (2011). Experiences of abdominal massage for constipation. *Journal Of Clinical Nursing.* 21(5-6), 757-65.
- Lewicky-gaupp, C; Morgan, D.M; Chey, W; Muellerleile, P. y Fenner, D.E. (2008). Successful Physical Therapy for Constipation Related to Puborectalis Dyssynergia Improves Symptom Severity and Quality of Life. *Diseases of the Colon & Rectum* 51(11), 1686-91.
- Liu, Z; Sakakibara, R; Odaka, T; Uchiyama, T; Yamamoto, T; Ito, T. y Hattori, T. (2005). Mechanism of abdominal massage for difficult defecation in a patient with myelopathy (HAM/TSP). *J. Neurol.* 252(10), 1280-2.
- López Cara, M.A; Tárraga López, P. J; Cerdán Oliver, M; Ocaña López, J. M; Celada Rodríguez, A; Solera Albero, J y Palomino Medina, M. A. (2006). Estreñimiento en la población mayor de 50 años de la provincia de Albacete. *Rev. Esp. Enferm. Dig.* 98(6), 449-459.
- Martínez Sabater, A. y Pascual, M.F. (2001). Estreñimiento e impactación fecal en el anciano. *Enfermería integral.* 0(58), 32-34.
- McClurg, D; Hagen, S; Hawkins, S y Lowe-Strong, A. (2011). Massage for the alleviation of constipation symptoms in people with multiple sclerosis: a randomized controlled feasibility study. *Mult. Scler.* 17(2), 223-33.
- Mir Gort, A. (2014). Efectividad de la educación para la salud del masaje abdominal en Atención Primaria en adultos mayores de 65 años con estreñimiento y no institucionalizados. Trabajo final de grado en fisioterapia. Universitat de Lleida. Barcelona.
- Moreira, V.F. y López San Román, A. (2006). Estreñimiento. *Rev. Esp. Enferm. Dig.* 98(4), 308.
- Remes-Troche, J.M; Carmona-Sánchez, R. et al. (2009) ¿Qué se entiende por estreñimiento? Un estudio en población abierta. *Rev. Gastroenterol. Mex.* 74(4), 321-328.
- Shokry Abd Allah, E; Ali Allah Ibrahim, H y Henry Fahmy, H. (2013). Effect of nursing intervention on constipation among elderly in Zagazig city Sharkia governorate-Egypt. *Journal of American Science.* 9(3s), 32-44.

AUTORES/AUTHORS:

DOLORES TORRES ENAMORADO, MARIA JOSÉ POLVILLO AVILÉS, MARÍA DEL ROSARIO MARTÍNEZ JIMÉNEZ

TÍTULO/TITLE:

CARACTERÍSTICAS DE LA SOBRECARGA EN CUIDADORES HOMBRES FAMILIARES.

Objetivo:

Conocer las características de la sobrecarga de hombres cuidadores en Cádiz.

Metodología:

Diseño de corte cuantitativo y descriptivo correlacional, en concreto con una serie de casos transversales. Si seguimos los criterios de clasificación que plantean Argimon y Jiménez nuestro trabajo presenta un diseño descriptivo correlacional, observacional, transversal y retrospectivo.

La muestra la forman cuidadores hombres de zonas básicas de salud de Cádiz capital que, tras tener conocimiento de los objetivos y la finalidad del estudio, acepten participar en él; quedando este hecho reflejado con la firma del consentimiento informado.

Finalmente la muestra ha quedada conformada por un total de 67 hombres.

Telefónicamente se les ha pasado un cuestionario validado(1), el Índice de Esfuerzo del Cuidador, para medir la sobrecarga y algunas preguntas de naturaleza administrativa para conocer el perfil.

Análisis con el PASW ESTADÍSTIC 18.0 para Windows. Primero, se ha realizado una depuración estadística, explorando los datos para identificar valores atípicos y mostrar si existen valores inusuales. Lo complementamos con un análisis descriptivo mediante medias y desviaciones típicas para las variables numéricas o, en caso de distribuciones muy asimétricas, medianas y percentiles (P25 y P75), mientras que las variables no numéricas se reflejarán con frecuencias y porcentajes.

Finalmente aplicamos alguno de los métodos asintóticos típicos tales como el test de la Chi-cuadrado, el test Chi-cuadrado con corrección de continuidad o test exacto de Fisher (para tablas 2x2 poco pobladas), o t de Student.

Resultados:

En relación al perfil, la edad media es de 63,87 años. El 52,2% alterna los cuidados con alguien, ya sea de manera remunerada o no y el 61,2% está casado. Por último, respecto a la relación con la persona cuidada, el 47,8% cuida a su pareja y el 40,3% a alguno de sus progenitores.

Si pasamos a desglosar los distintos ítems del cuestionario de sobrecarga obtenemos que el 58,2% de los cuidadores manifiesta tener problemas de sueño atribuidos a la tarea de cuidar. El 67,2% cree que el tener que cuidar de su familiar es un inconveniente para su vida diaria y ese mismo porcentaje lo considera un esfuerzo físico.

Menos de la mitad de la muestra, el 41,8% reconoce haber sufrido modificaciones en la familia y el 64,2% en los planes de vida personal. El porcentaje mayor corresponde a la presencia o no de cambios emocionales, reconociendo un 74,6% que sí existen. En el lado opuesto, se encuentra el ítem que valora las modificaciones en el trabajo.

El 58,2% considera que el cuidar de alguien es una carga económica y un 28,8% se siente desbordado.

En relación a la sobrecarga de manera global los hombres se sienten sobrecargados, presentando un media de 7,19 (se considera sobrecarga a partir de 7); si presentamos la variable como dicotómica, obtenemos que el 67,2% presenta sobrecarga. Dato inferior al obtenido en población femenina.

Ninguna de los métodos de contraste ofrecen resultados estadísticamente significativos. Quizás sea necesario utilizar una metodología cualitativa que nos permita profundizar en las emociones y los sentimientos.

Discusión:

Hemos obtenido una edad media similar a otros artículos cuya muestra está formada fundamentalmente por mujeres [2-4]. Solo difiere un poco más con un estudio que establece distinción de perfiles por sexo y que obtiene una edad media en hombres

cuidadores de 69,8 años [5]. Esta diferencia podría atribuirse a la variación en el tamaño de la muestra. En otro artículo hace referencia a que los hombres cuidadores presentan una edad mayor a las mujeres pero no recogen datos numéricos [6]. Cuando revisamos los resultados del estado civil y comparamos los datos con estudios anteriores comprobamos que el porcentaje de personas cuidadoras casadas se encuentra por encima del 80% [2]. El origen de esta diferencia puede estar en una cuestión de sexo ya que la muestra de dichos estudios está conformada mayoritaria o exclusivamente por mujeres.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía:

- 1.- Ortiz, M. Validación de un cuestionario para hombres y mujeres con dependencia desde la perspectiva de género. (2011). Universidad de Sevilla.
- 2.- Babarro A, Garrido A, Riera M. Perfil de sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. Atención primaria, 2004; 33(2): 61-6.
- 3.- López M and cols. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. Rev Clin Med Fam 2009; 2(7): 332-334.
- 4.- Moreno-Gaviño L and cols. Sobrecarga sentida por la figura del cuidador principal en una cohorte de pacientes pluripatológicos. Aten Primaria 2008; 40(4):193-8.
- 5.- Larrañaga I, Martín U. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. Gac Sanitaria, 2008; 22(5):443-50.
- 6.- Observatorio de Personas Mayores. Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. Octubre, 2008. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias.

AUTORES/AUTHORS:

Claudia Bernabéu Álvarez, Mar Faus Sanoguera, María Teresa Baena Ariza, Isabel Domínguez-Sánchez, Marta Lima-Serrano, Joaquín Salvador Lima-Rodríguez

TÍTULO/TITLE:

Influencia de los grupos de ayuda mutua sobre cuidadores familiares, personas dependientes y su salud familiar

Introducción

La enfermedad o dependencia de un miembro de la unidad familiar puede llegar a formar parte de la vida familiar, produciendo cambios estructurales, procesuales y emocionales y afectar a la salud familiar. El 88% del tiempo total dedicado al cuidado de la salud se provee en el ámbito doméstico, formando parte de la cotidiana de las familias, donde el cuidado familiar lo asume generalmente una mujer que desempeña el rol de cuidadora familiar.¹ Se entiende como cuidador familiar, a la persona del hogar familiar que se encarga habitualmente de cuidar la salud de las personas dependientes, sin recibir retribución económica a cambio.² El “trabajo” de cuidar incluye atención personal e instrumental, que cuando se realiza de forma diaria e intensa, implica una elevada responsabilidad continua y duradera, que a su vez se convierte en un agente estresante que impacta negativamente sobre el cuidador pudiendo afectarle negativamente en el ámbito social, familiar, y profesional. ^{3,4} En esta situación, los grupos de ayuda mutua (GAM) han demostrado ser eficaces en la reducción de la carga de los cuidadores familiares de pacientes con dependencia, teniendo efectos positivos y mejorando su salud física, psicológica y apoyo social. ⁵

Objetivo: El objetivo principal de esta revisión sistemática fue, conocer las características de los grupos de ayuda mutua (GAM) para cuidadores y la influencia de la pertenencia a dichos grupos sobre los cuidadores, la persona dependiente y la salud familiar.

Metodología: La estrategia de búsqueda incluyó las bases de datos Pubmed, Scopus, Psycinfo, Eric, Cochrane plus y CSIC, también se examinaron las listas de referencias de los artículos incluidos. **Criterios de selección:** Para ser incluido, se buscaron artículos originales, escritos en inglés o español, publicados en los últimos 5 años, relacionados con los grupos de ayuda mutua como recurso para cuidadores familiares. La búsqueda, selección, obtención y análisis de los datos se realizó por dos revisores independientes usando herramientas estandarizadas. Se discutieron las discrepancias hasta llegar al acuerdo. Se siguieron las recomendaciones de la declaración PRISMA. Se seleccionaron doce artículos.

Resultados: Los GAM de cuidadores familiares se basan en apoyo de los compañeros, el uso de dinámicas de grupo y el empoderamiento de los participantes, animándoles a identificar sus fortalezas y a mejorar sus habilidades para resolver problemas, mediante el intercambio de experiencias, la discusión abierta, información y asesoramiento.⁶ Junto a los GAM tradicionales, existen además, grupos en línea, en los que los participantes informaron no tener ningún cambio en la depresión o la ansiedad, pero si una serie de experiencias y beneficios positivos del uso del foro, en comparación con los tradicionales GAM.⁷ Para los cuidadores familiares resultan ser una intervención eficaz para la promoción del estado de salud física y psicológica de los cuidadores, así como su apoyo social.⁸ Son así, de gran utilidad para la situación individual de atención, generando las redes sociales que las cuidadoras han ido perdiendo, estimulando su posibilidad de crear nuevas relaciones con personas que comparten aspectos comunes en su vida diaria.⁹ Los participantes en los GAM, tuvieron mejorías significativa en los niveles de angustia y calidad de vida. Estos hallazgos apoyan la eficacia de estos grupos para ofrecer apoyo psicosocial a los cuidadores, por lo que debe ser promovidos como un recurso habitual para cuidadores en los cuidados de enfermería.¹⁰

Respecto a la familia, las intervenciones de los GAM, que las apoyan directamente, pueden ayudarlas a hacer frente emocionalmente, y a afrontar su función cuidadora y mejorar su calidad de vida.¹¹ Los participantes de un GAM, indicaron mejoría significativa en la familia, el funcionamiento del paciente y el apoyo social a las familias, convirtiéndose así en una efectiva intervención comunitaria para los cuidadores y las familias.¹²

Finalmente, la atención que ofrecen los GAM, repercute directamente en los pacientes, capacitar al cuidador para la mejora del

estado de salud de aquellos. Además, observó una disminución de recaídas, de síntomas de los pacientes, y de demanda a los servicios sanitarios, gracias a la autonomía que ganan los cuidadores, la reducción de la gravedad de los síntomas de los pacientes.8,11

Conclusiones:

Los resultados de estos estudios, confirman que los cuidadores se benefician de participar en intervenciones de los GAM. Esto tiene una relevancia para la práctica clínica, notable, ya que son una intervención alternativa eficaz para promover el estado de salud psicológico, físico, así como su apoyo a familias y dependientes. Por lo tanto, los GAM a cuidadores deben convertirse en un componente de rutina del cuidador de personas con dependencia, apoyados desde enfermería.

Palabras clave: Cuidador familiar, Grupos de ayuda mutua (GAM), salud familiar, sobrecarga del cuidador, personas dependientes

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Gil García E, Escudero Carretero M, Prieto Rodríguez MA y Frías Osuna A. Vivencias, expectativas y demandas de cuidadoras informales de pacientes en procesos de enfermedad de larga duración. *Enfermería clínica*. 2005; 15(4): 220-6.
2. Caja, C.B. & Marcos, M.M. Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. *Nure Investigación*, 2005;11.
3. Masanet E y La Parra D. Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. *Revista Española de Salud Pública*. 2011; 85(3): 257-266.
4. García, M.M., Mateo-Rodríguez, I.P. & Eguiguren, A. El sistema Informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, 2004; 18 (Supl 1), 132-9.
5. Lima, J.S., Lima, M., Saez, A. Intervenciones Enfermeras Orientadas a la Familia. En: *Enfermería clínica*. 2009; 19 (5): 280-283.
6. Rodríguez-Sánchez E, Patiño-Alonso MC, Mora-Simón S, Gómez-Marcos MA, Pérez-Peñaranda A, Losada-Baltar A, et al. Effects of a psychological intervention in a primary health care center for caregivers of dependent relatives: a randomized trial. *Gerontologist* . 2013;53(3):397–406.
7. McKechnie V, Barker C, Stott J. The effectiveness of an Internet support forum for carers of people with dementia: a pre-post cohort study. *J Med Internet Res* . 2014;16(2):e68.
8. Wei Y-S, Chu H, Chen C-H, Hsueh Y-J, Chang Y-S, Chang L-I, et al. Support groups for caregivers of intellectually disabled family members: effects on physical-psychological health and social support. *J Clin Nurs* . 2012;21(11-12):1666–77.
9. Grässel E, Trilling A, Donath C, Luttenberger K. Support groups for dementia caregivers--predictors for utilisation and expected quality from a family caregiver's point of view: a questionnaire survey part I*. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:219.
10. Wang L-Q, Chien W-T, Lee IYM. An experimental study on the effectiveness of a mutual support group for family caregivers of a relative with dementia in mainland China. *Contemp Nurse*. 2012;40(2):210–24.
11. C. Chan, Sally W. Chien WT. The effectiveness of mutual support group intervention for Chinese families of people with schizophrenia: A randomised controlled trial with 24-month follow-up. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(10):1326–40.

AUTORES/AUTHORS:

Manuela Martins, Júlia Martinho, Nilza Nogueira, Fátima Araújo, Paulo Marques, Carlos Sequeira, Margarida Reis Santos, Sandra Cruz, Clara Monteiro

TÍTULO/TITLE:

Satisfacción con la vida, depresión y soledad en personas mayores de 65 años de una región del norte de Portugal

Resumen:

Este estudio forma parte del proyecto "Vivir bien con más edad: en familia o con apoyo institucional" que é desarrollado en conjunto con un ayuntamiento de una región del norte de Portugal y tiene como objetivo estudiar la realidad de las personas mayores de 65 años, los modelos de asistencia y apoyo disponibles para ellos en las familias o en las instituciones, centrando los estudios en sus opiniones y en la sostenibilidad de los profesionales de diversas áreas.

Tiene como fin contribuir para una articulación de la política y el bienestar en salud garantizando la calidad de vida a las personas de más de 65 años en un medio ambiente sostenible, agradable y seguro.

El proyecto de investigación está organizada por los sub-estudios (Estudio 1: Mayores de edad avanzada que viven con la familia; Estudio 2: Mayores de edad avanzada que viven en Instituciones; Estudio 3: Modelos asistenciales y Estudio 4: Potencial y limitaciones de las políticas e organizaciones).

Usamos el método mixto (estudios cuantitativos y cualitativos) para que se complementen entre sí en el cumplimiento de los objetivos previstos.

El abordaje a los participantes (mayores con más de 65 años, familias, profesionales de la salud, directores de organizaciones) se realizará en un único acceso (contemplando un instrumento con las diferentes variables en estudio, aunque el análisis se efectúe en diferentes momentos). Las técnicas de recolección de datos son diferenciados (cuestionarios, entrevistas, grupos focales) teniendo en cuenta el acceso preferencial y facilitador de los participantes.

Este artículo expone los resultados del primer sub-estudio acerca de los mayores con más de 65 años que viven en familia.

Palabras clave: Satisfacción Personal; Depresión; Soledad; anciano

Introducción

A pesar de la soledad influenciar la depresión y éstos, la condición de salud y de los ancianos ser especialmente vulnerables a ella, existen pocos estudios que tengan investigado la experiencia de la soledad de las perspectivas de los ancianos que viven en las comunidades, razón pela cual decidimos hacer este estudio.

Objetivos: Conocer las opiniones de personas mayores de 65 años sobre la satisfacción con la vida, depresión y soledad, y analizar las diferentes percepciones según el sexo de los participantes.

Método: Se realizó un estudio cuantitativo, transversal, desde diciembre 2014 hasta febrero de 2015. Se contó con 15 ayuntamientos del norte de Portugal. La muestra fue no probabilística intencional constituida en bola de nieve por 1322 personas mayores de 65 años, que contestaron las Escalas de Depresión Geriátrica de Yesavage, soledad UCLA y satisfacción con la vida. Estas evalúan la depresión, la soledad y sentimientos asociados a ella y la satisfacción con la vida. Se llevó a cabo un análisis comparativo de los datos mediante la prueba t de Student para comparar las diferencias entre los sexos. En cuanto a la frecuencia de la depresión, soledad y la satisfacción con la vida se utilizaron el análisis chi-cuadrado con el fin de examinar la independencia de las variables.

Resultados: El perfil de los encuestados fue el siguiente: 57,5% sexo femenino, 61% casados, 25,8% viudos, edad media de 74,4 años, desviación estándar de 7 años. El 24,3% de los participantes afirman tener depresión. De estos, 16,48% son mujeres. Hay diferencias estadísticas significativas entre el sexo y la depresión $p=0,000$, así como entre el sexo y la puntuación global de la

satisfacción con la vida $p=0,026$ bien como entre el sexo y la soledad $p=0,045$. Los hombres tienen un promedio menor de soledad, afirman, en general, tener menos depresión y están más satisfechos con la vida, que las mujeres.

Discusión: Los resultados de nuestro estudio son consistentes con otros estudios (Taqui, et al, 2007; Kim, Chae y Choe, 2009) que enlazan una variación de depresión entre el 20 y el 27% en las personas mayores en la comunidad y en referencia a la mayor prevalencia de la depresión en las mujeres en comparación con los hombres (Sharma y Agarwala, 2013; Biddulph et al, 2014). No existen datos homogéneos sobre las relaciones entre sexo y satisfacción con la vida en los ancianos, pero los hallazgos más comunes sugieren que las mujeres tienen niveles de satisfacción más bajos que los hombres (George, 2010; Oshio, 2010). Las áreas más relevantes de la satisfacción con la vida de las mujeres mayores, son la salud auto percibida, el apoyo social y las relaciones sociales en cuanto en los hombres, son de condición financiera y las relaciones familiares. Este estudio tiene algunas limitaciones, como no haber tenido en cuenta los aspectos cualitativos, que podrían proporcionar una información más completa y por lo tanto, una mejor comprensión del envejecimiento de la población y las variables en estudio.

Implicaciones para la práctica: Este estudio nos permite repensar las políticas regionales de salud y apoyo social adecuadas a las necesidades de las personas con más de 65 años y diseñar programas de intervención más eficaces, teniendo en cuenta los diferentes factores que interactúan en este complejo problema. Se recomienda la creación de programas para evaluar la depresión nacional en los ancianos y la implementación de intervenciones que promuevan la salud mental de estos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Albuquerque, A. S. & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2 (20), 153-164.

Blazer, D., Hybels, C. & Pieper, C. (2001). The association of depression and mortality in elderly persons: a case for multiple independent pathways. *Journal of Gerontology : Medical Sciences* 56A, M505–M509

Biddulph, JP, Iliffe, S, Kalpa Kharicha, K; Harari, D; Swift, C; Gillmann, G and Stuck, AE (2014) Risk factors for depressed mood amongst a community dwelling older age population in England: cross-sectional survey data from the PRO-AGE study. *BMC Geriatrics* 2014, 14:5

Carvalho, JAM & Garcia, RA (2003) O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad. Saúde Pública*, 19(3):725-733.

Costa, M. A. (2006). *Cuidar idosos: Formação, prática e competências dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.

George, L. K. (2010). Still happy after all these years: Research frontiers on subjective well-being in later life. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 65, 331–339

Green, B; Copeland, J.; Dewey, M; Sharma, V.; Saunders, P.; Davidson I, et al., (1992) Risk factors for depression in elderly people: a prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86 (3), 213-217.

Gómez-Angulo, C; Campo-Arias, A. (2011) Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial *Universitas Psychologica*, 10 (3), 735-743

KENNEDY, G. J. Suicide and depression in late life: critical issues in treatment, research, and public policy. New York: John Wiley; 1996.

Kim, J, Choe,M; Chae,YR (2009) Prevalence and Predictors of Geriatric Depression in Community-Dwelling Elderly. Asian Nursing Research, 3(3),121–129.

Oshio, T. (2012) Gender Differences in the Associations of Life Satisfaction with Family and Social Relations Among the Japanese Elderly. Journal of Cross-Cultural Gerontology, 27 (3), 259-274

Pocinho,M; Farate,C; Dias, CM. (2010) Validação Psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses. Interações, 18, 65-77.

Singh,A; Misra, N (2009).Loneliness, depression and sociability in old age.Ind Psychiatry J.; 18(1): 51–55

Taqi, AM, Itrat, A, Qidwai, W & Zeeshan Qadri, Z (2007) Depression in the elderly: Does family system play a role? A cross-sectional study BMC Psychiatry,7:57.

AUTORES/AUTHORS:

FRANCISCA PEÑALVER PÉREZ, MARIA JOSÉ LÓPEZ BARRIO, CRISTINA EULALIA MORENO MARTÍNEZ, DAVINIA SAORÍN MARÍN

TÍTULO/TITLE:

SUPERVIVENCIA, DISCAPACIDAD Y DÉFICIT NEUROLÓGICO AL ALTA TRAS SUFRIR UN ICTUS DE ETIOLOGÍA EMBÓLICA

Introducción/Objetivos: El accidente cerebrovascular (ACV) representa en España la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres, primera causa de discapacidad grave y segunda de demencia. Su morbimortalidad es mayor en su etiología cardioembólica, motivada por su mayor gravedad inicial (suelen ser de mayor extensión y su transformación hemorrágica es más habitual), sumado a la presencia de enfermedades cardíacas vinculadas. La cardioembolia más frecuente es la fibrilación auricular (FA), arritmia caracterizada por su incremento proporcional con la edad, lo que unido a la mayor longevidad de las mujeres, las sitúa como grupo de especial riesgo en esta complicación. Con el presente trabajo pretendemos analizar la supervivencia, la discapacidad y el déficit neurológico al alta tras sufrir un ictus cardioembólico (ICE) secundario a FA, diferenciado en hombres y mujeres.

Metodología: Estudio observacional-descriptivo llevado a cabo en el Área I del Servicio Murciano de Salud, sobre pacientes ingresados con ICE como diagnóstico principal junto con un diagnóstico secundario de FA. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, supervivencia, discapacidad al alta (Escala de Rankin modificada) y déficit neurológico al alta (Escala NIHSS). **Resultados:** Se incluyeron 210 pacientes (edad media, 77,38±0,58 años; 59% mujeres). La edad media de las mujeres (78,49±0,68 años) fue significativamente superior ($p<0,05$) a la de los hombres (75,78±1,01 años). Fallecieron el 9,5% de los pacientes, con sobremortalidad femenina (11,3%) frente a la masculina (7%). Los supervivientes presentaron al alta una moderada discapacidad física (RANKIN: 2,7 ±0,14 puntos) y un moderado déficit neurológico (NIHSS: 8,04±0,6 puntos), sin diferencias significativas entre hombres y mujeres. **Discusión:** La enfermedad quedó estrechamente relacionada con el envejecimiento, lo que determina el predominio observado del sexo femenino, así como la edad media significativamente superior de las mujeres. En cuanto a las cifras de mortalidad obtenidas, fueron inferiores a las referidas en otros estudios, probablemente debido a la reciente instauración de nuevas técnicas de revascularización precoz en este hospital. Merece atención especial la sobremortalidad femenina, condicionadas por el factor edad a un peor estado previo que las sitúa en desventaja frente a los hombres más jóvenes. Es curioso, que a pesar de la mayor gravedad que aporta la edad, no se obtuvieran puntuaciones superiores en las escalas de RANKIN y NIHSS en las mujeres. Si bien, estos resultados no reflejan el pronóstico definitivo, pues según las Guías de Práctica Clínica sobre ictus isquémico, éste se obtiene a los 3 meses del diagnóstico del ACV, y tras consultar la estancia hospitalaria de nuestros pacientes, todos fueron dados de alta antes de cumplir este periodo de tiempo. **Conclusiones:** Las mujeres presentan mayor prevalencia de ICE secundario a FA al final de sus vidas que los hombres. Existe mayor mortalidad por ICE secundario a FA en las mujeres. La capacidad funcional post-ictus al alta, es similar en hombres y mujeres. **Implicación en la práctica clínica:** La importancia del diagnóstico precoz de la arritmia y su trascendencia en la prevención primaria del ICE.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Álvarez Sabin Jose MVJ. Comprender el Ictus (Infarto Cerebral y Hemorragia Cerebral)2013.
2. Angeleri F, Angeleri VA, Foschi N, Giaquinto S, Nolfi G. The influence of depression, social activity, and family stress on functional outcome after stroke. *Stroke*. 1993;2(10):1478-1483.
3. Truelsen T, Piechowski-Józwiak B, Bonita R, Mathers C, Bogousslavsky J, Boysen G. Stroke incidence and prevalence in Europe: a review of available data. *European journal of neurology*. 2006;13(6):581-598.
4. Investigators ERoS. Incidence of stroke in Europe at the beginning of the 21st century. *Stroke*. 2009;40(5):1557-1563.
5. Arboix A, Díaz J, Pérez-Sempere A, Álvarez-Sabín J. en nombre del Comité de Redacción ad hoc del Grupo de Estudio de las

- Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología. Ictus: tipos etiológicos y criterios diagnósticos. *Neurología*. 2002;17(Supl 3):3-12.
6. MATVEEVA DVP. Impacto sociosanitario.
 7. Martínez LL, Fernández FH, Mollac EJ, Moratallad ABP. Focalidad neurológica en paciente anticoagulado. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2011;4(3):246-249.
 8. Martínez-Rubio A, Iglesias EP, Thio MB, Mas EG, Soldevila JG. Epidemiología de la fibrilación auricular en España. *Revista Española de Cardiología Suplementos*. 2013;13:3-8.
 9. Go AS, Hylek EM, Phillips KA, et al. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the Anticoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. *Jama*. 2001;285(18):2370-2375.
 10. Benjamin EJ, Wolf PA, D'Agostino RB, Silbershatz H, Kannel WB, Levy D. Impact of atrial fibrillation on the risk of death the Framingham Heart Study. *Circulation*. 1998;98(10):946-952.
 11. Llisterri Caro J, Vera García S, Precioso Costa J, Silvero Y. Aspectos epidemiológicos y diagnósticos de la fibrilación auricular. *SEMERGEN-Medicina de Familia*. 2013;39:3-9.
 12. de Redacción C. Estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.[consultado 10 Jul 2012].
 13. Murcia. CdSRd. Plan de Gestión de la Calidad Docente Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.
 14. Escalas Neurológicas en Patología Vascul ar Cerebral Disponible en:<https://neurowikia.es/content/escalas-neurológicas-en-patología-vascular-cerebral>. Available at.

AUTORES/AUTHORS:

ELENA GÓMEZ JIMÉNEZ, RAQUEL CERES MARTÍNEZ, LAURA PALAZÓN VALCÁRCEL, SARA PLAZA RIVERA, NURIA CASERO PEINADO, MARTA MAS ROMERO, ISABEL SOLER MORATALLA, ALMUDENA AVENDAÑO CÉSPEDES, JOSE LUIS OLIVER CARBONELL

TÍTULO/TITLE:

Relación de Escala Internacional de Eficacia en Caídas (FES-I) con parámetros de práctica clínica en Unidad de Caídas.

INTRODUCCIÓN

Las caídas en las personas mayores son consideradas como uno de los grandes síndromes geriátricos y son una fuente importante de morbimortalidad en este grupo de población. Además suponen un importante coste económico, no sólo como costes directos de la atención a los resultados de las caídas, sino también como costes indirectos asociados al uso de otros recursos (1).

En nuestro medio, sobre un 30% de las personas mayores de 65 años y un 50% de las mayores de 80 años que viven en la comunidad se caen al menos una vez al año (1). Además esta incidencia puede triplicarse en ancianos institucionalizados. Así mismo, de los mayores que se caen, la mitad tienen caídas recurrentes y el 50% se vuelve a caer en el mismo año (2).

Las caídas son un factor de riesgo para sufrir nuevas caídas y originan múltiples consecuencias a nivel físico, psicológico, social y económico. Son una de las principales causas de discapacidad y dependencia en el anciano, cuyo inicio frecuentemente es el denominado síndrome de temor o miedo a caer (2- 4).

El síndrome de temor o miedo a caer (STAC) ha surgido en los últimos años como una entidad distinta de las caídas. Éste puede presentarse incluso en personas sin caída previa y puede ocasionar una pérdida de confianza, restricción de actividad física, aislamiento social, etc. en aquellas personas que lo padecen (5). La Escala Internacional de Eficacia en Caídas (FES-I) es una herramienta validada y traducida al español que interroga a la persona mayor acerca del STAC durante la realización de 16 actividades de la vida diaria (6, 7).

En la Unidad de Caídas del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete se ha llevado a cabo el Estudio FISTAC, que tiene por objetivo identificar los atributos Físicos del Síndrome de Temor A Caer (STAC) en ancianos de la comunidad.

OBJETIVO

Conocer las relaciones entre la Escala Internacional de Eficacia en Caídas (FES-I) con parámetros clínicos, funcionales, cognitivos, afectivos, analíticos, farmacológicos, de rendimiento físico, de equilibrio y marcha, de pacientes incluidos en el estudio FISTAC.

MATERIAL Y MÉTODO

Se recogieron datos de pacientes incluidos en el Estudio FISTAC a los que se les realiza el Protocolo de Valoración de la Unidad de Caídas, que incluye: Índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody, Índice de Charlson, Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA-SF), Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE), escala de depresión geriátrica de Yesavage y la escala de de Gijón. Se recogieron datos sobre número de caídas, fármacos y fracturas, presencia de hipotensión ortostática y valores de vitamina D. Se determinó el estado de fragilidad con criterios de Fried y se realizó el test de ejecución física Short Physical Performance Battery (SPPB). Se midió la fuerza prensora en mano dominante mediante dinamómetro digital y la fuerza en miembros inferiores mediante prensa de piernas. Se determinó la variabilidad de la marcha con el instrumento Gait-Rite: velocidad, longitud de paso y porcentaje de doble apoyo, así como las alteraciones posturales y equilibrio con posturógrafo. Se analizaron los datos con el programa estadístico SPSS 17.0 y se realizó el test de correlación de Pearson para determinar la asociación de todas estas variables con la escala FES-I.

RESULTADOS

La muestra estuvo formada por un total de 73 pacientes, con una edad media de 79,4 años y el 84% de los sujetos fueron mujeres. Se obtuvieron datos de la escala FES-I en 64 participantes con una media de 33,7 (DE 11,5; rango 16-57), y un 76,6% de los

mismos presentaron síndrome de temor a caer según dicha escala. La escala FES-I se asoció con las siguientes variables: el sexo femenino ($r = 0,323$; $p < 0,01$), la escala de Yesavage ($r = 0,506$; $p < 0,001$), la velocidad de la marcha en 4m ($r = -0,279$; $p < 0,05$), fragilidad ($r = 0,399$; $p = 0,001$), el número de fármacos ($r = 0,265$; $p = 0,05$), el porcentaje de doble apoyo ($r = 0,446$; $p = 0,001$), el Índice de Barthel ($r = -0,456$; $p < 0,001$), el SPPB ($r = -0,412$; $p = 0,001$), la fuerza prensora ($r = -0,310$; $p < 0,05$), 1RM de prensa de piernas ($r = -0,329$; $p < 0,05$), la incursión máxima global del límite de estabilidad ($r = -0,279$; $p < 0,05$), la velocidad de marcha ($r = -0,461$; $p = 0,001$) y la longitud de paso ($r = -0,333$; $p = 0,001$). Por otro lado, no se encontraron correlaciones con las variables de: edad, índice de Lawton, índice de Charlson, MNA-SF, la escala Gijón, MMSE, nº caídas, nº fracturas, hipotensión ortostática, niveles de vitamina D y equilibrio global.

DISCUSIÓN

La bibliografía revisada apunta hacia la necesidad de evaluación del riesgo de caídas en la población geriátrica, incluyendo en ella la valoración del STAC. Destacando la elevada prevalencia de este síndrome y su relación con parámetros habituales de la práctica geriátrica, utilizar un instrumento de valoración que abarque dichos factores podrá favorecer su identificación, así como la toma de decisiones en relación con las propuestas de intervención más específicas y eficaces para la prevención de este síndrome y de las caídas en este grupo de población (5,8,9).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA

1. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society. AGS/BGS clinical practice guideline: prevention of falls in older persons. New York (NY): American Geriatrics Society; 2010.
2. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.
3. Abizanda P, Gómez-Pavón J, Martín-Lesende I, Baztán JJ. Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en las personas mayores. *Med Clin (Barc)* 2010; 135(15):713-9.
4. Olmos P, Abad MA, Pérez-Jara J. Síndrome de temor a caerse en personas de 65 años con mareos de repetición: estudio descriptivo. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010; 45(5):274-277.
5. Alcalde P. Miedo a caerse. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010; 45(1):38-44.
6. Tinetti ME, Powell L. Fear of falling and low self-efficacy: a case of dependence in elderly persons. *J Gerontology.* 1993; 48:35-38.
7. Yardley L, Beyer N, Hauer K, Kempen GIJM, Piot-Ziegler C, Todd C. Development and initial validation of the Falls Efficacy Scale-International (FES-I). *Age Ageing* 2005; 34:614-619.
8. Rubenstein LZ, Josephson KR. Intervenciones para reducir los riesgos multifactoriales de caídas. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005; 40:45-53.
9. Skelton DA, Salva A. Prevención de las caídas basada en la evidencia en Europa. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005; 40:64-9.

AUTORES/AUTHORS:

M^{ra} Teresa Hospital Vidal, Dolors Estrada Revenós, Margarita Robau Gassiot, Montserrat Canalias Reverter

TÍTULO/TITLE:

Título: Intervención formativa al personal de enfermería: prevención de caídas

Objetivos:

1. Evaluar el aumento de conocimientos del personal de enfermería sobre la prevención de caídas al realizar una intervención formativa.
2. Evaluar el grado de cumplimentación de los registros específicos de caídas después de una intervención formativa.

Método: Estudio cuasi-experimental pre-post en 4 unidades de hospitalización de un hospital universitario de tercer nivel, realizado en 3 fases. Se incluyeron profesionales de enfermería de estas unidades quedando excluido el personal de rotación.

1^a Elaboración de la intervención formativa y del cuestionario, autocumplimentado y anónimo, en el que se incluyen datos sociodemográficos, profesionales y aspectos del procedimiento de prevención de caídas instaurado en el hospital. 2^a Intervención formativa sobre el contenido del procedimiento y la cumplimentación de registros. Esta formación se realizó mediante sesiones de 1 hora de duración con apoyo de material gráfico y audiovisual, posteriormente se volvió a pasar el mismo cuestionario. 3^a Evaluación del grado de cumplimentación de los registros de enfermería: se realizó un corte transversal en las unidades participantes del estudio, en el que se valoraron tres indicadores de calidad del procedimiento, con las variables: evaluación del riesgo de caídas, reevaluación periódica del riesgo y registro del riesgo en la historia clínica informatizada del paciente.

Se realizó un análisis descriptivo, comparando las variables pre y post-intervención usando test de X² para variables categóricas y la prueba T de Student para variables cuantitativas. Se consideraron resultados significativos $p < 0,05$.

Resultados: Participaron 78 profesionales: 49 enfermeras y 29 auxiliares. Previo a la intervención formativa 11 de los 34 ítems del cuestionario fueron contestados de forma incorrecta, por más del 50% del personal. Antes de la formación destaca que sólo un 58% conoce el ítem de valoración de la incontinencia urinaria como uno de los factores de riesgos a tener en cuenta en el momento de valorar el riesgo de caída, tras la intervención esta cifra se incrementa hasta el 92%, mejorando su respuesta un 34% ($p < 0,001$).

Globalmente hay un incremento de aciertos en todos los ítems pasando del 65% en el pre al 87% en el post. Posterior a la intervención formativa quedan consolidados con el 100% de aciertos aspectos tan relevantes en la identificación de riesgo como: historia previa de caídas, medicamentos de riesgo y trastornos de la marcha.

En relación al grado de cumplimentación de los registros, se evaluaron 76 historias: la evaluación del riesgo constaba cumplimentada en 92% de éstas, la reevaluación del riesgo en un 88% y la activación de alerta sanitaria en la historia informatizada un 72%.

Discusión:

Teniendo en cuenta que el objetivo principal del estudio era el incremento de conocimientos sobre el procedimiento, podemos considerar que la intervención formativa cumplió con sus propósitos. El estudio evidencia haber aumentando los conocimientos sobre la prevención de caídas.

En cuanto a aspectos cualitativos de la intervención quedan referenciadas e incluidas, dentro del contenido docente, recomendaciones que se establecen como best practice, con grado de evidencia A; tales como el uso de paquete individual de educación al paciente e intervenciones de reducción de factores de riesgo diana. Cabe destacar que no solo quedaron incluidas, sino que también se vieron mejoradas las puntuaciones de conocimiento al respecto.

El objetivo formativo no solo comprende la adquisición de conocimientos, pretende también fomentar la competencia desde el perfil profesional. El concepto de competencia se basa en aspectos de conducta y resultados. Para valorar este "que hacer" y los

resultados, el equipo investigador completó el estudio con el corte de prevalencia de la cumplimentación de registros de enfermería al respecto. La elevada cumplimentación de los indicadores de calidad, lo interpretamos como un cambio de conducta y un aumento de la concienciación del personal ante la prevención de caídas, lo cual conducirá a una mejor prevención y consecuente reducción de este efecto adverso.

La elevada participación del personal de las diferentes unidades nos permite realizar la asociación del interés del personal hacia un aspecto relevante del cuidado, como es la seguridad de paciente. Un indicador relevante de la seguridad del paciente en los hospitales, es la incidencia de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria, siendo las caídas uno de ellos. La prevención de lesiones asociadas a las caídas es uno de los objetivos principales de la política sanitaria en todos los países. La bibliografía indica que entre el 20 y el 30% de las personas que presentan caídas sufren lesiones que reducen su movilidad e independencia derivando en graves consecuencias físicas, funcionales, psicológicas, sociales o económicas e incrementado su mortalidad. De estos datos se desprende que la prevención de caídas es un aspecto fundamental en la mejora de la calidad del paciente ingresado y debe priorizarse como parte de una estrategia de mejora continua de una organización sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Estrada D, Lara A, Rodríguez L, Robles D, Grau J, Fernández J. Análisis causa-raíz de una caída intrahospitalaria. Revista Médica Electrónica de PortalesMedicos.com. [en línea]. Volumen IX. Número 10 - Junio 2014. Disponible en web: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/analisis-causa-raiz-caida-intrahospitalaria>. ISSN: 1886-8924.
2. Robles D, Orrego C, Moreno P, Hilarión P, Mora N, Bañeres J. Estudi observacional descriptiu sobre caigudes i factors de risc en hospitals d'aguts i centres sociosanitaris a Catalunya. *Annals de Medicina* 2011; 94: 57-59.
3. Fisher RH. Caídas en la persona mayor y el papel de la geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2003;38:97-9.
4. Neyens JC, van Haastregt JC, Dijcks BP, Martens M, van den Heuvel WJ, de Witte LP, Schols JM. Effectiveness and implementation aspects of interventions for preventing falls in elderly people in long-term care facilities: a systematic review of RCTs. *J Am Med Dir Assoc.* 2011 Jul;12(6):410-25.
5. Cameron ID, Gillespie LD, Robertson MC, Murray GR, Colina KD, Cumming RG, Kerse N. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Dec 12;12:CD005465.
6. Grimshaw J, Shirran L, Thomas R, et al. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Med Care* 2001; 39:112-45.
7. Ian-D C., Murray G., Gillespie L, Robertson M.C, Hill K., Cumming R., Kerse N.. Intervenciones para la prevención de caídas en pacientes de edad avanzada que se encuentran en centros de cuidado y hospitales. *Biblioteca Cochrane Plus* 2011. Número 1 ISSN 1745-9990.
8. Guía Clínica: Prevention of Falls (Acute Care). Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Health Care protocol, First Edition March 2008.
9. Ramos-Silva E, Nava-Galán M, 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(3):151—158
10. Educatio SXXI, 24.2006 pp55-57. Evaluación del aprendizaje para promover el desarrollo de las competencias <http://revistas.um.es/index.php/educatio/article/viewFile/153/136>
11. Criterios de buena praxis para las propuestas formativas. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad. <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/formacion/criterios.htm>
12. Kirkpatrick, D. L. Evaluación de acciones formativas. Los cuatro niveles. Barcelona, EPISE. 1999.

AUTORES/AUTHORS:

Lucía Carton Erlandsson, María Isabel Rodríguez de Prada, Ana Bellido Millán, Rosa Nieto Barrios, Lucía Serrano Molina, Paula Luque López, Inmacula Catalán Izurriaga, Carolina Herranz Carchenilla, Carmen Alcazaba Gutiérrez

TÍTULO/TITLE:

“Caídas sufridas por los pacientes ingresados en la UME del Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela

Objetivos: El objetivo principal de este estudio es describir el patrón y la frecuencia de las caídas sufridas por los pacientes ingresados en la UME (Unidad de Media estancia) del Hospital Central Cruz Roja San José y Santa Adela de Madrid, habiéndose planteado como objetivos secundarios identificar las actividades que realizaban los pacientes en el momento de sufrir las caídas y determinar si presentaban medidas de protección cuando éstas ocurrieron.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, abarcando el periodo comprendido entre los años 2006 al 2014. Los datos se obtuvieron de los formularios estandarizados de registro de caídas del hospital. Para la codificación y análisis de los datos se utilizó 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 Chi² de Pearson con un intervalo de confianza del 95% y una precisión del 5%.

Resultados: En el periodo comprendido entre los años 2006 a 2014 se produjeron 110 caídas sobre un total de 3.107 ingresos, lo que supone una accidentalidad del 3,45%. El 54% de los pacientes que sufrieron caídas fueron hombres, mientras que el 46% fueron mujeres. Del total de pacientes que tuvieron este evento adverso, el 93,8% había sido diagnosticado como “alto riesgo de caídas”. El principal diagnóstico médico que presentaban fue ICTUS (38%), seguido de fractura de cadera (25%). De los pacientes que sufrieron caídas, un 61,9% estaba orientado, mientras que un 41% se encontraba confuso. El 73,5% de los pacientes caídos precisaban ayuda parcial para ABVD y un 20,4% ayuda total. El 63,7% de los pacientes presentaban medidas de seguridad. La mayoría de las caídas ocurrieron desde la cama y el sillón, con un 24% en cada caso, siendo las regiones anatómicas más afectadas las caderas y las piernas con un 14,2% y 10,6% respectivamente.

Finalmente, cabe destacar que de los pacientes que sufrieron una caída, en el 13,3% de los casos, este evento se dio en dos o más ocasiones durante su ingreso.

Discusión: Las caídas son un problema presente en todas las unidades de hospitalización¹, sobre todo en las que se haya pacientes de avanzada edad², con problemas de movilidad y cognitivos³. Este hecho no supone únicamente un problema clínico para los pacientes, debido a las consecuencias que dichas caídas pueden tener para los mismos, sino un importante problema para el sistema sanitario ya que suponen un importante coste económico debido a la gran cantidad de recursos que movilizan⁴.

En el caso del presente estudio, se ha evidenciado una incidencia de caídas de un 3,45%. Este dato es ligeramente superior al presentado por estudios comparables, los cuales la cifran en un 0,18% en el Hospital de Jaén¹ o en un 2% en el caso del estudio del Hospital de Navarra⁵. Si se comparan las variables sociodemográficas, se evidencia que, al igual que en el presente estudio, no se han hallado diferencias significativas en cuanto al sexo en los estudios comparables^{1,5,6}.

Más del 70% de los pacientes que sufrieron caídas, precisaban ayuda parcial para las ABVD, estos datos concuerdan con los estudios que afirman que el presentar alteraciones de la movilidad es un importante factor de riesgo para sufrir caídas³, si bien es cierto que en el caso del presente estudio, la mayoría de los pacientes presentaba un nivel de consciencia adecuado, hecho que es importante destacar ya que, según la bibliografía consultada, son los pacientes con deterioro cognitivo los que presentan elevado riesgo de caídas³. Este hecho se puede explicar debido a que gran parte de las caídas las sufrieron pacientes quirúrgicos, los cuales

pudiendo tener conservadas sus funciones cognitivas, debido a su intervención, pueden presentar problemas de movilidad, los cuales elevan el riesgo de caída.

Con respecto al lugar dónde el paciente sufrió la caída, los datos aportados por este trabajo concuerdan con los de otros estudios revisados, como es el caso del estudio realizado en el Instituto de Cardiología Ignacio Chávez en Méjico, el cual determina que un 23% de las caídas sufridas por sus pacientes ocurrió mientras estaban en la cama, siendo el 25% durante su estancia en el baño7.

Como se ha evidenciado a lo largo de la exposición, las caídas son un importante problema al que los profesionales de enfermería nos enfrentamos cada día, siendo fundamental en este caso focalizar las actividades hacia la prevención de las mismas. Es por ello que a la luz de los datos aportados, se implantarán nuevas medidas preventivas en nuestra unidad, con el objetivo de aumentar la seguridad de los pacientes que allí se encuentran ingresados. No obstante, sería necesario realizar más estudios que ayuden a conocer mejor cuáles son los factores que se asocian a las caídas, concretar sus patrones y profundizar en sus causas, realizando estos estudios, no solo sobre los pacientes de dicha unidad, sino sobre todos los pacientes del hospital, así como en otros centros.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Laguna-Parras Juan Manuel, Arrabal-Orpez M.^a Jesús, Zafra-López Fernando, García-Fernández Francisco P., Carrascosa-Corral Raquel R., Carrascosa-García M.^a I. et al . Incidencia de caídas en un hospital de nivel 1: factores relacionados. Gerokomos [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2015 Sep 12] ; 22(4): 167-173. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400004&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2011000400004>.
2. Mc Clure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Intervenciones basadas en la población para la prevención de lesiones relacionadas con caídas en personas ancianas (Revisión Cochrane traducida). En: La biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. Oxford Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
3. Allan LM, Ballard CG, Rowan EN, Kenny RA. Incidence and prediction of falls in dementia: A prospective study in older people. PLoS ONE 2009;
4. Torres Egea P, Sánchez Castillo PD. Eficacia de las intervenciones de prevención de caídas en pacientes geriátricos institucionalizados. Revisión sistemática y metaanálisis. Nursing 2007; 25 (2).
5. Santos-Laraña MA et al. Monitorización de las caídas como efecto adverso en pacientes hospitalizados. Metas de Enferm. 2007; 10(9): 18-22.
6. Fortinsky RH, Lannuzzi-Sucich M, Baker DI, Gottschalk M, King MB, Brown CJ et al. Fall-Risk assessment and management in clinical practice: Views from healthcare providers. J Am Geriatr Soc 2004; 52: 1522-6.
7. Tapia Colex ML, Salazar Ceferino MC, Cortés Villareal G, Martínez Santana H. Factores que influyen en el riesgo de caída de los pacientes hospitalizados. Rev Mex Enf Card. 2012; 20(1): 7-11.

AUTORES/AUTHORS:

CRISTINA DORADO SABATE, MIREIA MAÑAS PEÑA, LAIA TOBELLA ANDREU, TOMAS ESCOLANO HERNANDEZ, JOSEP MERCADER COMA, JOSE LUIS DEL VAL GARCIA, LYDIA FUMADÓ RUBIO

TÍTULO/TITLE:

IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO ESTRUCTURADO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO IC Y/O EPOC Y ATDOM

OBJETIVO: Implantación y evaluación de intervenciones estructuradas para enfermos con diagnóstico de insuficiencia cardíaca (IC) y/o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y atención domiciliaria (ATDOM) en el Cap Magoria-La Bordeta.

MÉTODO: La Insuficiencia cardíaca y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica son enfermedades que ha priorizado el actual plan de Salud 2011-2015, por ser causantes de provocar más descompensaciones y reingresos hospitalarios. A nivel de Atención Primaria Barcelona se implanta un programa que permite hacer un seguimiento de manera estructurada con el objetivo de evaluar, la percepción de calidad del paciente mediante Euroqol (movilidad, cura personal, actividades cotidianas, dolor, ansiedad, estado de salud), Valoración de edemas, autocontroles de los pacientes (tensión, peso, glicemia, anticoagulación), Escala Europea en Insuficiencia Cardíaca, criterios de sobrecarga (aumento de peso, disnea, ortopnea, clase funcional NYHA), adherencia al tratamiento, tratamiento con inhaladores (control terapéutico, cumplimiento y técnica). Se identifican e incluyen en el estudio pacientes atendidos con diagnóstico IC y/o EPOC y ATDOM atendidos por enfermería dentro del programa de seguimiento estructurado durante el periodo 2013-2014 en el Cap Magòria-La Bordeta. Se clasifican por niveles de complejidad. Diferenciamos los pacientes estables a los que incluiremos en pacientes de Nivel 1 en el que se realizarán de 4 a 5 contactos anuales (presenciales y telefónicos) y pacientes con riesgo a descompensación un Nivel 2 que son todos aquellos pacientes con riesgo de descompensación, en las que enfermería realizará unas 8 intervenciones anuales (telefónicas y presenciales). Se evalúan los ítems ya descritos y el número de ingresos durante el periodo Enero-Diciembre 2013 con el periodo Enero-Diciembre 2014.

RESULTADOS: El total de pacientes incluidos en el estudio es de 45, 34 con IC (24 mujeres y 10 hombres). La media de edad es de 86,8 años: 21 pacientes con EPOC (18 mujeres, 11 hombres) con una media de edad de 83,4 años 10 IC/EPOC (3 MUJERES 7HOMBRES) Media de edad: 84,1 De los pacientes estudiados, son clasificados como pacientes de Nivel 2: 20 pacientes IC, 9 EPOC y 10 con ambas patologías, en total, un 86,6%. Dado que los pacientes de ATDOM ya son pacientes frágiles y de alta complejidad no se observan disminución de los ingresos hospitalarios pero si un aumento en su percepción de calidad de vida (de 58,9 a 66,9 puntos) y adherencia al tratamiento.

DISCUSION: Este programa nos ayuda a la identificación de pacientes con alta probabilidad de descompensación e ingresos. La implicación del seguimiento de enfermería mejora el conocimiento por parte de los pacientes y cuidadores principales a la identificación de descompensación mejorando en muchas ocasiones la percepción de su calidad de vida.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA: Un programa proactivo consensuado a nivel territorial de seguimiento estructurado en enfermos crónicos, liderado por enfermería, facilita la mejora en la percepción de calidad y la adherencia al tratamiento de los pacientes domiciliarios. Todo ello favorece el vínculo enfermera-paciente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Generalitat de Catalunya. Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat Barcelona. 2011. Disponible en: http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/docs/2011/07/05/18/21/6bb2b9bc-ce7b-4c9b-af29-f1ceb7f88d35.pdf

- Estrategia de Gestión de Crónicos. Documento de consenso. Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria. Madrid. 2013 [acces 02.04.2013]. Disponible en: <http://www.faecap.com/noticias>

- Lozano R, Lopez RM, Boyero A, Recio S, Padín C, Garzón M, Rodríguez LM. Estratificación de la población mayor de 65 años en grupos de riesgo clínico: características y valoración enfermera. Rev Enfermería Clínica.2014;24(5):290-295
- Stewart S, Carrington MJ, Marwick TH, Davidson P, Macdonald P, Horowitz J, Krum H, Newton P, Reid CH, Kai Chan Y, Scuffham P. Impact of Home Versus Clinic-Based Management of Chronic Heart Failure. JACC 2012; 60: 1239–48.

AUTORES/AUTHORS:

Lucía Martínez Villarejo

TÍTULO/TITLE:**RESULTADOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN MADRID Y BALEARES SEGÚN EL RATIO DE MATRONAS. ESTUDIO ECOLÓGICO**

INTRODUCCIÓN: En España existe déficit histórico de matronas. Como consecuencia de los cambios sociales y las necesidades de la población, aparecieron nuevas exigencias formativas para las matronas, su programa formativo se tuvo que adaptar a las Directivas Europeas en 1986, y hasta 1992 no se aprobó el nuevo programa. La primera promoción se incorporó en 1996, perdiéndose en estos 10 años un número importante de profesionales 1,2,3,4. Esto provocó que muchos puestos de trabajo se cedieran a ginecólogos, médicos de familia y enfermeras sin esta especialidad. En el contexto actual en el que las matronas están altamente capacitadas y específicamente formadas en ginecología y obstetricia, continúa existiendo dificultad para ocupar puestos de trabajo cuyo perfil profesional se corresponde específicamente a su ámbito competencial 5.

Analizando diferentes programas formativos que inciden en la salud de la mujer, se constata que la matrona es el profesional más cualificado y rentable en obstetricia y ginecología dentro del campo de la Enfermería en Atención Especializada; también es el más adecuado para atender la salud sexual y reproductiva (SSR) de la mujer en Atención Primaria. En Medicina Familiar y Comunitaria dedican 6 meses a la salud de la mujer, lo que representa un 4,5% del total de su formación, siendo para ellos la rama de la medicina menos importante 6, 7, 8.

Las competencias de las matronas están ampliamente definidas y las capacita para atender a la mujer a lo largo de toda su vida sexual y reproductiva, y a la familia, favoreciendo así la salud de la comunidad. Cuentan con un Marco Jurídico competencial amparado en la Legislación de la Unión Europea y la Legislación Española, estando reconocida internacionalmente en todos los sistemas sanitarios 9, 10, 11, 12, 13. En España, al depender sus competencias de cada Comunidad Autónoma se produce un desequilibrio territorial respecto a los cuidados que se ofrece a las mujeres y a sus familias, generándose una inequidad y heterogeneidad inadecuadas 14, tal es el caso de Madrid y Baleares, que se sitúan en extremos opuestos. Actualmente España se sitúa entre los países de la OCDE con el ratio más bajo de matronas, la media actual por 100.000 mujeres en estos países es de 69,9 mientras en España es de 24,2. Además la evolución del número de matronas en nuestro país ha ido disminuyendo (siendo en el año 2009 de 31,6) mientras que los países de nuestro entorno impulsan políticas sanitarias que invierten en la atención a la mujer, triplicando los ratios de matronas 15.

OBJETIVO: Relacionar los ratios de matronas por 100.000 mujeres del año 2013 en Madrid y Baleares, con los resultados en SSR obtenidos en estas dos Comunidades el mismo año.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio ecológico de grupos múltiples, transversal, retrospectivo, donde se comparan variables agregadas de dos poblaciones, Madrid y Baleares, año 2013. Las variables estudiadas son: ratio de matronas por 100.000 mujeres, tasa de IVE, tasa de cesáreas, tasa de mortalidad perinatal, tasa de mortalidad neonatal temprana y tasa de mortalidad materna.

Los ratios se han calculado teniendo en cuenta el número de matronas en activo y la población de mujeres de entre 14 y 65 años de cada Comunidad. Los datos relativos al número de matronas han sido facilitados por la Associació Balear de Comares y la Asociación de Matronas de Madrid.

El resto de datos se han extraído del Instituto Nacional de Estadística. La representación gráfica ha sido elaborada con el programa Excel.

RESULTADOS: El ratio de matronas por 100.000 mujeres es muy superior en Baleares que en Madrid, existiendo en Baleares 51,46 matronas por 100.000 mujeres y en Madrid 29,15. Todos los resultados en SSR analizados son mejores en Baleares.

La Tasa de Cesárea es un indicador de buena práctica clínica que se relaciona con el control de embarazo y atención al parto; en Madrid fue de 35,7 mientras que en Baleares fue 30,7. La Tasa de IVE refleja la calidad de los servicios de SSR y el acceso a los anticonceptivos; en Madrid fue 14,1 y en Baleares 13. La tasa de mortalidad perinatal es un indicador de impacto que refleja la calidad del servicio de salud materno-infantil; en Madrid fue 4,9 y en Baleares 3,7. La Tasa de mortalidad neonatal temprana, indicador de cuidado perinatal que informa según sobre las intervenciones que protegen la salud materna; en Madrid fue 1,6 y en Baleares 1,2. La Tasa de mortalidad materna mide el progreso de los Servicios de Salud Reproductiva; en Madrid fue 0,8 y en Baleares 0.

DISCUSIÓN: Al tratarse sólo dos comunidades no tiene cabida la inferencia estadística, sino un análisis descriptivo, pero puede servir como idea para futuros estudios. En España debemos intentar minimizar las diferencias entre Comunidades Autónomas en SSR, siguiendo la tendencia de Europa e invirtiendo en atención a la mujer y confiando en las capacidades de las matronas. Los profesionales que trabajan en este ámbito deben esforzarse en erradicar muchas actividades que han demostrado no tener evidencia científica, y a su vez las matronas deben demostrar su capacidad para asumir la responsabilidad que les atribuyen sus competencias específicas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Circular 10/1984 de la Subdirección General de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, por la que se establecen la funciones de las matronas. Madrid: Insalud.
2. Sánchez MI, Seguranyes G, Gómez C, Plata R, Pérez N, Medina T y cols. Inserción laboral de las matronas graduadas entre los años 2001 y 2005. Barcelona: Matronas Prof. 2007; 8 (2): 5-12
3. Orden de 1 de junio de 1992, por la que se aprueba, con carácter provisional, el programa de formación y se establecen los requisitos mínimos de las Unidades Docentes y el sistema de acceso para la obtención del título de Enfermera Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica. Boletín Oficial del Estado, 1992; 132.
4. Sánchez Perruca MI. Situación profesional de las nuevas matronas. Barcelona: Matronas Prof. 2003; 4 (13): 23-8.
5. Astrain Elizalde N. Declaración de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) sobre competencias profesionales de las Matronas. Pamplona: Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2010.
6. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Matrona.
7. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.
8. Orden SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.
9. Directiva 80/154/CEE del Consejo, de 21 de enero de 1980, sobre reconocimiento recíproco de diplomas, certificados y otros títulos de matrona.
10. Directiva 80/155/CEE del Consejo, de 21 de enero de 1980, sobre la coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas al acceso a las actividades de matrona.
11. Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 7 de septiembre de 2005 relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales.
12. Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales.

13. Real decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005.

14. Uceira Rey S. Competencias profesionales de las matronas. Estudios multidisciplinares para la humanización del parto. A Coruña: Universidade. 2011:25-37.

AUTORES/AUTHORS:

Igone Díaz Soliño, óscar Álvarez López, Alberto Hernandez de Benito, Marta López de la Osa Platas , Daniel Sánchez Rodríguez

TÍTULO/TITLE:

“CONOCIMIENTO DE LA SEXUALIDAD EN EL DISCAPACITADO INTELECTUAL”

Objetivos

El presente estudio tuvo como objetivo principal, identificar el nivel de conocimiento sobre sexualidad que poseen las personas con discapacidad intelectual que residen o acuden de manera frecuente a algún tipo de institución, ya sea residencia o centros ocupacionales de Guadalajara.

Métodos

El ámbito del estudio se circunscribió a cuatro centros destinados a la atención a personas con discapacidad intelectual de la ciudad de Guadalajara, de atención residencial o centros ocupacionales.

Se realizó un estudio de diseño descriptivo, transversal y prospectivo, de metodología cuantitativa, realizado entre los meses de octubre de 2014 y mayo de 2015.

La población de estudio estaba constituida por 141 personas de los centros estudiados, de las que tras aplicar los criterios de inclusión basados en la condición usuario de los centros, con mayoría de edad y con capacidad de comprensión y comunicación, resultó una muestra final de 60 sujetos.

El estudio se realizó a través de un cuestionario de elaboración propia, administrado por la investigadora, que dadas las características de los sujetos de estudio, se cumplimentaba en entrevistas individuales en espacios cerrados.

El instrumento de obtención de datos estaba integrado por 4 variables sociodemográficas, una pregunta abierta de situación temática, 4 preguntas sobre la pareja y 12 preguntas sobre determinados aspectos de la sexualidad. La explotación de los datos se realizó a través del programa Excel 2010.

Resultados

Los resultados obtenidos muestran que únicamente un porcentaje del 53,3% de los sujetos han recibido algún tipo de educación sexual. Asimismo, pone de manifiesto cómo la familia, con un porcentaje del 66,6%, es el principal medio de información al que acuden ante una duda sobre sexualidad. Prácticamente 3 de cada 4 sujetos conocen los métodos anticonceptivos y otros aspectos de la sexualidad, si bien, un gran porcentaje posee ideas erróneas sobre ellos, o sobre el significado de las enfermedades de transmisión sexual, siendo la más conocida, el SIDA.

En relación al ámbito de la pareja, la mitad de los sujetos estudiados han mantenido en algún momento de su vida una relación sexual. Asimismo, solo el 48% de los sujetos poseían una pareja, de los cuales, el 90% la consideran estable.

Con respecto al deseo de tener hijos en un futuro, la mitad de los sujetos aseguraron querer hijos en un futuro, o haberlos querido, sin embargo, ninguno de los sujetos habían tenido hijos.

Discusión

El escaso conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual, así como los conocimientos erróneos que poseen los sujetos de estudio sobre los métodos anticonceptivos, hacen reflexionar sobre la escasa información a la que pueden acceder o la inadecuación de la misma a sus necesidades. En esta línea, la idea que poseen de la sexualidad centrada únicamente en el coito, muestra la desinformación sobre las múltiples dimensiones de ésta, dejando a los sujetos aún más expuestos a los diferentes abusos e impidiendo una integración total y un desarrollo completo de su identidad sexual.

Por ello, se debe destacar la importancia y la necesidad de proporcionar a través de diversas actividades, una educación sexual adaptada, estableciendo con ello una mayor comprensión de los procesos sexuales, proporcionando unas pautas para corregir su expresión sexual, con una línea más responsable y apropiada culturalmente.

Asimismo, los resultados muestran como los familiares son un pilar básico para dotar a las personas con discapacidad de la información necesaria, por ello, la educación sexual se debe abordar de manera multidisciplinar, tanto por parte de los profesionales, educadores y de la familia.

Implicaciones para la práctica

Las aportaciones del presente estudio revelan la necesidad de promover una educación sexual de calidad, adaptada a las necesidades de las personas con discapacidad intelectual, para con ello, poder adherirlo a su vida y adquirir de este modo, una línea más responsable con respecto a la sexualidad. También es fundamental formar a los familiares, reconocidos como principal fuente de información sexual del colectivo, revocando los diferentes mitos y prejuicios que se encuentran todavía vigentes en nuestra sociedad, para ofrecer una información veraz, que permita desarrollar de manera adecuada la mayor autonomía.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Gil L.D., Díaz Rodríguez I, Ceccato R, Ballester Arnal R, Gimenez García C. Conocimientos, actitudes hacia la orientación sexual, comportamientos de riesgo y abusos sexuales en mujeres con discapacidad intelectual. *InfadPsicollInfancAdolesc.* 2014;2(1):397-406.

Rivera Sánchez P. Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. *Educación.* 2008;32(1):157-70.

Peñuelas B. Síndrome de Down: Relaciones afectivas y sexualidad. Barcelona: Fundació catalana síndrome de Down; 2011.

Cuervo Rodríguez T. Calidad de vida y necesidades de Apoyo. Uso y análisis de las escalas INICO-FEAPS Y SIS. Oviedo: Universidad de Oviedo; 2014

Valdivia M, N. Actitudes de los/las padres/madres/personas cuidadoras hacia la sexualidad de las personas con discapacidad Intelectual. Universidad de Almería; 2012.

Real Decreto Legislativo1/2013, por el cual se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con

discapacidad y de su inclusión social. Boletín Oficial del Estado, 289, (3-12-2013).

Navarro Abal Y. Percepción de la sexualidad y el amor en una muestra de personas con discapacidad intelectual: aportaciones para la elaboración de programas de educación sexual de calidad. Información psicológica. 2012;53(103):15-30.

Riviera P. Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. Revista Educación. 2008; 32(1):157-170.

Garvía Peñuelas B. Sexualidad y síndrome de Down. RevMedIntSindr Down. 2010; 14(3):47.

Pineda E, Gutiérrez E. Estrategia de intervención educativa sobre la sexualidad en niños con síndrome de Down. Rev Cubana Med Gen Integr. 2009;25(3):95-104.

Rodríguez Vernal Y, Girat Torres M. Factores negativos en el desarrollo sexual de adolescentes con retraso mental. Medisan. 2011;15(2):190-196.

Katz G, Lazcano-Ponce E. Sexuality in subjects with intellectual disability: an educational intervention proposal for parents and counselors in developing countries. Salud Pública Mex. 2008;50(Suppl.2):239-254.

García Arrigoni P, Nastro M. Sexualidad en adolescentes con discapacidades motoras. Arch Argent Pediatr .2011; 109(5):447-452.

Navarro Guadarrama N, Hernández González I. Influencia de las actitudes de los padres ante la educación sexual y la discapacidad intelectual. Psicología y salud. 2012;22(2):195-203.

Morales Martínez G, López R,E., Charles Cavazos DJ, Tuero Martínez ZC, Mullet E. Actitudes hacia la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual. Ciencia Uanl .2011,(4):436-444.

Mesa de Comunicaciones 15: Profesión / Gestión**Concurrent Session 15: Nursing Profession / Management****AUTORES/AUTHORS:**

Xose Manuel Meijome Sanchez, Ines Valle Cabo, Maria Cañal Carbajo, Sandra Nuñez Bardasco, Laura Panero Díaz, Eva Lopez Rellan, Eutiquia Vidal Macias, Pilar Martin Coruña, Pilar Valenciano Rabano

TÍTULO/TITLE:

No son las cruces es cómo lo hacemos Evitar el efecto sodoku en el listado de verificación de seguridad quirúrgica

Objetivo(s)

Describir el proceso de adaptación e implantación del Listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ) de la OMS, su metodología de monitorización y su efectividad mediante la evaluación de los cambios en la cultura de seguridad y las barreras percibidas.

Métodos

El LVSQ en el hospital "El Bierzo" inició su andadura en 2010 como objetivo de la unidad funcional de seguridad del paciente; desde la misma se puso en marcha el proyecto realizando reuniones con el personal médico y de enfermería para una primera definición de contenidos y metodología según las premisas de la OMS.

En Abril de 2010 se inicia el pilotaje tutelado de la LVSQ en el quirófano de ORL gracias al cual se realizan diversas modificaciones y aclaraciones en el formato; en Octubre de 2010 se decide que el LVSQ pasará a formar parte de la hoja de enfermería quirúrgica lo que implica una profunda reforma de la misma.

En Marzo de 2011 se inicia el pilotaje del formato integrado y en los siguientes 4 meses se realizan varias reuniones y sesiones; así mismo se pasa el cuestionario traducido del estudio de Lingard et als. sobre cultura de seguridad y barreras en el uso del LVSQ.

Fruto de todo ello se elabora un manual de uso del LVSQ que se presenta en un curso de formación para el personal de enfermería en Octubre de 2011. Dicho manual explica punto por punto cada ítem del LVSQ explicando su significado, la fuente de información principal para la comprobación y una fuente complementaria de información, qué hacer en caso de discrepancia en la comprobación y que eventos adversos se trata de evitar con cada comprobación.

En Noviembre de 2011 se realiza una adaptación de ese manual para el quirófano de oftalmología.

En Enero de 2012 se inicia el uso generalizado del nuevo formato de Hoja de enfermería quirúrgica que contiene el LVSQ.

Se realiza el seguimiento de cumplimentación del LVSQ durante 2012, 2014 y 2015 y de las notificaciones de incidentes en el área quirúrgica se considera un nivel satisfactorio de cumplimentación el 95%.

En 2014 como parte de la participación en el proyecto PaSQ se realizan diversas reuniones sobre el uso del LVSQ evidenciándose ciertas dudas entre el personal de enfermería y cierta desidia entre los médicos. Se sugieren varias modificaciones en el formato pero no se pueden llevar a cabo por limitaciones administrativas.

En 2015 se realiza un nuevo muestreo del marcado de ítems en el LVSQ y se vuelve a pasar el cuestionario sobre cultura de seguridad y barreras de uso del LVSQ para tratar de identificar fortalezas y debilidades de la práctica actual.

Resultados

Los resultados de monitorización mediante muestreo del marcado de 21 ítems del LVSQ arrojaron en el año 2012 un 91,37% de ítems marcados con un 48,74% de registros cumplimentados al 100% 13 ítems presentaron porcentajes de cumplimentación por debajo del 95%.

En 2014 la monitorización de ítems del LVSQ alcanzó un 92,84% de cumplimentación global mejorando con respecto a 2012 tanto en cirugía programada como urgente. Un 52,32% de los registros que tenían todos los ítems marcados, disminuyendo a 10 los ítems con porcentaje de marcado por debajo del 95%.

En 2015 Se ha obtenido un 90,19% de cumplimentación de ítems empeorando tanto en cirugía programada como urgente; sólo un 3,96% de los registros que tienen todos los ítems marcados, pero sólo 8 ítems presentaron porcentajes de cumplimentación por debajo del 95%.

Respecto a las variaciones en el marcado de los ítems entre 2012 y 2014 no se encontró relación ni con las especialidades quirúrgicas, ni con el tipo de cirugía (urgente o programada) o el mes del año; para el año 2015 no se ha podido completar este

análisis a la hora de enviar este resumen por falta de datos de los meses finales del año.

5 ítems empeoraron en global entre 2012 y 2014 siendo todos referentes a anestesia. Entre 2014 y 2015 mejoran 13 ítems y el número de ítems por debajo del 95% queda en 8.

En 2015 de los 5 ítems que empeoraron respecto a 2014 2 lo hacen significativamente: el relativo al marcado de la localización quirúrgica y el de las prácticas profilácticas adicionales (uso de manta de calor y control de glucemia intraoperatoria) en el primer caso debido a que se ha dejado de considerar la zona rasurada como "marcado" y en el segundo porque algunas enfermeras lo consideran duplicar el registro que ya hace el anestesista. En cambio los ítems que habían empeorado en la comparación 2012-2014 mejoraron todos sus porcentajes de cumplimentación.

Ningún ítem mantuvo una evolución negativa en los dos períodos comparados; 11 ítems han evolucionado positivamente en ambos períodos comparados

Al comparar los ítems atendiendo al tipo de intervención (urgente o programada) se observa que en ambos períodos empeora el marcado de los ítems "Localización confirmada" y "ASA" en las intervenciones urgentes mientras que ningún ítem empeora en ambos períodos en las intervenciones programadas. En el período 2014 2015 hasta 9 ítems empeoran en las intervenciones urgentes.

Los resultados de la encuesta de Lingard sobre cultura de seguridad en quirófano variaron significativamente a la baja entre los médicos en el ítem "La utilización de la LVSQ me ha permitido tener información sobre el paciente o el procedimiento a realizar que de otro modo no hubiera tenido." (66% en 2010 vs 20% en 2015). El personal de enfermería mejoró el % de respuesta afirmativa a todas las preguntas de la encuesta. La totalidad de los encuestados en 2010 y 2015 afirman que "La utilización de la lista de comprobación tiene potencial para evitar errores en el quirófano".

Las barreras percibidas apenas han variado entre 2010 y 2015 siendo la más señalada "Algunos miembros del equipo de manera individual no se implican" (72,73% en 2010 y 78,13% en 2015) empeorando significativamente entre los médicos (del 50% al 80%). La segunda barrera más señalada es "No existe conciencia sobre los errores quirúrgicos" (45,45% en 2010 y 31,25% en 2015). La única barrera que ha aumentado en su percepción por las enfermeras ha sido la relativa a la falta de estandarización del proceso (del 20% al 33%).

Discusión.

Pese a que los profesionales reconocen que el LVSQ es útil para evitar errores su realización es deficiente como se trasluce de los resultados de la encuesta y de la mala evolución de la cumplimentación de varios ítems.

La monitorización de una herramienta de seguridad como el LVSQ no puede limitarse al control de cumplimentación aunque dar información sobre la evolución de la cumplimentación de los diversos ítems parece influir en una mejora de los mismos.

Parece más útil tratar de evaluar la efectividad del LVSQ por el número y naturaleza de los incidentes detectados y los daños a los pacientes evitados mediante su correcta utilización

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Lingard L, Regehr G, Orser B, Reznick R, Baker GR, Doran D, et al. Evaluation of a Preoperative Checklist and Team Briefing Among Surgeons, Nurses, and Anesthesiologists to Reduce Failures in Communication. Archives of Surgery [Internet]. 1 de enero de 2008 [citado 8 de mayo de 2012];143(1):12-7. Recuperado a partir de: <http://archsurg.ama-assn.org/cgi/doi/10.1001/archsurg.2007.21>
Saturno PJ, Soria-Aledo V, Gama ZADS, Lorca-Parra F, Grau-Polan M. Understanding WHO Surgical Checklist Implementation:

Tricks and Pitfalls. An Observational Study. *World J Surg* [Internet]. 19 de octubre de 2013 [citado 5 de septiembre de 2015];38(2):287-95. Recuperado a partir de: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00268-013-2300-6>

Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat A-HS, Dellinger EP, et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 29 de enero de 2009 [citado 8 de mayo de 2012];360(5):491-9. Recuperado a partir de: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMsa0810119>

Fourcade A, Blache J-L, Grenier C, Bourgain J-L, Minvielle E. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. *BMJ Quality & Safety* [Internet]. noviembre de 2011 [citado 1 de diciembre de 2011]; Recuperado a partir de: <http://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjqs-2011-000094>

AUTORES/AUTHORS:

Pedro L. Pancorbo-Hidalgo, M^a Amparo Pérez-Campos, Inmaculada Sánchez-García, Francisco P. García-Fernández, Serafín Fernández-Salazar, Beatriz López-Barajas Hernandez, Isabel M^a López-Medina

TÍTULO/TITLE:

Internet en el hospital: uso de la red como fuente de conocimiento para la práctica entre enfermeras y auxiliares

(Departamento de Enfermería. Universidad de Jaén / Complejo Hospitalario de Jaén / Hospital Alto Guadalquivir (Andujar) / Hospital AR Sierra de Segura)

El acceso a Internet como fuente de información por los profesionales sanitarios ha sido un tema investigado en sistemas sanitarios de países desarrollados, desde hace más de una década (Estabrooks 2003, Morris-Docker 2004, Gilmour 2008, Kleib 2011, Gilmour 2012, Gilmour 2014, Koivunen 2015). Desde los estudios iniciales que encontraban una baja proporción de enfermeras que usaban Internet (Estabrooks, 2003), los estudios posteriores han ido mostrando un importante incremento de profesionales de Enfermería que acceden a Internet en su trabajo, aunque el uso de fuentes de información on-line aún no está completamente incorporado a la práctica habitual de las enfermeras. (Gilmour, 2012). Las investigaciones más recientes, en enfermeras de Atención Primaria en Nueva Zelanda (Gilmour, 2014), encuentran que la mayoría de enfermeras (84,5 %) están satisfechas con el grado de acceso a Internet en el trabajo, y acceden a Internet varias veces a la semana, no obstante se indica que la falta de tiempo, es la principal barrera.

Ya en 2004, Morris-Docker y cols. encontraron que el acceso libre a Internet por enfermeras en 4 hospitales de agudos en el Reino Unido facilitaba el acceso a información clínica para la práctica, aunque era necesario más formación. Una preocupación de los directivos de los hospitales era que se hicieran un mal uso del acceso a Internet, por lo que en este estudio se monitorizó a qué contenidos y cuanto tiempo accedían las enfermeras desde el hospital. Concluyeron que no hubo evidencias de uso inapropiado ni que interfiriera con los cuidados a los pacientes.

En su revisión de la literatura, Younger (2010) se interesó sobre las razones para la búsqueda de información en Internet por profesionales de medicina y de enfermería, concluyendo que había 2 motivos básicos, igual en ambos colectivos: a) información para la atención a pacientes y b) información para su propia formación profesional.

En España, un estudio sobre una muestra de más de 13000 enfermeras en Cataluña, Lupiañez-Villanueva y cols (2011) encontraron que una mayoría usaba Internet en su trabajo diario (76,7%), aunque solo una pequeña proporción de enfermeras (que estimaban en un 4,5 %) tenían completamente integrada en su práctica habitual el uso de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) y de Internet, grupo al que los autores denominaron como perfil de "Enfermeras integradas".

Esta investigación es un parte de un proyecto más amplio, financiado por el Ministerio de Sanidad y consumo. Instituto de Salud Carlos III (ref PI11/02565), denominado proyecto MOHEBE (Influencia que el modelo organizativo de hospitales sobre la implementación por profesionales de enfermería del modelo de práctica clínica basada en evidencias) dentro del que se exploró el acceso a fuentes de conocimiento por enfermeras, dentro de su centro de trabajo habitual.

OBJETIVOS

1) Medir el uso de Fuentes de Conocimiento para la Práctica (FCP) -Internet y artículos en revistas- entre profesionales de

enfermería de hospitales.

2) Determinar la influencia del tipo de hospital, el ambiente laboral y la categoría profesional en uso de FCP.

MÉTODO

Estudio observacional, transversal y multicéntrico en 12 hospitales públicos de Jaén y Córdoba, pertenecientes al Servicio Andaluz de Salud (SAS) (n= 6) y a la Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir (ASAG) (n=6), que "a priori" tienen modelos organizativos distintos.

Participaron en la encuesta enfermeras y auxiliares de enfermería asistenciales y gestoras de estos hospitales. Se realizó un muestreo sistemático no probabilístico.

Variables: Demográficas y profesionales. Uso de FCP: Internet y revistas científicas. Valoración del ambiente laboral mediante cuestionario Practice Environment Scale del Nursing Work Index (PES-NWI). Los datos se obtuvieron mediante una encuesta autocumplimentada, con versión en papel o en versión on-line.

Análisis. Frecuencias y porcentajes, en variables nominales. Los intervalos de confianza al 95 % (IC 95%) se estimaron mediante bootstrapping. Se usó el test de Chi cuadrado para asociaciones bivariadas y el estadístico V Cramer para estimar el tamaño de efecto.

RESULTADOS

Se completaron 399 cuestionarios.

Acceso a Internet

Los datos de porcentajes de profesionales con acceso a Internet y que lo usan en su práctica son:

- Usan Internet como FCP: 92,6% (IC95 90,1- 95,2%);
- Tienen acceso a internet desde el hospital: 87,8% (84,5- 91,1%).
- Acceden a internet para buscar información sobre su práctica, solo desde hospital 18% (14,2-21,9%) y desde hospital y domicilio 56,6% (51,6 - 61,7%).

Entre las profesionales (N=88) que indicaron la existencia de dificultades para el acceso a Internet desde el hospital, la principales barreras mencionadas fueron: acceso parcialmente bloqueado (59,1 %), falta de ordenadores o equipos obsoletos (18,2 %) y la falta de tiempo (13,6 %); el restante 9 % indicaba otros motivos o una combinación de estos.

Uso de revistas profesionales

Con respecto al uso de revistas profesionales como FCP, los datos de profesionales que las usan son:

- Leen artículos en revistas 80,5% (76,6 - 84,3%);
- Frecuencia de lectura: 1 artículo al mes o menos, 85,2 % (71 - 100%); 1 artículo por semana o más, 14,8% (9,7-20,5%).

Factores que influyen

Se analizó la posible asociación con el acceso a FCP (Internet o publicaciones) con 3 factores: el tipo de hospital, el entorno laboral según el PES-NWI y la categoría laboral de las profesionales.

Según el tipo de hospital, en función de su pertenencia a la red del SAS o de las ASAG los datos son los siguientes.

- Mayor frecuencia de uso de Internet en las enfermeras de hospitales de ASAG respecto a las que trabajan en SAS (97,5% / 90,4%, V Cramer=0,13);
- Mayor frecuencia de acceso a Internet desde el hospital (hospitales de ASAG frente a SAS) (28,6% / 13,0%; $V=0,19$).
- Las enfermeras de hospitales de la ASAG mencionaron menos dificultades por falta de equipos y falta de tiempo.
- Se encontró un menor porcentaje de profesionales que afirmaron usar revistas profesionales como FCP (ASAG frente a SAS) (70,3% / 84,7%, $V=0,17$).

Según el entorno laboral establecido mediante el cuestionario PES-NWI (favorable, mixto o desfavorable), encontramos que en unidades con entorno favorable hay mayor acceso a Internet como FCP frente a las desfavorables (90,8% / 80,0%; $V=0,13$) y menos dificultades por falta de equipos (6,8% / 35,%; $V=0,43$). Sin diferencias en resto de variables.

Según la categoría profesional de las profesionales (enfermeras tituladas / auxiliares o técnicos en cuidados auxiliares de enfermería) Los resultados fueron:

- Mayor frecuencia de uso de Internet entre enfermeras tituladas frente auxiliares (94,8% / 86,3%; $V=0,14$)
- Mayor frecuencia de lectura de artículos en revistas (86% / 64,7%; $V=0,23$).
- No se encontraron diferencias en el porcentaje que indican acceder a Internet desde el hospital (87,9% / 87,5%)

En nuestra muestra se encontró una asociación positiva entre uso de Internet como FCP y la lectura de artículos profesionales ($V=0,24$); es significativo destacar que esta asociación es de mayor magnitud entre el sub-grupo de auxiliares ($V=0,34$) que en el sub-grupo de enfermeras ($V=0,13$).

DISCUSION

Actualmente el acceso a FCP basadas en Internet es un aspecto importante para el modelo de Práctica basada en evidencias (PBE). En nuestro estudio hay un elevado porcentaje de enfermeras que usan Internet en su práctica, lo cual coincide con los datos de Gilmour y cols. (2008) respecto a que una mayoría de enfermeras tiene acceso a Internet tanto en su casa como en el trabajo, y que el acceso a fuentes de información on-line mejora su práctica clínica. Aunque los porcentajes de enfermeras con acceso a Internet son superiores en nuestra muestra (92,6%) a los citados en estudios más antiguos, 78,6% en 2012 (Gilmour). Actualmente el uso de TIC y el acceso a Internet se considera una herramienta fundamental para la comunicación profesional y la práctica enfermera (Koivunen 2015).

Las dificultades de acceso referidas por nuestra muestra de enfermeras son, en parte, similares a las citadas en estudios previos; tales como dificultad de acceso a ordenadores en hospital, falta de tiempo para búsquedas online (Gilmour, 2008); falta de tiempo, o preocupación por la calidad de información obtenida (Gilmour, 2014) y preocupación por la seguridad de la información clínica

transmitida por la red, falta de habilidades técnicas de los profesionales, y disminución de la interacción social. (Koiuvunen, 2015).

Entre las profesionales de nuestro estudio hay un alto porcentaje con uso declarado de FCP basadas en Internet, algo mayor en enfermeras que en auxiliares. Gilmour y cols. (2014) también refieren que la mayor cualificación profesional entre el colectivo de enfermeras se asocia con mayores habilidades de uso de ordenadores y búsqueda de información online. Otros estudios han identificado diferentes factores personales que influyen la frecuencia de uso de Internet como FCP, tales como sexo, edad, tiempo de experiencia profesional y cargos de gestión (Kleib, 2011).

Algunos autores (Verhoeven 2010) indican que las habilidades de las enfermeras clínicas para búsqueda de información clínica relevante en Internet son básicas y basadas en conocimiento tácito, y por tanto sería necesario mejorar la formación sobre estrategias de búsqueda y sobre la valoración crítica de la información hallada, en cuanto a su calidad y credibilidad. Este es un aspecto que está cobrando cada más importancia, debido a la multiplicación de fuentes y recursos en Internet.

En una interesante investigación, Cader y cols. (2009) usaron el método de Teoría fundamentada para analizar la forma en que las enfermeras valoran la información en la web. Concluyeron que las enfermeras participantes fragmentaban el proceso de decisión en varias tareas menores. Usaban diferentes estrategias en estas tareas : conocimientos tácitos, conocimientos de procesos, intuición, cognición quasi-racional y análisis.

El modelo de organización de los hospitales y el entorno laboral percibido por los profesionales influyen de forma positiva el acceso y el uso de FCP, de Internet y revistas. Esto confirma algunos resultados previos, como los de Estabrooks y cols. (2007) que encontraron que un mayor tiempo de uso de Internet por las enfermeras se asociaba con mayor frecuencia de uso de resultados de investigación (evidencias) en la práctica.

IMPLICACIONES PARA LA PRACTICA

El acceso a fuentes de conocimiento en Internet por profesionales de enfermería está condicionado por la organización del hospital y se incrementa con modelos organizativos participativos y con entornos favorables. La implantación de PBE puede ser favorecida por un mejor acceso a Internet con fines profesionales en los hospitales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Cader R, Campbell S, Watson D,. (2009). Judging nursing information on the WWW: a theoretical understanding. *Journal of Advanced Nursing*. 65 (9) : 1916–1925.
- Estabrooks C.A., O'Leary K.A., Ricker K.L., Humphrey C.K. (2003) The Internet and access to evidence: how are nurses positioned?. *Journal of Advanced Nursing* 42(1), 73–81.
- Estabrooks CA, Midodzi WK, Cummings GG, Wallin L. (2007). Predicting Research Use in Nursing Organizations, *Nursing Research*. 56, (4S): S7-S23.
- Gilmour JA, Scott SD, Huntington N. (2008). Nurses and Internet health information: a questionnaire survey, *Journal of Advanced Nursing*, 61 (1): 19-28.
- Gilmour J, Strong A, Chan H, Hanna S, Huntington A. (2014). Primary health-care nurses and Internet health information-seeking: Access, barriers and quality checks, *International Journal of Nursing Practice*. Pre-print. DOI: 10.1111/ijn.12361.
- Gilmour JA, Huntington A., Broadbent R, Strong A, Hawkins M. (2012) Nurses' use of online health information in medical wards. *Journal of Advanced Nursing*. 68(6), 1349–1358.

- Kleib M, Sales AE, Baylon MA, Beath A, Lima I. (2011). United States Registered Nurses Self-report of Access to the Web. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*. 29 (5): 304-310.
- Koivunen M, Niemi A, Hupli M., (2015). The use of electronic devices for communication with colleagues and other healthcare professionals – nursing professionals' perspectives. *Journal of Advanced Nursing*. 71(3): 620-631.
- Lupiáñez-Villanueva F, Hardey M, Torrent J, Ficapal P. (2011). The integration of Information and Communication Technology into nursing, *International Journal of Medical Informatics*, 80 (2): 133-140.
- Morris-Docker SB, Tod A, Harrison JM, Wolstenholme D, Black R. (2004). Nurses' use of the Internet in clinical ward settings *Journal of Advanced Nursing* 48(2):157-66.
- Verhoeven F, Steehouder MF, Hendrix RMG, van Gemert-Pijnen JEWC. (2010) How nurses seek and evaluate clinical guidelines on the Internet. *Journal of Advanced Nursing*. 66(1), 114–127.
- Younger P. (2010). Internet-based information-seeking behaviour amongst doctors and nurses: a short review of the literature. *Health Info Libr J*. 27(1):2-10. doi: 10.1111/j.1471-1842.2010.00883.x.

AUTORES/AUTHORS:

Aurora Fontova Almató, Dolors Juvinyà Canal, Rosa Suñer Soler, Laura Congost Devesa

TÍTULO/TITLE:

INFLUENCIA DEL NIVEL DE TRIAJE Y DEL CONTROL DEL DOLOR EN LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS

El motivo principal para acudir a urgencias por parte del paciente es para recibir una visita médica. El paciente espera que se le dé un tratamiento rápido para sus síntomas y piensa que habrá un médico en disposición de visitarlo en el momento que entre por la puerta (1). En cambio, cuando una persona entra en el servicio de urgencias, el primer proceso que encuentra es el triaje (2,3), sistema de clasificación de pacientes que tiene como finalidad mejorar la seguridad del paciente durante su espera eventual para ser atendido (3). El sistema de triaje más utilizado en España es el MAT-SET (Modelo Andorrano de Triaje - Sistema Español de Triaje) que clasifica a los pacientes en cinco categorías según el tiempo aproximado de espera, siendo los pacientes de nivel 1 los que precisan una atención inmediata y los de nivel 5 los que su atención se puede demorar 40 minutos (3). El grado de urgencia y el sistema de clasificación de pacientes o triaje han sido estudiados como factores que pueden influir en la satisfacción del paciente, observando que los pacientes emergentes o más graves reflejaban una mayor satisfacción que los menos graves o rutinarios (4). Otro aspecto a tener en cuenta en relación a la satisfacción de los pacientes es el dolor, uno de los síntomas mayores por los cuales los pacientes consultan al servicio de urgencias (5), hallando correlación entre el alivio del dolor y la satisfacción, otros factores relacionados como la cultura, la intensidad del dolor o las diferentes escalas de medición de éste (6). Algunos autores han observado que los pacientes no quedaron satisfechos con el alivio del dolor (7), sin embargo, otros, no han hallado relación entre la satisfacción y el alivio de del dolor, aunque este ítem fue considerado un elemento importante en el cuidado y el confort de los pacientes, además de ser una área importante de preocupación (8).

OBJETIVO

El objetivo de la presente investigación fue describir el nivel de clasificación de los pacientes en función del sistema MAT-SET, la presencia y control del dolor y su relación con la satisfacción en un servicio de urgencias hospitalario.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal de usuarios del servicio de urgencias del Hospital de Figueres (Girona). El muestreo fue probabilístico mediante selección aleatoria durante los meses de octubre a diciembre de 2012.

Se incluyeron todos los pacientes que se visitaron en el servicio de urgencias mayores de 18 años. Se excluyó a los pacientes residentes fuera del territorio español, a los que abandonaron el servicio sin ser visitados, a los que sólo precisaron un cuidado enfermero, a las pacientes que se visitaron en sala de partos sin pasar por el servicio de urgencias y a los trabajadores del hospital que se visitaron en dicho servicio.

Se envió una encuesta a los pacientes seleccionados en formato de correo ordinario. El cuestionario incluía datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, ocupación, nivel de estudios), datos relacionados con la visita (satisfacción global, presencia de dolor, control del dolor) y una encuesta de satisfacción validada por González et al. (9) que constaba de 34 preguntas divididas en 6 dominios: información y comunicación médica, trato enfermero, confort, visitas, intimidad y limpieza. Se recogió el nivel de triaje de la historia clínica.

El proyecto de investigación fue aprobado por el comité de ética e investigación clínica de referencia antes de iniciar el estudio. Los datos se analizaron a través del paquete estadístico IBM SPSS Statistics® V19. Se utilizaron las pruebas estadísticas en función del tipo de variables estudiadas. Como nivel de significación estadística se consideró un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se recibieron 285 respuestas, 221 fueron pacientes (77,5%), 62 acompañantes (21,8%) y 2 no se identificaron como paciente o

acompañante (0,7%). Los pacientes se clasificaron según el sistema de triaje MAT-SET. El 5,7% fueron clasificados como nivel 2, el 39,9% como nivel 3, el 43,1% como nivel 4 y el 11,3% como nivel 5. Ningún paciente se clasificó como nivel 1. Al analizar la satisfacción global con la visita en función del nivel de triaje, no se observaron diferencias en la puntuación de la satisfacción ($p=0,486$). Tampoco se observaron diferencias en las puntuaciones de la escala de satisfacción en función del nivel de triaje ($p>0,05$).

El 85% de los encuestados refirieron tener dolor. Entre los pacientes con dolor, el 36,8% refirieron que éste fue controlado completamente, el 35% bastante pero no del todo, el 18,4% un poco pero no del todo y el 9,8% nada controlado.

Se estudió la relación entre la presencia de dolor al llegar al servicio y el nivel de triaje ($n:276$), la distribución de la presencia de dolor no demostró ser diferente entre las diferentes categorías del triaje ($X^2=2,17$; $p=0,538$).

Al analizar la presencia de dolor con la satisfacción con la visita no se observaron diferencias en la puntuación de la satisfacción global ($p=0,898$) ni en los dominios de la escala de satisfacción ($p>0,05$). En cambio, al estudiar la relación entre el control del dolor y la satisfacción con la visita, se observó que las personas en las que el dolor fue mejor controlado puntuaron más alto en la satisfacción global ($p<0,001$) y en los dominios de información y comunicación ($p=0,002$), trato enfermero ($p<0,001$), confort ($p=0,011$) y limpieza ($p=0,008$).

DISCUSIÓN

En el presente estudio el sistema de triaje utilizado fue el MAT-SET y lo realizó exclusivamente personal de enfermería; similar a otros servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña (10).

El nivel de triaje no se relacionó con la satisfacción de los usuarios, en cambio, en investigaciones previas, se ha observado que los pacientes clasificados como más urgentes puntuaban más alto en satisfacción (11,12).

En nuestro estudio, más de ocho de cada diez de los pacientes encuestados, refirieron tener dolor cuando acudieron a urgencias y en la mayoría de los casos, el dolor fue controlado completamente o bastante pero no del todo. La satisfacción del servicio no se ha visto afectada por la presencia de dolor, pero sí por el control de éste, siendo los usuarios en los que el dolor fue mejor controlado, los que puntuaron más alto que el resto. Otros autores también han observado que el alivio y manejo del dolor es un factor que influye en la satisfacción del paciente (5,6). Muntlin et al., observaron que los pacientes no estaban satisfechos con el alivio del dolor y que el dolor sigue estando poco tratado en los servicios de urgencias, por lo que es necesario una valoración individual (7). En otro estudio realizado en diferentes áreas de hospitalización de varios hospitales también se ha observado que el tratamiento del dolor no es adecuado (14). Bhakta et al. (5) afirman que la variabilidad en la práctica clínica influye en el manejo inadecuado del dolor en el servicio de urgencias. Otros autores consideran que implementar un plan de manejo del dolor puede ser efectivo en la mejora de la satisfacción del paciente (6,8).

IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

En la práctica clínica, el sistema de triaje utilizado nos permite la comparación entre centros.

Las estrategias para mejorar el control del dolor, la monitorización del dolor en urgencias de forma rutinaria y la aplicación protocolos consensuados para el manejo del dolor, deberían de aplicarse para mejorar la atención y la satisfacción de los pacientes que acuden a los servicios de urgencias.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Lott Roper M. I want to see the doctor: meeting patients' expectations in the emergency department. *J Emerg Nurs.* 2010;36(6):562-67.
2. Göransson KE, Rosen A. Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department. *Int Emerg Nurs.* 2010;18:36-40.
3. Sánchez Bermejo R, Cortés Fadrique C, Rincón Fraile B, Fernández Centeno E, Peña Cueva S, De Las Heras Castro EM. El triaje

en urgencias en los hospitales españoles. *Emergencias*. 2013;25(1):66-70.

4. Cassidy-Smith T, Baumann B, Boudreaux E. The disconfirmation paradigm: throughput times and emergency department patient satisfaction. *J Emerg Med*. 2007;32(1):7-13.

5. Bhakta HC, Marco CA. Pain management: Association with patient satisfaction among emergency department patients. *J Emerg Med*. 2014;46(4):456-64.

6. Welch SJ. Twenty years of patient satisfaction research applied to the emergency department: a qualitative review. *Am J Med Qual*. 2010;25(1):64-72.

7. Muntlin A, Gunningberg L, Carlsson M. Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *J Clin Nurs*. 2006;15:1045-56.

8. Nairn S, Whotton E, Marshal C, Roberts M, Swann G. The patient experience in emergency departments: a review of the literature. *Accid Emerg Nurs*. 2004;12:159-65.

9. González N, Quintana JM, Bilbao A, Escobar A, Aizpuru F, Thompson A, et al. Development and validation of an in-patient satisfaction questionnaire. *Int J Qual Health Care*. 2005;17(6):465-72.

10. Miró O, Escalada X, Boqué C, Gené E, Jiménez-Fábrega FX, Netto C, et al. Estudio SUHCAT(2): mapa funcional de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. *Emergencias*. 2014;26(1):35-46.

11. Ekwall A, Gerdz M, Manias E. The influence of patient acuity on satisfaction with emergency care: perspectives of family, friends and carers. *J Clin Nurs*. 2008;17(6):800-9.

12. Damghi N, Belayachi J, Armel B, Zekraoui A, Madani N, Aibidi K, et al. Patient satisfaction in a Moroccan emergency department. *Int Arch Med*. [Internet]. 2013 [citado 7 junio 2014];6(20):[8 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3653744/>

13. Kamali MF, Jain M, Jain AR, Schneider SM. Emergency department waiting room: many requests, many insured and many primary care physicians referrals. *Int J Emerg Med*. 2013;6(1):35.

14. Carr ECJ, Meredith P, Chumbley G, Killen R, Prytherch DR, Smith GB. Pain: A quality of care issue during patients' admission to hospital. *J Adv Nurs*. 2014;70(6): 1391-1403.

AUTORES/AUTHORS:

María Montealegre Sanz, María Antonia Cubero Pérez, Sergio Varga Vázquez, Mónica Rodríguez Zabala, Juliana González Martín, Ana Chato Mahamud, Francisco García García, Encarnación Fernández del Palacio

TÍTULO/TITLE:

INNOVACIÓN Y NUEVAS ALTERNATIVAS EN PACIENTES CON AGOTAMIENTO VASCULAR

1.- OBJETIVOS.

- La implantación del catéter midline con técnica ecoguiada en pacientes hospitalizados con necesidad de vía periférica para administración de terapia intravenosa por encima de 6 días o en caso de agotamiento vascular.
- Disminuir número de venopunciones en pacientes que precisen terapia intravenosa por vía periférica.

2.- MÉTODOS.

Estudio Unicéntrico descriptivo prospectivo cuya población diana fueron los pacientes hospitalizados en el Hospital Clínico San Carlos durante el año 2014 con potencial necesidad de un catéter venoso periférico.

Dicho catéter fue implantado por el Equipo de Terapia Intravenosa (ETI) del Hospital Clínico San Carlos, siguiendo las instrucciones de asepsia máximas (gorro, mascarilla, bata estéril, guantes estériles, campo estéril,). La Técnica de elección fue la Técnica Seldinger ecoguiada, siendo la de primera elección según recomiendan todas las guías de implantación de catéteres venosos centrales, the Center for Disease Control and Prevention y diversas asociaciones expertas en accesos vasculares, teniendo como finalidad principal el garantizar que el enfermo preserve su capital venoso.

El Catéter midline de elección fue un catéter de poliuretano de 20cm de longitud, diámetro de 5 French, unilumen, cuyo extremo distal queda alojado en el paquete vascular axilar, indicado para terapia intravenosa por un periodo de tiempo que no exceda los 30 días.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes mayores de 18 años que precisen tratamiento antibiótico no irritante de duración entre 1-4 semanas y/o terapia intravenosa cuyas características permiten administración por vía periférica, es decir:

- Sueroterapia
- Soluciones isotónicas de baja osmolaridad <500mOsm/L
- Hemoderivados
- Medicación en perfusión continua no irritante ni vesicante: heparina, esteroides, diuréticos, analgésicos y/o sedantes
- Fármacos no irritantes <5 pH >9

- Pacientes mayores de 18 años con acceso vascular pobre y/o debilitado que dificulta la canalización de vía periférica, extracción sanguínea o administración de terapia intravenosa.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que presenten trombosis venosa en la extremidad a canalizar.
- Pacientes con linfedema, parálisis, afectación neurológica, presencia de fístulas arteriovenosa o distorsiones anatómicas en el brazo de implantación.
- Infección activa cutánea o subcutánea en los alrededores o en el punto de punción en el brazo de implantación.
- Paciente alérgico a algún componente del gel ecográfico o material del

catéter.

VARIABLES DEL ESTUDIO:

VARIABLES sociodemográficas de los pacientes (edad y sexo).

VARIABLES relacionadas con la enfermedad (diagnóstico médico, antecedentes, alergias, anticoagulación).

VARIABLES relacionadas con el procedimiento (motivo de implantación, miembro de canalización del catéter, nº de intentos de canalización, vena y profundidad)

VARIABLES relacionadas con el seguimiento (curas semanales, complicaciones, motivo de retirada) y tiempo de implantación.

Se utilizó un cuaderno de Recogida de Datos (CRD) en formato papel donde se recogieron parámetros demográficos, antecedentes médicos de interés, diagnóstico durante el ingreso hospitalario, motivo de solicitud de catéter, tratamiento intravenoso activo, anticoagulación y parámetros relacionados con la técnica de inserción.

El manejo de los datos se realizó de forma confidencial y anónima, con el compromiso de confidencialidad por parte del Equipo de Terapia Intravenosa de acuerdo con la ley de protección de datos: L.O.15/1999, de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

Se ha utilizado una base de datos creada en Microsoft Excel. Análisis estadístico con SPSS Statistic versión 20.0

3.- RESULTADOS.

En total se han colocado N=258 catéteres Midline en pacientes hospitalizados con una edad media de 73,54 años (min. 23 máx. 102). Hombres 43% y mujeres 57%.

Los principales motivos de inserción del catéter han sido: en un 88% agotamiento vascular, 10% tratamiento antibiótico de media duración no irritante y 2% en pacientes con soporte paliativo.

La procedencia de los pacientes fue mayoritaria desde el Servicio de Medicina Interna(38,37%), seguido del Servicio de Oncología (14,34%), Servicio de Geriátrica (6,97%) y Servicio de Traumatología, Nefrología y Hematología en un 5,42%.

El 35,27% de los pacientes estaba anticoagulado con heparinina de bajo peso molecular antes de la inserción y un 5,81% en tratamiento con antiagregantes.

Ningún paciente presentó alergias que contraindicaran su inserción.

La zona de implantación fue mayoritariamente en Miembro Superior Derecho en un 64,34%, con abordaje ecográfico en vena Basílica en un 86,43%, seguida de vena Cefálica en un 5,81% y de venas braquial y cubital o medial en un 3,87% respectivamente, con una profundidad media de 1,21cm.

El 100% de los catéteres se implantaron con técnica ecoguiada registrándose un 76,35% de éxito de canalización al primer intento de venopunción.

El tiempo de implantación de los catéteres ha sido 3182 días, con una media de implantación de 12,47 días. Un 2,12% de pacientes necesitaron recambio de catéter sin presentar ninguna complicación, al exceder el tiempo de implantación recomendado de 30 días, y continuar necesitando el dispositivo para la administración de tratamiento. La necesidad máxima de catéter midline fue de 91 días, lo que nos obligo a plantearnos la elección de otro tipo de catéter de mayor duración en este paciente, aunque por su patología y antecedentes previos se desechó la idea.

En total precisaron recambio por necesidad de otro tipo de catéter un 5,91% de pacientes, que durante su proceso hospitalario necesitaron un catéter venoso central para su tratamiento intravenoso.

El principal motivo de retirada fue por finalización de tratamiento intravenoso activo en un 45,34%, seguido de retirada por exitus en un 18,21%, extracción accidental del catéter en un 15,11%, y obstrucción que no pudo resolverse en un 7,36%.

Un 2,2% de pacientes desarrolló flebitis grado I-II y un 1,26% desarrollo trombosis en el miembro implantado, lo que obligo a instaurar tratamiento y retirada del catéter.

Se retiraron un total de 5 catéteres por sospecha de infección, con posterior cultivo de punta de catéter, sin obtener ningún resultado positivo por el Servicio de Microbiología.

4.- DISCUSIÓN

El uso de los ultrasonidos para la canalización de accesos vasculares ha modificado drásticamente las probables complicaciones que se pueden presentar derivadas de esta misma técnica realizada por referencias anatómicas, ya que es posible visualizar bajo visión directa las estructuras vasculares así como las estructuras adyacentes (nervios, fascias, músculos, etc) y se puede reposicionar la aguja en todo momento, evitando la punción arterial, el daño nervioso y el número de intentos de canalización.

La introducción del catéter Midline con materiales de última generación ha supuesto una nueva posibilidad que resuelve las necesidades del paciente, minimizando problemas secundarios asociados a la utilización de catéteres venosos centrales (CVC) y aumentando la eficiencia en nuestras intervenciones. Los catéteres midline son una buena alternativa frente al catéter venoso periférico corto y al CVC, ya que pueden ser de gran utilidad en pacientes hospitalizados con agotamiento vascular y que precisan tratamientos intravenosos de media duración durante un proceso hospitalario.

La combinación de ambos supone un nuevo camino en la canalización de accesos venosos en casos de agotamiento vascular ya que constituye una herramienta enfermera en la mejora de la calidad y de la seguridad asistencial, preservando el capital venoso del paciente y disminuyendo el sufrimiento por múltiples venopunciones.

Sin embargo, hay que subrayar que existen limitaciones para su uso con fármacos irritantes, además, puede no permitir extracciones sanguíneas de forma habitual, si el diámetro del catéter no se ajusta al tamaño del vaso sanguíneo de elección y sino se realiza el mantenimiento y cuidados adecuado.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- O'Grady NP et Al. CDC - Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. Clin Infect Dis. 2011
- Griffiths, Vivien. "midline catheters: indications, complications and maintenance." Nurs Stand. 2007; Nov 21;22 (11): 48-57
- Katie Scales. Intravenous therapy: a guide to good practice. British Journal of Nursing, 2008; ,Vol17, N° 19
- Moran MA. Introducing the midline catheter as a new intravenous access device in neonates. Neonatal Intensive Care.1992; 5(3):36-42
- Lesser E, et al.. Use of midline catheters in low birth weight infants. Journal of Perinatology 1996; 16(3): 205–207
- Maki DG, Kluger DM, Crnich CJ. The risk of bloodstream infections in adults with different intravascular devices: a systematic review of 200 published prospective studies. Mayo Clinic Proc 2006;81(9):1159-1171
- Mermel LA, Parenteau S, Tow SM. The risk of midline catheterization in hospitalized patients. A prospective study. Ann Intern Med.1995;123:841-4
- Infusion Nurses Society. Infusion Nursing Standards of Practice. J Infus Nurs 2011; 34(1 Suppl): S1-S110
- Nifong T, McDevitt TJ. The effective catheter to vein ratio on blood flow rates on a simulated model of peripherally inserted central venous catheters. Chest 2011;140:48-53
- Gorski, L.A, & Czaplewski, L.M. (2004). Peripherally inserted central catheters and midline catheters for the homecare nurse. Journal of Infusion Nursing, 27(6), 399-409
- Eggimann P. Prevention of intravascular catheter infection. Curr Opin Infect Dis. 2007; 20(4): 360-9
- Leahy S, Kennedy RM, Hesselgrave J, Gurwitch K, Barkey M. On the front lines: lessons learned in implementing multidisciplinary peripheral venous access pain-management programs in pediatric hospitals. Pediatrics. 2008;122 (Suppl 3): s161-s170
- Moureau N: Vascular safety: it's all about PICCs. Nurs Manage. 2006; 37(5): 22-27
- LAMPERTI M, et al. International evidence-based recommendations on US-guided vascular access. Intensive Care Med 2012.

Carrero MC, coordinadora. Tratado de administración parenteral. 2ªed. Ribarroja del Turia (Valencia): DAE; 2006

Raad I, Hanna H, Maki D. Intravascular catheter-related infections: advances in diagnosis, prevention, and management. Lancet Infect Dis. 2007; 7(10): 645-57

Dawson RB, Moureau NL. Midline Catheters: An Essential Tool in CLABSI reduction.2013. <http://www.infectioncontrolday.com>

Mesa de Comunicaciones 16: Promoción de la salud

Concurrent Session 16: Health Promotion

AUTORES/AUTHORS:

Jordi Adamuz Tomás, Emilio Jiménez Martínez, María Jesús Alcocer Porras, Carme Hernández Carcereny, Pilar Ricart Ribó, Anna González Roselló, Pilar Isla Pera, Jordi Carratalà Fernández

TÍTULO/TITLE:

Impacto de un programa educativo en el manejo de la neumonía adquirida en la comunidad.

Introducción. La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) constituye la principal causa de mortalidad entre las enfermedades infecciosas en países industrializados (1). Actualmente en Estados Unidos provoca más de 1 millón de hospitalizaciones al año y en España su incidencia oscila entre 2 y 10 casos por 1.000 habitantes. En Europa, el coste de la neumonía se estima en 10,1 billones de euros; 5,7 billones en atención hospitalaria; 0,5 billones en atención primaria; y 0,2 billones en medicación (2). Actualmente, entre el 30-60% de los pacientes diagnosticados de NAC requieren ingreso en el hospital. El elevado número de ingresos asociado al alto coste del tratamiento de la NAC ha despertado un interés en el desarrollo de estrategias para reducir la duración de la hospitalización y aumentar el número de pacientes que reciben tratamiento en su domicilio (3). Estudios recientes refieren que el consumo de recursos sanitarios posterior al alta es frecuente en estos pacientes (7-34%) (4-7). Los principales factores de riesgo asociados a las visitas al centro de atención primaria o urgencias, y reingresos después del alta son la reagudización de enfermedades crónicas (principalmente cardiopulmonares), el déficit de información sobre los cuidados en su domicilio, y factores de estilo de vida (desempleo, nivel educativo bajo, tabaquismo y abuso de alcohol) (4,5,7,8). En una época de crisis económica las instituciones tienen un interés creciente en el desarrollo de nuevas estrategias para disminuir el consumo de recursos sanitarios y mejorar la calidad de la asistencia sanitaria (2,9). La planificación del alta se ha asociado con un mejor uso de los servicios sanitarios después de la hospitalización y una disminución de reingresos, además prepara a los pacientes y cuidadores sobre los cuidados que han de seguir en su domicilio (10). Por lo que la educación del paciente es de vital importancia para intentar reducir el aumento del consumo de recursos sanitarios. Sin embargo, pocos estudios han evaluado el efecto de las intervenciones educativas en pacientes con NAC (11,12). Estos estudios concluyen que la planificación del alta mejoró el conocimiento del paciente, optimizó el uso de camas de hospitalización y mejoró la satisfacción del paciente con la atención recibida (11-13). Sin embargo, no se han realizado ensayos clínicos que evalúen los efectos de programas educativos para disminuir las visitas al centro de atención primaria o a urgencias, y los reingresos después del alta en pacientes con NAC.

Objetivo. Evaluar si la implementación de un programa educativo individualizado en pacientes hospitalizados por NAC, disminuye el consumo de recursos sanitarios durante los 30 días posteriores al alta hospitalaria.

Métodos. Ensayo clínico, aleatorizado, controlado y multicéntrico en pacientes adultos no inmunodeprimidos hospitalizados por NAC en el Hospital Universitari de Bellvitge, Hospital Clínic de Barcelona y Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida (2011-2014). Fueron incluidos 207 pacientes adultos no inmunodeprimidos, sin deterioro cognitivo, dados de alta a domicilio con diagnóstico de NAC. Los pacientes incluidos en el estudio fueron divididos en dos grupos aleatorios, grupo control, que recibió la información convencional que aporta el equipo de enfermería y médico previo al alta hospitalaria, y grupo intervención, que recibió un programa de educación terapéutica individual realizado según el modelo de planificación de programas educativos de Lawrence Green, PRECEDE. Éste se impartió en dos sesiones individuales de 30 – 45 minutos aproximadamente y lo realizaron las enfermeras a cargo del proyecto en cada centro hospitalario. El programa educativo incluía: (i) recomendación de hidratación mínima diaria, (ii) adherencia al tratamiento farmacológico y vacunas indicadas, (iii) control y manejo de la enfermedad, (iv) actividad física progresiva y (v) consejo para iniciar recursos para abandonar el tabaco y reducir el consumo de alcohol. Posteriormente al alta hospitalaria se realizó un seguimiento durante 90 días. Los datos se recogieron mediante un cuaderno estandarizado, siendo la variable principal de estudio el consumo de recursos sanitarios a los 30 días después del alta. Además se recogieron otras variables para evaluar la consecución de los objetivos propuestos en el programa educativo a los 30 y 90 días mediante los cuestionarios validados: test de Haynes-Sacket, índice de Barthel, el índice de gravedad de la neumonía, el índice de Charlson, entre otros cuestionarios para evaluar los conocimientos de los pacientes. Este estudio no se pudo realizar mediante el doble ciego. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de los tres centros participantes.

Resultados. Se evaluaron 327 pacientes ingresados con diagnóstico de NAC, de los cuales 120 fueron excluidos. Un total de 207 pacientes fueron aleatorizados, 102 pacientes recibieron el programa educativo individual y 105 la información convencional. Dos participantes de cada grupo fueron dados de alta con un diagnóstico distinto a NAC. El análisis de datos se realizó por intención a tratar. Las características de los pacientes en los dos grupos de tratamiento fueron similares. No se encontraron diferencias significativas en relación a un nivel educativo alto ni con el apoyo recibido en casa. El índice de gravedad según el CURB-65, las complicaciones durante la hospitalización y el ingreso en la unidad de cuidados intensivos fueron similares en ambos grupos. Además, tampoco hubo diferencias entre los grupos en cuanto a la estabilidad al alta hospitalaria y la duración de la hospitalización. En cambio, los pacientes que recibieron la información convencional con mayor frecuencia fueron ≥ 70 años. La frecuencia de consumo de recursos sanitarios fue de 23,5% entre los pacientes que recibieron el programa educativo individual y de 42,9% entre los pacientes que recibieron la información convencional (diferencia, -19,4%; 95% intervalo de confianza, -6,5% a -31,2%; $P = 0,003$). En comparación con el grupo que recibió el programa educativo individualizado, el grupo que recibió la información convencional realizó más visitas al centro de atención primaria (12,7% vs 27,6% [diferencia, -14,9%; 95% intervalo de confianza, -3,9% a -25,4%; $P = 0,009$]), visitas a urgencias (10,8% vs 25,7% [diferencia, -14,9%; 95% intervalo de confianza, -4,4% a -25,2%; $P = 0,009$]) y reingresos (4,9% vs 17,1% [diferencia, -12,2%; 95% intervalo de confianza, -3,7% a -25,2%; $P = 0,007$]), durante los 30 días después del alta hospitalaria. Un paciente que recibió la información convencional murió durante los 30 días después del alta. Se realizó en análisis post hoc de los pacientes ≥ 70 años obteniendo resultados similares respecto a la frecuencia de consumo de recursos sanitarios posterior al alta hospitalaria.

Respecto a los objetivos propuestos en el programa educativo la hidratación, los conocimientos sobre el manejo de la enfermedad, la actividad física progresiva y el abandono del tabaco fueron más elevados en el grupo que recibió el programa educativo individualizado ($P \leq 0,05$). En cambio, no se detectaron diferencias significativas respecto la adherencia al tratamiento farmacológico, vacunas preventivas y abandono del consumo de alcohol.

Discusión. La implementación de un programa educativo individualizado en pacientes hospitalizados por NAC sobre la recomendación de ingesta de líquidos, la adherencia al tratamiento farmacológico y vacunas indicadas, el control y manejo de la enfermedad, la actividad física progresiva y el consejo para iniciar recursos para abandonar el tabaco y reducir el consumo de alcohol, fue efectivo para reducir las visitas al centro de atención primaria, urgencias y reingresos durante los 30 días posteriores al alta. Una estrategia como esta puede ayudar a optimizar los recursos disponibles e identificar las necesidades de cuidados durante el período de convalecencia de la NAC. Futuros estudios deberían de evaluar el uso de una estrategia como esta en pacientes hospitalizados con NAC, además de evaluar el efecto de programas educativos individualizados en la mortalidad a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Musher DM, Thorner AR. Community-Acquired Pneumonia. *N Engl J Med* 2014;371(17):1619–28.
2. Welte T, Torres A, Nathwani D. Clinical and economic burden of community-acquired pneumonia among adults in Europe. *Thorax* 2012;67(1):71–9.
3. Carratalà J, Fernández-Sabé N, Ortega L, Castellsagué X, Rosón B, Dorca J, et al. Outpatient care compared with hospitalization for community-acquired pneumonia: a randomized trial in low-risk patients. *Ann Intern Med* 2005; 142(3):165-72.
4. 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.
5. 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.

6. Capelastegui A, España Yandiola PP, Quintana JM, Bilbao A, Diez R, Pascual S, et al. Predictors of short-term rehospitalization following discharge of patients hospitalized with community-acquired pneumonia. *Chest* 2009;136(4):1079–85.
7. Dagan E, Novack V, Porath A. Adverse outcomes in patients with community acquired pneumonia discharged with clinical instability from Internal Medicine Department. *Scand J Infect Dis* 2006;38(10):860–6.
8. Torres A, Peetermans WE, Viegi G, Blasi F. Risk factors for community-acquired pneumonia in adults in Europe: a literature review. *Thorax* 2013;68(11):1057–65.
9. 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.
10. Bowles KH, Hanlon A, Holland D, Potashnik SL, Topaz M. Impact of discharge planning decision support on time to readmission among older adult medical patients. *Prof Case Manag* 2014;19(1):29–38.
11. Horowitz CR, Chassin MR. Improving the quality of pneumonia care that patients experience. *Am J Med* 2002;113(5):379–83.
12. Halm EA, Horowitz C, Silver A, Fein A, Dlugacz YD, Hirsch B, et al. Limited impact of a multicenter intervention to improve the quality and efficiency of pneumonia care. *Chest* 2004;126(1):100–7.
13. 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.

AUTORES/AUTHORS:

Ana María Cayuela García, Javier Rodríguez Tello, María López Ortín, Ana María Martínez Lax, María del Mar Pérez Galindo, María Roca Meseguer, Raquel Ballesteros Pérez, María Teresa Roldán Chicano, María de los Ángeles Rubio Gambín

TÍTULO/TITLE:

IMPACTO DEL PERIODO VACACIONAL ESTIVAL EN LOS PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS DE PERSONAS EN TRATAMIENTO PARA REDUCIR PESO

OBJETIVOS

- Conocer las características sociodemográficas y clínicas de las personas en seguimiento para disminuir el peso en la Consulta de Enfermería de Endocrinología y Nutrición.
- Determinar la variación en el Índice de Masa Corporal (IMC) durante el periodo vacacional estival, entre los meses de mayo-octubre.
- Evaluar la relación de las medidas antropométricas con las variables sexo, edad, ejercicio realizado, tipo de dieta y consumo de fármacos hipoglucemiantes.

MÉTODOS

Estudio descriptivo longitudinal.

Población: Personas con IMC superior a 25 kg/m² con tratamiento para disminuir de peso mediante dieta y ejercicio, en seguimiento por las enfermeras de la Consulta de Endocrinología y Nutrición del Hospital General Universitario Santa Lucía.

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes que acudieron a consulta en los meses de mayo y junio de 2014, obteniendo una muestra de conveniencia de 61 individuos. No se establecieron criterios de inclusión y exclusión.

De estos 61 individuos, se produjeron 16 pérdidas durante el estudio, al no acudir a la consulta posterior al verano (septiembre-octubre 2014) o no estar registrada alguna variable, quedando una muestra final de 45 pacientes.

Variables a estudio:

- Independientes:

- Edad
- Sexo
- Ejercicio realizado, con las categorías: Nada, ligero, moderado, intenso.
- Dieta prescrita (en Kcal): Ninguna, 1200, 1500, 1600, 1800, 2000.
- Tratamiento con fármacos hipoglucemiantes. Variable dicotómica: Sí, No.
- Hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}).

- Dependientes

- Índice de masa corporal (IMC) en Kg/m²

- Masa magra y masa grasa, medidas en Kg. por impedanciometría, antes y después del periodo estival.

Se realizaron dos mediciones de las variables dependientes: en las consultas previa y posterior al periodo vacacional de verano.

Para las variables dependientes, se realizó una única medición en la consulta prevacacional.

Se realizó una base de datos con Microsoft Excel 2003 y los análisis se realizaron con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics

v19.

Para determinar las características de la población a estudio, se realizó un análisis descriptivo mediante estadísticos de dispersión y tendencia central, expresados en medias para las variables cuantitativas, y en frecuencia para las cualitativas, calculando un intervalo de confianza del 95%.

Para analizar la variación observada en las variables dependientes entre los periodos pre y postvacacional, se utilizó la prueba t de Student para muestras apareadas, y en los casos en que no se cumplían criterios de normalidad, se utilizó la U de Mann-Withney, para un nivel de significación de 0,05.

El estudio de la relación de las medidas antropométricas con las otras variables a estudio, se realizó mediante ANOVA, la prueba Chi cuadrado y el test exacto de Fisher, según los tipos y características de las variables a relacionar.

RESULTADOS

La edad media de los pacientes en tratamiento de pérdida de peso mediante dieta y ejercicio físico, y en seguimiento por la consulta de Enfermería de Endocrinología y Nutrición es de $49,46 \pm 3,00$ años.

Las mujeres representan el $68,9 \pm 11,61$ % de los pacientes.

En relación al tipo de dieta que siguen los pacientes:

Dieta de 1200 Kcal: $46,7 \pm 12,52$ %

Dieta de 1500 Kcal: $28,3\% \pm 11,30$ %

Dieta de 1600 Kcal: $16,7 \pm 9,43$ %

Dieta de 1800 Kcal: $6,7 \pm 6,32$ %

Dieta de 2000 Kcal: $1,7 \pm 3,27$ %

Ningún paciente de la muestra seguía una dieta personalizada.

El $63,3 \pm 12,19$ % de los pacientes realiza un ejercicio ligero, frente a un $33,4 \pm 11,92$ % en el caso de ejercicio moderado y un $3,3\% \pm 4,52$ % que no realizan ejercicio. Ninguno de los pacientes de la muestra realiza un ejercicio intenso.

El $50,8 \pm 14,60$ % toma fármacos hipoglucemiantes, siendo la media de HbAc1 de $5,73 \pm 0,32$ %.

La media de IMC inicial (mayo-junio) fue de $40,25 \pm 1,55$ Kg/m². Tras el verano, se redujo de forma estadísticamente significativa ($p < 0.05$), hasta $38,43 \pm 1,51$ Kg/m².

Asimismo, se produjo una disminución de la media de masa grasa en el periodo estival, pasando de $49,85 \pm 3,70$ Kg en la medición prevacacional, a $44,94 \pm 4,27$ Kg en septiembre-octubre. La media de masa magra también disminuyó de $59,10 \pm 2,89$ Kg a $57,19 \pm 3,71$ Kg. Las diferencias encontradas en la masa magra y grasa entre ambos periodos no fueron significativas.

En el caso de eliminar los casos clasificados como pérdidas en los análisis, se continúa observando una disminución en las tres variables, con los siguientes valores:

IMC pre: $39,99 \pm 1,79$ Kg Kg/m². IMC post: $38,27 \pm 1,75$ Kg Kg/m².

Masa grasa pre: $48,45 \pm 3,84$ Kg. Masa grasa post: $44,54 \pm 4,62$ Kg.

Masa magra pre: $58,73 \pm 3,64$ Kg. Masa magra post: $57,25 \pm 4,08$ Kg.

No se hallaron diferencias significativas en las medidas antropométricas al analizarlas según sexo, edad, ejercicio, dieta y consumo de fármacos hipoglucemiantes.

DISCUSIÓN

El Índice de masa corporal (IMC) de los sujetos a estudio disminuyó ligeramente durante las vacaciones de verano, en contraposición a los hallazgos de otros estudios, en los que aumenta ligeramente, sobre todo en las personas que presentaban sobrepeso u obesidad antes del inicio de las vacaciones. La mayoría de estos estudios han analizado las variaciones del peso en el periodo navideño.(1-4)

Esta disminución en el IMC y el valor de masa grasa podría deberse a una buena adherencia a la dieta hipocalórica (en general, 1200Kcal) y el mantenimiento del ejercicio ligero aeróbico durante las vacaciones. La realización del ejercicio aeróbico también explicaría el ligero descenso, no significativo, de la masa magra, tal y como se observa en un estudio que valora los cambios antropométricos según el tipo de ejercicio realizado, siendo las actividades de fortalecimiento muscular más efectivas que el ejercicio aeróbico para incrementar de forma significativa la masa magra.(5)

Como consecuencia de los resultados obtenidos, es necesario plantearse algunas cuestiones en la práctica clínica que realizamos con estos pacientes, siendo las principales: iniciar intervenciones que reduzcan la no asistencia a las consultas de seguimiento, y evaluar la posibilidad de indicar a los pacientes la realización de ejercicios de fortalecimiento muscular.

Estos resultados deben tomarse con precaución, tanto por tipo de muestreo realizado, como por el pequeño tamaño de la muestra y la importante pérdida de pacientes. Se hace necesario realizar estudios con una muestra mayor, y en otros periodos vacacionales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Cristi-Montero C, Bresciani G, Alvarez A, Arriagada V, Beneventi A, Canepa V, et al. PERIODOS CRÍTICOS EN LA VARIACIÓN DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR. *Nutr Hosp.* 2014;30(n04):782-6.
2. Hull HR, Radley D, Dinger MK, Fields DA. The effect of the Thanksgiving Holiday on weight gain. *Nutr J.* 2006;5:29.
3. Roberts SB. Holiday Weight Gain: Fact or Fiction? *Nutr Rev.* 2000;58(12):378-9.
4. Cook CM, Subar AF, Troiano RP, Schoeller DA. Relation between holiday weight gain and total energy expenditure among 40- to 69-y-old men and women (OPEN study). *Am J Clin Nutr.* 2012;95(3):726-31.
5. Perez-Gomez J, Vicente-Rodríguez G, Royo IA, Martínez-Redondo D, Foncillas JP, Moreno LA, et al. Effect of endurance and resistance training on regional fat mass and lipid profile. *Nutr Hosp.* 2013;28(2):340-6.

Mesa de Comunicaciones 17: Docencia / Gestión**Concurrent Session 17: Health Education / Management****AUTORES/AUTHORS:**

ZEYNEP KIZILCIK ÖZKAN, SEHER ÜNVER, DUYGU SOYDAS YESILYURT, ÜMMÜ YILDIZ FINDIK

TÍTULO/TITLE:

DIFFICULTIES OF NURSING STUDENTS IN PATIENTS UNDERGOING COLORECTAL SURGERY

Objectives: Nursing students are often faced with the patients who undergoing colorectal surgery in clinical practice. Because colorectal cancer is located within the most common the first five cancers in Turkey (1). Although clinical training helps students to learn by observation and practice (2,3) it was found in our study, nursing students are forced to given care colorectal cancer with patient in clinical environment. There are many reasons for this. Firstly, patients with colorectal cancer are faced with difficulties in the diseases, diagnosis and treatment process and also it was determined that patients experience fear, regret, disbelief, addiction, shame and remorse (4). Secondly, knowledge of the patients is not sufficient (5). Thirdly, students could not put into practice the theoretical knowledge which received in school (3). Fourthly, post-operative care of patients is complex (6). Some of care are wound care, monitoring and prevention of complications, stoma care, create a positive body image, information about sexual issues, discharge education, adaptation to new diet, maintain fluid balance electrolyte, pain control etc (6). This descriptive study was aimed to identify the difficulties encountered in the care of patients with colorectal cancer of nursing students who attended the surgical diseases course and clinical practice in 2014-2015 fall semester.

Methods: Sixty-five nursing students who attended the surgical diseases course and clinical practice participated in this study. Data were gathered questionnaire forms which was prepared by researchers according a literature (7-9). The questionnaire consisted of two instruments, two questions about background (age, sex) and three questions about disease (difficulties and emotions). SPSS 19.0 was used to analyze the data. Data were evaluated by using numbers, percentages, arithmetic average.

Results: All of the nursing students (n: 65) belonged to second year and took surgical courses during the term and all nursing care plans were done in surgical clinics at university hospital. Mean age of nursing students is 21.15 ± 1.83 years (19-27). Ninety-two point three % of respondents were female. According to questionnaire results, most of the students (86.2%) were determined to provide patients with colorectal cancer care. The difficulties faced by students in caregiving; have problems with the patient (50.8%), do not want to take care from students (40%), communication problems in clinical team (29.2%), companions who do not allow them for maintenance (20%), poor general health status of patients (20%), unable to communicate effectively with patients (12.3%) and was found to be self-sufficient in providing care (7.7%). In literature, communication skills of nursing students was determined moderate level. To improve communication skills of students should be care about observational studies and training (5).

They experienced difficulties about to, measure fluid output and input (%52.5), relieve pain (%30.8), provide psychological support (%21.5) etc. Cancer pain, physical, mental and social life negatively affects and it reduces the quality of life (10). According to literature (11) the score of functional living index were lower in cancer patients. The psychological state of the patient may lead to difficulties in providing care. One of the nurse's tasks is to support the emotional aspects of the patient (12).

Patients should be evaluated in terms of both physical and psychological and social as well as nurses should provide holistic care (13). Multidiscipline team (oncology (radiation, surgery, medical), oncology nurse, psychiatrist, psychologist, social worker, dietician, and physiotherapist) work will be satisfied health care professionals, patients and it will improve the quality of care (13).

Students worry for relatives of patients (50,6%) and felt fear of death and cancer (23.1%) in patient care. Student nurse' level of knowledge about cancer screening programs should be increased. Especially in the terminal stage of care, nursing students should be cared with academic and clinician nurses.

Discussion: Nursing students also stated that they experienced difficulties to provided care. The main reason for this situation is because they could not put into practice the theoretical knowledge they received in school (3). It is effective ways to reach a solution to this subject are using intern education program and the nursing process. Intern education program increase in the professional capabilities and self- confidence of the students (14). In addition, identifying the problems faced by students, it will play an important role in shaping the curriculum. Because student nurses who will play an important role in future to protection from chronic diseases, treatment and care must have sufficient knowledge in this regard (15). Students must be supported by clinical nurse or supervisor in communicate with the patient. As a result; students should be taken detail information about 'how to communicate with patients?' and clinical supervisors should take active role in care of patients who undergoing colorectal surgery with students.

Key words: Colorectal surgery, difficulties, nursing students

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

REFERENCES

1. TC Sağlık Bakanlığı Türkiye kanser istatistikleri Ocak 2014
<http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/922-2009-kanser-insidanslar%C4%B1.html> (01.06.2015)).
2. Karaöz S (2013) Hemşirelik eğitiminde klinik değerlendirmeye genel bakış: güçlükler ve öneriler, DEUHYO ED 6 (3),149-158.
3. Karadağ G et al (2013) Öğrenci hemşirelerin klinik uygulamada karşılaştıkları güçlükler ve klinik hemşireler hakkındaki görüşleri TAF Preventive Medicine Bulletin 12(6): 665-672.
4. Karaveli S, Özbayır T, Karacabay K (2014) Kolorektal kanser ameliyatı geçiren hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları deneyimlerin incelenmesi, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,17:2.
5. Tutuk A et al (2002) Hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerisi ve empati düzeylerinin belirlenmesi C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 6(2): 36-41.
6. Karadakovan A, Eti Aslan F (2011) Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım, 2.Baskı, Nobel Kitabevi, Adana
7. Gürler H, Yılmaz (2011) Rektum kanserli bir olgunun standart hemşirelik bakımının planlanmasında bir model: "Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri" Fırat Tıp Dergisi 16(3): 141-46.
8. Aylaz G (2011) Kolorektal cerrahi sonrası hasta eslerinin yaşam kalitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara.
9. Karabulut N, Çetinkaya F (2011) Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta bakımında karşılaştıkları güçlükler ve motivasyon düzeyleri Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 14(1): 14-23.
10. Yıldırım K Y, Uyar M, Fadillioğlu Ç (2005) Kansere ağrı ve yaşam kalitesine etkisi, Ağrı 17(4):17-22.
11. Kutlu R, Çivi S, Börüban M.C, Demir A (2011) Kansere hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler, Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi, 27(3):149-153.
12. Bektas Aydın H, Akdemir N (2006) Kansere bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi, Türkiye Klinikleri J Med Sci 26:488-499.
13. Teryake G (2011) Kansere hasta yakınlarıyla iletişim DEUHYO Elektronik Dergisi 4(2):78-82.
14. Tosun N et al (2008) Hemşirelik Yüksek Okulu öğrencilerinin intörn eğitim programından beklentileri ile program sonunda kazanım ve önerilerinin değerlendirilmesi Gülhane Tıp Dergisi 50: 164-171.
15. Zengin N, Yıldız H, Akinci A (2012) Öğrenci hemşirelerin kronik hastalıkların bakımı konusunda düşünceleri, Electronic Journal of Vocational Colleges, Aralık 2012.

AUTORES/AUTHORS:

Seher Ünver, Zeynep Kizilcik Özkan, Ilker Murat Avcibasi, Hatice Merve Alptekin

TÍTULO/TITLE:**THE VIEWPOINT OF NURSING STUDENTS' ABOUT THE GAP BETWEEN THEORETICAL EDUCATION AND CLINICAL SKILLS**

Objectives: In Turkey, students in the BSN program perform 156 clinical and 78 theoretical hours during their length of surgical nursing lesson in a term. As known nursing education involves theoretical and practical training processes, and clinical training is considered as the important part of professional nursing education (1-3). On the other hand, the clinical environment is not easy to control. There are a lot of stimuli, which makes it hard for students to pick up what is essential (4). Although clinical practice is an integral part of nursing education, this doesn't mean that they are completed each other all the time. Because many variables influence the learning and practicing outcomes including the student's personality, the clinical educators and their skills, the ward personnel and their willingness to co-operate with the students, relationships between patients and accompanying caregivers, ward's and hospital's physical structure and equipments (5-7).

The aim of this study was to investigate the viewpoint of nursing students' about the gap between theoretical education and clinical skills in a qualitative study design.

Methods: This study was carried out between February 11, 2015 – May 21, 2015 on 58 voluntary nursing students at Faculty of Health Sciences. Students had their surgical nursing training at university hospital between these dates and this training took 12 hours each week. On the last day of their clinical practice; the students were asked to write their thoughts if they had any gap between theoretical education and clinical skills and the reasons. The data were analyzed by thematic analysis. The themes identified from students' answers were; (a) connection between theory and practice, (b) reasons of the gap, (c) expectations.

Results: Out of 53 students, five of them were male. Thirty-seven students stated that they could partly maintain and seven students stated that they could hardly maintain what they learn during their lessons in the clinical wards. Among these 44 students who stated that they had a gap between theoretical education and clinical skills, 28 of them mentioned that the reason was the nurses who work in these wards. Others stated that the reasons of the gap were problems with clinical educators (n:26), status of wards and inadequacy of equipments (n:20), patients and their caregivers (n:6), different theoretical knowledge (n:8) and students' own personalities (n:5).

They reported that nurses were so rude, po-faced, unkind (n:20); expecting them to do all they want from them (n:17); looking down on their nursing activities (n:8) and preventing them from making daily routine jobs (n:2). Students mentioned that clinical educators were always giving subjects to search during the clinical practice and expecting them to do all they learned (n:26), want them to do different works than nurses give them to do (n:8), don't let them to have a rest during the training (n:7) and don't trust them (n:4). About the clinical environment and equipment, students reported that the equipments in the clinic were too inadequate to give enough caring practices (n:11) and the environment was too crowded and untidy to apply what they learn (n:7). According to students reports patients were bored with their questions (n:1) and their caregivers sometimes didn't trust them because of being student (n:3). One of the other reasons of the gap was the difference between theoretical knowledge and clinical environment (n:8). Students also mentioned that they were afraid of making wrong practices when they are alone (n:3), were not hardworking and not repeating what they learn so that they feel themselves inadequate (n:2) and they were shy themselves so that they couldn't put into practice what they learned (n:2). Students expected to take more support from their educators about the clinical practices, protect them from the violence of the nurses, and support them in front of the patients and their caregivers.

Discussion and Conclusion: In Evans and Kelly's study (2004), student nurses said that the greatest stress for them during their clinical training was to fill in the gap between theory and practice. As similar in this study, 44 of 53 students stated that they had a gap between theoretical and practical environment. Oermann's study (1998) indicates that clinical educators were perceived by students

as their biggest stress inducers. According to a study's results clinic staff had great influence on whether student nurses regarded their conduct in certain clinical situations to be a success or not (4). When we check the results of the present study, the most effecting factor was the clinic nurses and educators were the second reason of the gap. In Elcigil's study (2007), students said that they experience difficulty in transposing the theoretical knowledge they study in their courses to the clinical setting. They say that the clinical environment is more different than what is described in class. Valizadeh et al's study (2008) mentioned that the discrepancy between the theoretical and clinical aspects of nursing education caused much concern among instructors, professors, nurses and nursing students. As mentioned in another study, some processes which were learned by nursing students were not used in hospitals. Students also mentioned the application of practical principles in caring for patients and the unprofessional activities of ward nurses provided a poor educational example (11). In the present study, similar reasons were reported by students. According to the results of this study, students had a gap between theoretical education and clinical skills and the main reasons were firstly the clinic nurses and secondly the clinical educators. Unless it is not possible to change their personality, it is recommended to arrange a meeting at the beginning of the term with nurses, educators and students about orientation, talking about the expectations and setting up a good communication during the clinical practicing.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Wellard J, Colleen R, De Ferguson S (1995) Evaluating clinical educators: an employer's perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 21: 737-742.
2. Lee DTF (1996) The clinical role of the nurse teacher: a review of dispute. *Journal of Advanced Nursing*, 23: 1127-1134.
3. Dunn SV, Hansford B (1997) Undergraduate nursing student's perceptions of their clinical learning environment. *Journal of Advanced Nursing*, 25: 1299-1306.
4. Papp I, Markkanen M, Bonsdorff M (2003) Clinical environment as a learning environment: student nurses' perceptions concerning clinical learning experiences. *Nurse Education Today*; 23(4): 262-268.
5. Moattri M, Remazani S (2009) Nursing students perspective toward clinical learning environment. *Iranian Journal of Medical Education*, 9(2): 137-144.
6. Elcigil A, Sari HY (2007) Determining problems experienced by student nurses in their work with clinical educators in Turkey. *Nurse Education Today*, 27: 491-498.
7. Sharif F, Sharif S (2005) A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. *BMC Nursing*, 4(6): 1-7.
8. Evans W, Kelly B (2004) Pre-registration diploma student nurse stress and coping measures. *Nurse Education Today* 24: 473-482.
9. Oermann MH (1998) Differences in clinical experiences of AND and BSN students. *Journal of Nursing Education*, 37(5): 197-201.
10. Valizadeh S, Abedi H, Zamanzadeh V, Fathiazar E (2008) Challenges of nursing student during their study a qualitative study. *Iranian Journal of Medical Education*, 7(2): 397-400.
11. Kermansaravi F, Navidian A, Yaghoubinia F (2015) Nursing Students' Views of Nursing Education Quality: A Qualitative Study. *Global Journal of Health Science*; Vol. 7, No. 2: 351-359.

AUTORES/AUTHORS:

Mojgan Baghaie Lakeh, Asgar Mobasheramini, Fariba Asgari, Ehsan Kazemnejadileili

TÍTULO/TITLE:

Relationship between nurses perception of work environment and patient safety outcomes in Guilan University

Objective: This study is conducted to determine the relationship between nurses perception of work environment and patient safety outcomes in Guilan University's` ICUs .

Method: This analytical cross-sectional study was conducted on 101 employed ICUs nurses in ICU,s of Guilan province with determined variables. Samples were chosen by census sampling. Data were gathered through self-reporting method by 3-part tool consisting of researcher made demographic questionnaire, an adverse events (ventilator-associated pneumonia, patient falls, pressure ulcer prevalence, medication errors) form for nurse`s reports in 3 months ago (with scores of 1-4) and 31 items Practice Environment Scale of the Nurses Work Index (PES-NWI) with 5 subscales (nurse participation in hospital affairs; nursing foundations for quality care; nurse manager ability in leadership, and support of nurses; staffing and resource adequacy; and collegial nurse-physician relations). PES-NWI and its subscales using 4-point likert scale from strongly disagree (1) to strongly agree (4) is classified by cut point 2.5 as undesirable (≤ 2.5) and desirable (>2.5). Data were analyzed by descriptive (mean and SD and frequency) and analytic (χ^2 , spearman, independent test, u man withney and regression) statistics methods.

Results. The findings showed that majority of samples were female (91.2%), bachelor nurse (96.1%), married (70.6%) and from general ICUs (70.6%) with mean age of 34.35 years. 72.5 percent of samples had desirable mean and SD of PES-NWI score in nurse-physician relationship subscale. The score of PES-NWI in about 50.5 percent of samples was desirable with significant relationship with ward type ($p<0.01$). VAP had the highest mean and SD (2.8 ± 2.92) in adverse events. The mean and SD of total safety outcome was 1.05 ± 0.88 with a significant relationship with ward type ($p<0.05$). Finally, regression test showed that nurse – physician relation could be as a powerful predictor for VAP. This test showed no significant relationship between nurse`s perception of practice work environment and patient safety outcomes.

Discussion: Undesirable work environment of ICUs nurses in this research is consistent with Mazieh et al result that showed that the nursing practice environment in university hospitals were unfavorable(1). This finding is very important. Because, Several studies have shown that patients in hospitals with better care environments as measured by the PES-NWI had significantly lower risks of death and failure to rescue (2,3). This finding could be related to high workload, improper of nurse-patient ratio, nonparticipation of nurses in policy-making.

VAP had the highest mean and SD in adverse events that is consisted with Mazieh study (1).

The mean and SD of total safety outcome was 1.05 ± 0.88 with a significant relationship with ward type ($p<0.05$). This is an acceptable findings because of these type of ICU wards hospitalize patients with multi-organ disorders that require special care(7) such as respiratory protection, mechanical ventilation and accessing to central vascular exposed to the high risk of VAP, catheter-related bloodstream infection and bed sores(8). Finally, regression test showed that nurse – physician relation could be as a powerful predictor for VAP. This test showed no significant relationship between nurse`s perception of practice work environment and patient safety outcomes. While Kirwan et al in their study showed that a positive practice environment enhances patient safety outcomes (6).

Significant relationship between ward type and some of patient safety outcomes and total outcomes indicates the need to special attention to work environment promotion in special ICUs.

Linear regression model revealed that the conditions of the work environment cannot predict unintended outcomes occurrence. Therefore, none of the four main research hypotheses cannot be confirmed. Instead, the subscale of the nurse manager ability in leadership, and support of nurses ($P<0.04$) and the subscale of the collegial nurses- physician relation ($p<0.03$) were as the

predictors of nurses' perception from safety outcomes in ICUs. So that the nurses with better perception about their relationship with physicians management ability have reported less safety outcomes in compare with other nurses. Therefore nurses' management skills and existence of bright and desirable communication with physicians are considered as key elements of the healthy work environment conditions.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

References:

- 1- Maziah AM, Wichaikhum O, Nantsupawat R. Nursing Practice Environment and Patient Outcomes in University Hospitals in Malaysia. *Health and the Environment Journal*. 2012; 3 (1): 16
- 2- Aiken LH, Sloane DM, Clarke S, Poghosyan L, Cho E, You L, et al. Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *International Journal for Quality in Health Care*. 2011;23(4):357-64
- 3- Friese CR, Lake ET, Aiken LH, Silber JH, Sochalski J. Hospital nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients. *Health services research*. 2008;43(4):1145-63
- 4- Commission J. Improving America's hospitals: the Joint Commission's annual report on quality and safety, 2007. Retrieved February. 2008;25:2009.
- 5- Medicine Io. Preventing medication errors: Quality chasm series 2007. Kirwan M, Matthews A, Scott PA. The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: A multi-level modelling approach. *International Journal of Nursing Studies*. 2013;50(2):253-63.
- 6- Kirwan M Matthews A, Scott PA. The impact of the work environment of nurses on patient 2013; 50: 2530263

AUTORES/AUTHORS:

MELTEM YILDIRIM, OZLEM BAYRAK, ECEM RESIDE GEZGIN, SUKRU AYKUT ARGUT, SEVCAN HICDURMAZ, ZEYNEP GENC

TÍTULO/TITLE:

THE FACTORS AFFECTING THE PAIN-RELATED CLINICAL DECISION MAKING SKILLS OF NURSES

Objective: Clinical decision making is applying theoretical knowledge into clinical experience. Making decisions in clinical area necessitates the steps of searching for knowledge, evaluating the obtained information, and according to this theoretical evidences, giving appropriate patient care [1]. The relation between clinical decision making and pain management start during observation and continues with the interventions. As nurses are one of the health professionals that spend more time with the patient; observations done by a nurse are essential for clinical decision making. Pain management is a process which nurses frequently have difficulties, and necessitates effective decision making in certain aspects of patient care. Besides; experiences, beliefs and individual features of nurses may affect the given clinical decision [2]. Therefore, the purpose of the present study was to investigate the factors affecting the pain related clinical decision making skills of nurses.

Methods: This descriptive study was conducted in a private foundation university hospital in Istanbul, Turkey between February 27th, 2015 and March 19th, 2015. Written permissions from the hospital management and ethical committee were obtained. The study sample included voluntary 101 nurses among 150 nurses who were working in the inpatient clinics of the hospital. The data collected by a questionnaire which is prepared by the researchers in accordance with the related literature; and "Clinical Decision Making Questionnaire in Pain" which is developed by McCaffery & Ferrell in 2003. The data were evaluated by descriptive statistics, independent sample t-test, one way ANOVA and Pearson's correlations analysis.

Results: Seventy-three point three percent of the sample were bachelor-degree nurses. More than half of the nurses (63.4%) were stated that they are considering pain behaviors when determining the patient's pain intensity. Fifty-five point four percent of the nurses stated that they are having some difficulties in relieving patient's pain; and the most common problems were found as lack of time (30.7%), and insufficient medication order by the physician (32.7%). The nurses were frequently having dilemmas about "respiratory depression" (83.2%), "fear of overdosing" (81.2%), and "feeling insufficient to relive patient's pain". The nurses who have clinical experience more than 10 years were having statistically less difficulties ($p < 0.01$). In parallel, there was a negative correlation between the age and level of having difficulties in pain-related clinical decision making ($p < 0.01$). It was found that; the level of believing a patient in pain ($p < 0.01$), and having difficulties in pain-related clinical decision making ($p < 0.05$) were found higher among the nurses who had higher education level such as master's.

Discussion: It was found that; besides the individual factors that can affect pain-related clinical decision making such as clinical experience and age; it can be seen that, nurses also have fears that can be eliminated by educational support. Therefore, it can be suggested that hospitals should organize frequent and up-to-date educational programs related to the care of a pain patient. Besides, according to the findings of this study, it can also be suggested that; newly employed unexperienced nurses should work with the guidance of an experienced nurse while taking care of a patient with pain.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Gundogan-Akdag R (2008) Hemsirelerin Agri Yonetimi Ile Ilgili Bilgi, Tutum ve Klinik Karar Verme Durumlarinin Degerlendirilmesi. Gaziantep Universitesi Saglik Bilimleri Enstitusu Hemsirelik Anabilim Dali, Ic Hastaliklari Yuksek Lisans Programi, Master's Thesis in Turkish. Gaziantep, s. 1-27.
2. Düzel V (2008) Hemsire ve Hastalarin Postoperatif Agri Degerlendirmelerinin Karsilastirilmesi. Cukurova Universitesi Saglik Bilimleri Enstitusu Hemsirelik Anabilim Dali, Master's Thesis in Turkish, Adana, s. 1-29.

Mesa de Comunicaciones 18: Salud mental

Concurrent Session 18: Mental Health

AUTORES/AUTHORS:

María José Simón Saiz, Rosa María Fuentes Chacón, María José Díaz Valentín, María Dolores Serrano Parra, Margarita Garrido Abejar

TÍTULO/TITLE:

RELACIÓN ENTRE RESILIENCIA Y PROBLEMAS PSICOSOMÁTICOS EN UNA POBLACIÓN ADOLESCENTE

Introducción

La adolescencia es una etapa vital en la que se dan cambios fisiológicos y psicosociales que suponen retos importantes para el individuo. Es una fase que se caracteriza por una búsqueda de independencia familiar y al mismo tiempo por una acentuada pertenencia al grupo de iguales(1).

Esta etapa de transición a la vida adulta requiere una gran capacidad para el afrontamiento en el que la persona debe adaptarse de forma efectiva(1).

Al ser una etapa de cambios intensos, en ocasiones, la adolescencia es un periodo complicado y difícil en el que algunos acontecimientos provocan un estrés añadido que dificulta el ajuste tanto interno como externo pudiendo aparecer problemas emocionales y disminución de la satisfacción personal(2).

Existen estudios que analizan los factores de riesgo en la adolescencia, y en menor medida los factores de protección, pero son escasos los análisis de ambos tipos de factores y su posible relación (3). Este estudio pretende identificar si existe alguna asociación entre un factor de protección como es la resiliencia y un factor de riesgo, la aparición de problemas psicosomáticos. Estos problemas son frecuentes en la adolescencia y se pueden definir como síntomas o molestias físicas de origen psicológico, no fisiológico, y que por tanto no pueden ser explicados por la existencia de una enfermedad orgánica (4). Este tipo de trastornos suele aparecer en periodos de estrés.

Recientemente se está concediendo un papel importante a la resiliencia como un factor de protección para el desarrollo personal y de salud.

La resiliencia es un constructo que puede definirse como la capacidad de responder y desarrollarse ante la experiencia de eventos vitales estresantes (1), o de forma más general, capacidad para presentar respuesta adaptativas ante condiciones adversas(5). También puede considerarse como un proceso de superación de efectos negativos de la exposición a riesgo, afrontamiento exitoso de las experiencias traumáticas y evitación de las trayectorias negativas asociadas con el riesgo (6).

Con independencia de la definición empleada, la resiliencia requiere el cumplimiento de ciertas características, la existencia de una amenaza al desarrollo, la tendencia a la superación y posterior adaptación a la adversidad y la demostración de competencia en una tarea del desarrollo propia de esa edad y cultura (5).

Objetivo

Analizar la relación entre resiliencia y problemas psicosomáticos en adolescentes matriculados en Institutos de Educación Secundaria (IES) de Cuenca.

Método

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, multicéntrico en cinco IES de Cuenca. Del total de alumnos de entre 14

y 18 años matriculados en el curso académico 2014-2015, se seleccionaron aleatoriamente los grupos a los que se les administró el cuestionario. Los padres firmaron la autorización de participación de sus hijos y los alumnos de 18 años firmaron voluntariamente el consentimiento informado.

Los participantes contestaron un cuestionario autoadministrado que incluía datos sociodemográficos y las escalas CD-RISC 10 (7)(validada al castellano (8)) y PSP(9) para determinar resiliencia y problemas psicosomáticos respectivamente.

Para el tratamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico IBM (SPSS) versión 20. El análisis estadístico de los datos incluyó el cálculo de las medias y desviaciones estándar de las escalas y de cada uno de los ítems que las componen y el estudio de correlaciones entre las escalas empleadas. Se consideraron significativos valores de $p < 0.05$ IC95%.

Resultados

De los 381 adolescentes participantes el 45,2% eran varones, la media de edad fue de 16,4. Los valores medios de resiliencia en chicos fueron superiores a los encontrados en chicas ($38,69 \pm 6,60$ frente a $37,61 \pm 6,75$) pero sin existir diferencias significativas entre ambos. Solo se encontraron valores significativamente superiores ($p < 0.05$ IC=95%) en chicos en dos de los ítems ("El fracaso no me desanima fácilmente" y "Soy capaz de manejar sentimientos desagradables y dolorosos como tristeza, temor y enfado"). La puntuación media en problemas psicosomáticos fue de $8,08 \pm 4,25$ en chicos frente a un $11,37 \pm 4,87$ en chicas, existiendo diferencias significativas por sexo. En los análisis bivariados, ambos ítems presentaron una correlación negativa más alta con los ítems de la dimensión psicológica de la escala de problemas psicosomáticos ("Me siento tenso" y "Me siento triste"). El ítem de la escala de resiliencia que hace mención a las enfermedades ("Tengo tendencia a recuperarme pronto tras enfermedades, heridas u otras privaciones") se relaciona negativamente con todos los ítems de la escala PSP.

Ambas escalas mostraron una correlación inversa significativa, conforme aumentan los valores de resiliencia las puntuaciones en la escala de problemas psicosomáticos disminuyen.

Discusión

La relevancia de este estudio estriba en ser uno de los primeros en abordar la relación entre resiliencia y problemas psicosomáticos en adolescentes. Las investigaciones relacionadas con estos temas son escasas y se han realizado en adultos evidenciando que las personas más resilientes tienen menores problemas psicosomáticos, hecho que también se constata en nuestra población de estudio (10). Otro de los aspectos que cabría destacar de nuestro trabajo son las diferencias por sexo en ambos constructos con peores datos en resiliencia y más problemas psicosomáticos en las chicas.

Nuestros resultados sobre resiliencia coinciden con los encontrados en otras publicaciones que concluyen que los valores de resiliencia en los chicos son superiores a los que presentan las chicas, aunque en ocasiones estas diferencias no son estadísticamente significativas (11). Sin embargo, cuando se realiza un análisis más pormenorizado para intentar estudiar con más detalle donde están las diferencias, encontramos que los ítems vinculados con el ámbito emocional ("El fracaso no me desanima fácilmente" y "Soy capaz de manejar sentimientos desagradables y dolorosos como tristeza, temor y enfado"), son los que presentan las mayores diferencias, lo que induce a pensar que las chicas tienen un manejo peor de las emociones, más inseguridad y un menor control emocional y son más proclives a presentar tristeza, temor o enojo.

El resto de ítems están más asociados con la capacidad de adaptación o afrontamiento y la percepción de superación de problemas físicos y en ellos las diferencias por sexo son menores.

Los valores de resiliencia bajos están relacionados con la etapa de desarrollo que atraviesan los adolescentes, caracterizada por vínculos sociales inestables que provoca insatisfacción. Los adolescentes resilientes son capaces de generar respuestas alternativas frente a los problemas percibidos, aprenden de las experiencias vividas (12), suelen tener menos conductas de riesgo (consumo de tóxicos como el tabaco y alcohol), y en general, ven reducidos los efectos negativos de los factores de riesgo(6).

Con respecto a los problemas psicosomáticos los valores observados son superiores en chicas, lo que coincide con algunos estudios previos (13). Las explicaciones a este fenómeno no están claras, se tiende a pensar que las chicas adolescentes perciben peor salud y calidad de vida (14), tienen menor capacidad de adaptación y resistencia al estrés y, además, está más aceptado y tienen más facilidad para verbalizar molestias físicas.

La relación entre resiliencia y problemas psicosomáticos ha sido estudiada previamente en la población adulta comparando un grupo de pacientes con enfermedad mental con individuos sanos. Los niveles de resiliencia encontrados en este último grupo fueron superiores y los valores medios de problemas psicosomáticos eran más elevados en el grupo de paciente con enfermedades mentales (10). Estos resultados observados sugieren la existencia de una relación negativa entre los valores de resiliencia y problemas psicosomáticos. A mayor resiliencia menos problemas psicosomáticos presentan los adolescentes. Estas conclusiones coinciden con los hallazgos encontrados en nuestro estudio.

A pesar de estos resultados los datos deben ser interpretados con prudencia porque las poblaciones de estudio fueron diferentes en cuanto a edad y estado de salud.

Implicaciones para la práctica

La adolescencia es una etapa de crisis en la que son frecuentes los problemas psicosomáticos, como muestra el estudio la resiliencia es un constructo que valora la capacidad de afrontamiento o recuperación con éxito ante situaciones adversas, se comporta como es un factor protector de especial interés en una etapa de transición como es la adolescencia. Tener más competencia en resiliencia supone tener mejor manejo emocional, disminuye el riesgo de presentar problemas psicosomáticos a la vez que protege frente a l estrés cotidiano y disminuye la frecuencia de conducta de riesgo como el consumo de alcohol y tabaco.

Sería deseable en esta etapa de la vida fomentar un entorno social positivo, tanto en los centros escolares como en el entorno familiar. Promover la resiliencia en adolescentes podría aumentar sus capacidades y recursos para afrontar las situaciones difíciles y desarrollar respuestas alternativas frente a los problemas.

Mejorar las capacidades de inteligencia emocional y resiliencia supone aumentar los recursos personales de los adolescentes, esto les ayudaría a afrontar las dificultades inherentes a esta etapa vital en la que es frecuente el malestar emocional.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Vinaccia S, Quiceno JM, Moreno E. Resiliencia en adolescentes. Revista colombiana de Psicología 2007;16:139-146.
- (2) Oliva A, Jiménez JM, Parra A, Sánchez-Queija I. Revista de psicopatología y psicología clínica 2008;13(1):53-62.

- (3) Páramo MA. Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia Psicológica* 2011;29(1): 85-95.
- (4) Pedreira JL, Palanca I, Sardinero E, Martín L. Los trastornos psicósomáticos en la infancia y la adolescencia. *Psiquiatría.com* 2002;6(1).
- (5) Gaxiola JC, González S, Contreras Z, Gaxiola E. Predictores del rendimiento académico en adolescentes con disposiciones resilientes y no resilientes. *Revista de Psicología* 2012;30(1):47-74.
- (6) Sánchez M, Mendoza MA, Hernández MA, Bañuelos Y, Rocha MR. Resiliencia y consumo de drogas lícitas en adolescentes estudiantes de la ciudad de Morelia. *Ciencia@uaq*. 2013;6(2).
- (7) Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003; 18:76-82.
- (8) Serrano MD, Garrido M, Notario B, Bartolomé R, Solera M, Martínez V. Validez de la escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) en una población de mayores entre 60 y 75 años. *International Journal of Psychological Research* 2012;5(2):49-57.
- (9) Hagquist C. Psychometric Properties of the PsychoSomatic Problems Scale: A Rasch Analysis on Adolescent Data. *Soc Indic Res*. 2008; 86:511-523.
- (10) Hernández MA, Vega A, Sanvicente MC. Estudio de la relación existente entre resiliencia y síntomas psicósomáticos en la población diagnosticada con enfermedad mental versus individuos mentalmente sanos. *Revista enfermería C y L* 2013;5(2):12-16.
- (11) González NI, Valdez JL. Resiliencia: Diferencias por edad en hombres y mujeres mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica* 2013;3(1):941-955.
- (12) Villalta MA, Saavedra E. Cultura escolar, prácticas de enseñanza y resiliencia en alumnos y profesores de contextos sociales vulnerables. *Universitas Psychologica* 2012;11(1):67-78.
- (13) Carlerby H, Viitasara E, Knutsson A, Gillander K. How discrimination and participation are associated with psychosomatic problems among boys and girls in northern Sweden. *Health* 2012;4(10):866-872.
- (14) Vélez R, López S, Rajmil L. Género y salud percibido y la adolescencia en España. *Gaceta Sanitaria* 2009;23(5):433-439.

AUTORES/AUTHORS:

Sylvia Díaz Fernández, Juan José Ferández Miranda, Liliana Alonso Liaño, María del Rosario Valdés González, Ana Clara Gamón Cantero, María Elena Clavijo Pérez

TÍTULO/TITLE:

¿FAVORECE LA VISITA DOMICILIARIA LA ADHERENCIA Y REDUCE LOS INGRESOS EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE?

Objetivos

La visita domiciliaria ha demostrado la importancia no solo de la participación de la enfermera especialista sino también de la participación del sujeto en su proceso continuo de cuidado y rehabilitación psicosocial. Uno de los objetivos de la visita domiciliaria es motivar al paciente para que se implique en el tratamiento y también favorecer su autonomía, desarrollando habilidades para responder a las demandas de la vida, así como evaluar sus necesidades. Todo ello gracias al establecimiento de una relación terapéutica en su medio habitual.

El objetivo principal de este estudio es evaluar si la intervención domiciliaria realizada por personal de enfermería favorece la adherencia al tratamiento y disminuye el número de ingresos en la Unidad de hospitalización de agudos (UHP) de personas con trastorno mental grave (TMG) adscritas a un programa específico para ellas que sigue la metodología de "manejo de casos".

Método

Estudio prospectivo, abierto, no aleatorizado, de dos años de seguimiento. Se realizó durante dos años una visita domiciliaria programada semanal, quincenal o mensual, en función de la evolución del paciente. Se registraron las altas en el programa y sus motivos, y los ingresos en la UHP antes y después (estudio en espejo) de comenzar la atención domiciliaria dentro de un programa de Trastornos Mentales Graves a 70 pacientes. También se registraron las variables sociodemográficas (sexo, edad), las medicaciones utilizadas y los diagnósticos CIE-10. El grupo estudiado estaba compuesto por un 46% de hombres (media de edad = 44,6 (10,1) años) y 54% de mujeres (media de edad = 49,05 (11,6) años). El 80% tenían diagnóstico de esquizofrenia, el 10% de trastornos bipolar y otro 10% trastorno de la personalidad.

Resultados

Salvo dos pacientes (uno por trasladado a otro área sanitaria y otro fallecido) el resto continuó en el programa (retención del 97%). El número de ingresos los dos años previos al inicio de las visitas domiciliarias fue de 1,1 (0,4), y durante los dos años de intervención de 0,3 (0,2), siendo la disminución estadísticamente significativa ($p < 0,01$). Respecto a la medicación el porcentaje de quienes estaban tratados con antipsicóticos de segunda generación inyectables de larga duración pasó del 30 al 80%.

Discusión y conclusiones

La visita domiciliaria favoreció una elevada adherencia al tratamiento y una disminución drástica de los ingresos en la unidad hospitalaria de psiquiatría (agudos) de pacientes con trastornos mental grave adscritos a un programa específico con metodología de manejos de casos. Por tanto es un elemento fundamental en la consecución de los objetivos clínicos y rehabilitadores de los programas para las personas con trastorno mental grave en su medio habitual estableciéndose un especial vínculo terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bleda García F, Arias Núñez E, Balaguer Solé Yolanda, Granero Lázaro
A. Intervención de Enfermería en la rehabilitación psicosocial del

paciente esquizofrénico. *Metas de Enfermería*. 2005. 8(3): 28-32.

Malone D, Newron-Howes G, Simmonds S, Marriot S, Tyrer P. Equipos comunitarios de salud mental (ECSM) para personas con enfermedades mentales graves y trastornos de la personalidad (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4.

Minardi Mitre R . La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Rev. Panam. De Salud Pública. Public Health* 10 , 2001.

AUTORES/AUTHORS:

RAQUEL JUNQUERA FERNÁNDEZ, MARIA ALMUDENA POUSADA GONZÁLEZ, IRENE MERA PRIETO, ANA GARCÍA FERNÁNDEZ, PAULA ZURRÓN MADERA

TÍTULO/TITLE:

Descripción de los principales criterios de riesgo cardiovascular en personas con diagnóstico de trastorno bipolar.

Introducción

La bibliografía revisada señala una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en personas con diagnóstico de trastorno bipolar que ayudan a la aparición temprana de múltiples enfermedades cardiovasculares causando una pérdida importante de esperanza de vida.

Objetivo

Describir la prevalencia de los principales criterios de riesgo cardiovascular en personas con diagnóstico de trastorno bipolar.

Método

Diseño: estudio observacional transversal.

Ámbito: Centro de Salud Mental II de Oviedo.

Criterios de inclusión: Edad 18-65 años ambos inclusive; a seguimiento en régimen ambulatorio por CSM II; Tener Consentimiento Informado (CI) firmado; diagnóstico según criterios CIE-10 de trastorno bipolar (F31).

Criterios de exclusión: Dependencia de sustancias tóxicas (F10 a F19), excepto: alcohol (F10); cannabis (F12); sedantes-hipnóticos (F13); y tabaco (F17); Presencia de trastornos mentales orgánicos (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 psiquiatra no se mantuvieron estable durante los 6 meses previos.

Variables principales: variables sociodemográficas y clínicas, IMC, perímetro de la cintura, perfil lipídico y glucemia, tensión arterial, consumo de tabaco y alcohol, consumo de grasas saturadas y de frutas y verduras; y práctica de ejercicio físico.

Recogida de datos: para la medición de la gravedad clínica se usó la escala de impresión clínica global para el trastorno bipolar modificada (CGI-BP-M). Se utilizó un cuestionario had doc para el registro de variables sociodemográficas y hábitos tóxicos. Un cuestionario de alimentos basado en la Pirámide de Alimentación Saludable y otro en función de los criterios de la OMS para la evaluación de la actividad física. Se registraron las medidas antropométricas y se realizó una extractación de sandre en ayunas.

Consideraciones éticas: El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias y la Comisión de Investigación del Hospital Central de Asturias. Las personas involucradas en este estudio, se comprometieron a respetar todos los aspectos establecidos en la legislación vigente sobre investigación clínica: Declaración de Helsinki de 2013 para la Investigación Médica con Sujetos Humanos WMA, Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente.

Análisis de datos: Se realizó un análisis descriptivo de cada variable recogida, proporcionando la media, mediana y desviación típica en el caso de variables numéricas y la distribución de frecuencias y porcentual para las variables cualitativas. El análisis estadístico se efectuó mediante el programa R (R Development Core Team, 2012), versión 2.15.

Resultados

A través de un muestreo aleatorio simple se obtuvo una muestra total de 53 personas, con diagnóstico de trastorno bipolar, con una media de 49,16 años de edad, en donde el 58,49% eran mujeres. La media de años de evolución de la enfermedad mental se cifró en 14,4; con una puntuación de 4 "moderadamente enfermo" en la escala de impresión clínica global el 43.4%.

En relación a los diferentes criterios de riesgo cardiovascular:

El 86.54 % consumía menos de tres piezas al día de fruta. El 77,36 presentaba un IMC superior a 25.

El 71,7% presentaba cifras alteradas de perímetro de la cintura. El 56,67% consumía menos de 2 raciones al día de verduras. El 52,83% fumaba en el momento del estudio. El 56,6% consumía en exceso carnes grasas, el 46,15% dulces y el 44,23% refrescos. El 43,4% no cumplía con las recomendaciones de la OMS de práctica de Actividad Física. Cifras de colesterol total superiores a 200mg/dl se encontraron en el 37,7% de la muestra. Los triglicéridos superiores a 150mg/dl estaban presentes en el 34% El 30,19 % afirmaba tener un consumo de alcohol semanal. El 28,3% presentaba cifras superiores de colesterol LDL a 130mg/dl. La media de horas que permanecían sentados a lo largo del día fue de 12.53.

Discusión

Como se muestra en los resultados, existe una alta prevalencia del no cumplimiento de las recomendaciones de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria en lo relacionado al consumo de frutas y verduras y grasas saturadas. Pudiendo ser este echo, consecuencia de las cifras elevadas de IMC y perímetro de la cintura que se presenta en este trabajo. Para ello se debería realizar un análisis de datos más exhaustivo en donde entren en juego más variables para poder establecer relaciones entre las mismas.

No obstante, queda de manifiesto la necesidad de una identificación temprana de aspectos específicos de la mala salud física, y posterior modificación del estilo de vida, a través de programas de educación para la salud por parte de las enfermeras especialista en salud mental en los diferentes dispositivos de atención.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanus F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 11 de septiembre de 2004;364(9438):937-52. Megna JL, Schwartz TL, Siddiqui UA, Herrera Rojas M.

Obesity in adults with serious and persistent mental illness: a review of postulated mechanisms and current interventions. *Ann Clin Psychiatry Off J Am Acad Clin Psychiatr*. mayo de 2011;23(2):131-40.

Guía de la alimentación saludable editada por la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (2004). Disponible:
http://www.nutricioncomunitaria.org/BDProtegidos/guia_alimentacion%20SENC_I_1155197988036.pdf

Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Organización Mundial de la Salud (2010). Disponible en:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf

Garcia-Portilla MP, Saiz PA, Bascaran MT, Martinez AS, Benabarre A, Sierra P, et al. Cardiovascular risk in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2009 Jun;115(3):302-308.

Garcia-Portilla MP, Saiz PA, Benabarre A, Florez G, Bascaran MT, Diaz EM, et al. Impact of substance use on the physical health of patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2010 Jun;121(6):437-445.

WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. 2013 Oct 19 [cited 2014 Apr 1]; Available from: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>

Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (Boletín Oficial del Estado, número 298, de 14-12-99).

Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, de Autonomía del Paciente. (Boletín Oficial del Estado, número 274, de 15-11-02).

Gillhoff K, Gaab J, Emini L, Maroni C, Tholuck J, Greil W. Effects of a multimodal lifestyle intervention on body mass index in patients with bipolar disorder: a randomized controlled trial. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2010;12(5).

AUTORES/AUTHORS:

EVA GONZÁLEZ HAMDANE, PAULA ZURRON MADERA, ANA GARCÍA FERNÁNDEZ, IRENE MERA PRIETO, MARÍA ALMUDENA POUSADA GONZÁLEZ, RAQUEL JUNQUERA FERNÁNDEZ

TÍTULO/TITLE:

El tabaquismo y su influencia en la salud física en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

OBJETIVOS

1. Describir el perfil sociodemográfico y clínico de una muestra de pacientes con esquizofrenia.
2. Describir la prevalencia de la patología física en los pacientes fumadores de la muestra.

MÉTODOS

- Diseño: Estudio observacional de corte transversal.
- Ámbito: Centro de Salud Mental (CSM) II de Oviedo.
- Población y muestra: 65 pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia. Criterios inclusión: diagnóstico de esquizofrenia según CIE-10, edad 18-65 años, seguimiento ambulatorio por parte del CSM, consentimiento informado firmado. Criterios exclusión: no aceptar participar.
- Evaluación: Cuestionario ad hoc de datos sociodemográficos, clínicos y físicos, escala de Impresión Clínica Global de Gravedad de Esquizofrenia (ICG-GE).
- Análisis de datos: programa estadístico SPSS v. 19.0 para Windows.

RESULTADOS

Edad media de 41,63(10,1) años, representando hombres 64,6%. El 93,8% son inactivos laboralmente y conviven con la familia propia, 58,5%. El 55,3% reciben pensiones estatales y un 6,2% refiere no recibir ningún ingreso económico. La muestra total estaba moderadamente enferma con una media de 4,09(1,0) puntos en la escala ICG-GE y una media de 14,83(10,0) años de evolución de esquizofrenia. El grado de minusvalía medio de la muestra en conjunto es de 41,82%. En los fumadores con esquizofrenia, la comorbilidad física más prevalente es la hipertensión arterial (HTA), 48,1%, seguida de hipercolesterolemia, 40,7% y de obesidad, 37,0%. La neoplasia más prevalente en los fumadores es el cáncer de pulmón, 3,7%, ningún fumador presenta cáncer de colon. La comorbilidad respiratoria más prevalente es el asma, 22,2% y ningún fumador presenta apnea del sueño.

DISCUSIÓN

El perfil sociodemográfico coincide con los descritos por Baker et al. (1), y el estudio europeo Star (2), el cual evalúa las características sociodemográficas de los pacientes con esquizofrenia de Europa. El estudio nacional y multicéntrico CLAMORS (3), describe una edad de evolución de la esquizofrenia de aproximadamente 15 años, información que concuerda con la hallada en este trabajo, 14,83 años. En los fumadores con esquizofrenia, la comorbilidad física más prevalente es la HTA, información que concuerda con la bibliografía consultada (4,5,6). Dicha prevalencia de HTA dobla la de la población general (7) (48,1% vs. 18,5%). Algunos estudios apuntan que la nicotina aumenta la tensión arterial y la vasoconstricción periférica (8,9). Según el CLAMORS (3), dejar de fumar en estos pacientes reduciría la probabilidad de alto/muy alto riesgo de evento cardiovascular a 10 años en un 90%. El consumo de tabaco se asocia también con elevación del colesterol total, LDL-colesterol y disminución de HDL-colesterol (8,9) lo que podría explicar la elevada prevalencia de hipercolesterolemia en fumadores frente a no fumadores de la muestra. Dicha

prevalencia es similar a la hallada en la bibliografía consultada (10,11). La prevalencia de hipercolesterolemia en los pacientes fumadores con esquizofrenia es muy superior a la hallada en la población general (7) (40,7% vs. 16,4%). Por otra parte, según la bibliografía consultada, el consumo de tabaco podría actuar como factor de protección en el cáncer de colon debido a que aumenta el peristaltismo intestinal (8,9) lo que podría explicar que los pacientes fumadores de la muestra presentan una menor prevalencia de cáncer de colon frente a los no fumadores. Investigaciones recientes apuntan que la población con esquizofrenia presenta una baja incidencia de cáncer comparado con la población general. Es importante señalar que las cohortes utilizadas en las investigaciones que estudian la incidencia de cáncer son jóvenes para la incidencia de cáncer esperada, además de que son menos propensos que otros grupos a ser captados para el cribado de cáncer, pudiendo originar una baja incidencia de cáncer.

Los fumadores con esquizofrenia presentan peor estado de salud física que la población general, ya que doblan o triplican las prevalencias de la población general, siendo la colaboración entre Atención Primaria y Salud Mental estratégica y necesaria (10). Únicamente en relación a las neoplasias, las prevalencias de la población general son muy superiores a las de los fumadores con esquizofrenia de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Baker A, Richmond R, Haile M, Lewin TJ, Carr VJ, Taylor RL et al. Characteristics of smokers with a psychotic disorder and implications for smoking interventions. *Psychiatry Res.* 2007 Mar 30;150(2):141-52.
2. Hanssens L, L'Italian G, Pugner K. Assesment of sociodemographic characteristics including employment, income and usual residence of European patients with schizophrenia. Abstract for poster sessions. *Eur Psychiat*; 2007. 22: S101-S220.
3. Bobes J, Arango C, Garcia-Garcia M, Rejas J. Healthy lifestyle habits and 10-year cardiovascular risk in schizophrenia spectrum disorders: an analysis of the impact of smoking tobacco in the CLAMORS schizophrenia cohort. *Schizophr Res.* 2010 Jun;119(1-3):101-9.
4. Beca Baldomero E, Leal Cercós C, Varela C, Riesgo Y, Roca M. Diagnóstico y manejo de la esquizofrenia en España: el proyecto ACEE. *Actas Esp Psiquiatr* 2006; 34(4):224-230.
5. Crump C, Winkleby MA, Sundquist K, Sundquist J. Comorbidities and Mortality in Persons With Schizophrenia: A Swedish National Cohort Study. *Am J Psychiatry* 2013; 170:324–333.
6. Carney PC, Jones L, Woolson RF. Medical Comorbidity in Women and Men with Schizophrenia. A Population-Based Controlled Study. *J Gen Intern Med* 2006; 21:1133–1137.
7. Encuesta Nacional de Salud Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [sitio web]. Madrid: Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. [Consulta el 15 diciembre 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>
8. Álvarez Alonso S, Benito Fernández BM, Del Castillo Sedano E, López Delgado ME, Viadero Cervera L. Formación en tabaquismo para personal educativo. Santander: Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública; 2007.
9. OMS. MPOWER: un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
10. Viñas Cabrera L, Fernández San-Martín MI, Martín López LM. Efectividad de un proyecto de colaboración entre atención primaria y salud mental para mejorar el registro de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con psicosis. *Aten Primaria.* 2013;45(6):307-314.
11. Do Couto FS, Queiroz C, Barbosa T, Ferreira L, Firmino H, Viseu M, Ramos L, Romero J, Figueira LM (grupo de estudio ACORDARE). Caracterización clínica y terapéutica de un muestreo portugués de pacientes con esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr* 2011;39(3):147-54.

AUTORES/AUTHORS:

Irene Mera Prieto, Raquel Junquera Fernández, Ana García Fernández, M^ªAlmudena Pousada González, Paula Zurrón Madera

TÍTULO/TITLE:

HÁBITO TABÁQUICO EN PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES

OBJETIVO: Determinar la frecuencia del hábito tabáquico de las personas que tienen trastornos mentales graves en los CSM II (centros de salud mental) del área IV de Oviedo.

METODOLOGÍA: Estudio observacional transversal, en pacientes con trastorno mental grave, de los centros de salud ambulatoria del área IV de Oviedo, con seguimiento de régimen ambulatorio.

Población y muestra: La población diana serán los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno bipolar adscritos a los centros de salud ambulatoria (CSM II) del área IV de Oviedo, con seguimiento de régimen ambulatorio, en un momento determinado y que cumplieron los siguientes 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, para ello se utilizarán varias escalas:

i)En pacientes con esquizofrenia: escala para el síndrome positivo y negativo (Panns) y escala de impresión clínica global-esquizofrenia (Icg-SCH)).

ii)En pacientes con trastorno bipolar: escala de depresión de Hamilton (HDRS), escala de manía de Young (YMRS) y escala de impresión clínica global-para el trastorno bipolar modificada(CGI-BP-M).

iii)Escala Columbia para evaluar el riesgo de suicidio(c-ssrs).

- 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.

Se realizó un muestreo estratificado, usuarios con esquizofrenia y trastorno bipolar, para determinar la muestra n de cada paciente, la población diana fue 233, después se hizo un muestro aleatorio simple de cada uno de los estratos.

Las variables principales: consumo de tabaco, escalas Fagerstrom y Glover-Nilsson, hábito tabáquico, intentos previos de abandono e intencionalidad y socio demográficas.

Las consideraciones éticas: El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias y la Comisión de Investigación del Hospital Central de Asturias y la persona fue informada de manera verbal y escrita a través del consentimiento informado. La fuente principal de información serian los pacientes junto con la revisión de historias clínicas.

RESULTADOS: El total de la muestra fueron 126 pacientes (que cumplieron criterios de selección), de ellos un 55,6% de hombres y el resto mujeres.

La edad media fue de 43,49 años, oscilando entre 18 y 65 años.

El 42,1% (n=126) de los pacientes considerados sufre de trastorno bipolar y el resto son pacientes con esquizofrenia.

La gran mayoría de los pacientes entrevistados son solteros o viudos (59,2%), seguido de (28%) de casados o pareja de hecho, solamente un (12,8%) son divorciados o separados.

Aproximadamente la mitad de los encuestados viven en la propia familia, un (31,2%) viven en la familia de origen y un (19,2%) viven en otras situaciones.

La distribución de los pacientes en los distintos niveles educativos está muy igualada, siendo la mayoría de primaria (27%).

La situación laboral con más frecuencia fue la de incapacidad permanente (36,8%).

Un (47,6%) de la muestra (n=126) son fumadores y (26,2%) no son fumadores y el otro (26,2%) son ex fumadores.

En cuanto al nivel de dependencia física a la nicotina medido a través de la escala Fagerström, un (54,4%) de los participantes presentan una dependencia moderada.

En cuanto al nivel de dependencia psicológica a la nicotina medido por la escala Glover-Nilsson, el (56,9%) presentan una dependencia moderada.

El consumo de cigarrillos diario de los pacientes fumadores oscila entre 3 y 60.

La edad de inicio de los fumadores está entre 7 y 57 años, siendo tanto la media, como la mediana como la moda de 16 años.

La mayoría de los pacientes tienen un consumo medio de nicotina 85%.

La media de los intentos previos de abandono es de 2,19. Esta pregunta no ha sido contestada por un (43,3%) de los pacientes (n=126). Del resto un 38,9% lo ha intentado una vez y un 27,8% dos veces. El resto de opciones han sido elegidas por muy pocos de ellos.

El (58,3%) de los fumadores de la muestra, indica no tener intención de abandonar el hábito.

DISCUSIÓN: La relación entre los trastornos mentales graves y el tabaco es indiscutible en la literatura científica, varios estudios aluden a una alta prevalencia del tabaco en la población con trastorno mental grave, el doble que la población general. (Molina-Linde JM, 2011; López-Ortiz C, 2011).

Diferentes estudios recientes, (Callaghan RC, 2014; Dickerson F, 1999-2011) hacen referencia a un porcentaje de prevalencia más alto en los pacientes con esquizofrenia, coincidiendo con mi estudio y mayor grado de dependencia a la nicotina.

Varias publicaciones refieren un aumento de recaídas, afirman que para un cese del hábito tabáquico es necesario medicación y terapia cognitiva. (Sendra-Gutiérrez JM, 2012).

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA: La prevalencia del consumo del tabaco en estos pacientes es muy alta, siendo mayor en los pacientes con esquizofrenia, necesitamos más intervenciones de deshabituación tabáquica y más preparación del personal de enfermería, es importante para prevenir problemas graves de salud física y mejorar así su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Molina-Linde JM. Effectiveness of smoking cessation programs for seriously mentally ill. Actas Esp Psiquiatr. Abril de 2011;

39(2):106-14.

2. Marques de Oliveira R, Ferreira Furegato AR. Esquizofrenia y dependencia del tabaco: una revisión integradora. *Enfermería Global*. 2012; 11(25):381-402
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. Mitchell AJ, Vancampfort D, De Hert M, Stubbs B. Do people with mental illness receive adequate smoking cessation advice? A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2015 Jan-Feb; 37(1):14-23. doi:10.1016/j.genhosppsy.2014.11.006.
5. Hartz SM, Pato CN, Medeiros H, et al. Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. *JAMA Psychiatry*. 1 de marzo de 2014;71(3):248-54.
6. Gurrea A, Pinet MC. Tabaco y patología afectiva. *Adicciones* 2004; 16 Supl 2: 155-76.
7. Dickerson F, Stallings CR, Origoni AE, Vaughan C, Khushalani S, Schroeder J, Yolken RH. Cigarette smoking among persons with schizophrenia or bipolar disorder in routine clinical settings, 1999-2011. *Psychiatr Serv*. 2013 Jan;64(1):44-50. doi: 10.1176/appi.ps.201200143
8. De Oliveira RM, Carlos Siqueira A, Santos JLF, Furegato ARF. Nicotine dependence in the mental disorders, relationship with clinical indicators, and the meaning for the user. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014; 22(4):685-92.
9. 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.
10. Ringen PA, Engh JA, Birkenaes AB, Dieset I, Andreassen OA. Increased Mortality in Schizophrenia Due to Cardiovascular Disease – A Non-Systematic Review of Epidemiology, Possible Causes, and Interventions. *Front Psychiatry*
11. Bello S. Tratamiento del Tabaquismo. *Revista chilena de cardiología*. diciembre de 2011;30(3):230-9.
12. Impacto del tabaquismo en el trastorno bipolar. *Rev Latinoam Psiquiatría*
13. Ma X, Li C, Meng H, et al. Premorbid tobacco smoking is associated with later age at onset in schizophrenia. *Psychiatry Research*. 2010;178:461-6.

Mesa de Comunicaciones 19: Maternoinfantil / Adolescentes**Concurrent Session 19: Mother and Children / Adolescent****AUTORES/AUTHORS:**

M^a Cristina Martín-Crespo Blanco, Juana Robledo Martín, Alfredo Segond Becerra, Vicente Francisco Gil Guillén, Rosario Pascual Ortega, Manuel Crespo Alvarez

TÍTULO/TITLE:

Grado de adhesión a la dieta mediterránea en población preescolar del municipio de Móstoles.

Grado de adhesión a la dieta mediterránea en población preescolar del municipio de Móstoles.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1). Aranceta J, Moreno B, Moya M, Anadón A. Prevention of overweight and obesity from a public health perspective. *N Reviews* 67(Suppl.1):83-8.
- (2). Pérez Farinós N, López Sobler AM, Dal Re MA, Villar C, Labrado E, Robledo T, et al. The ALADINO study: a National study of prevalence of overweight and obesity in Spanish children in 2011. *BioMed Research International* vol. 2013, Article ID 163687, 7 pages, 2013. doi:10.1155/2013/163687
- (3). Aranceta J, Pérez-Rodrigo C, Serra-Majem L, Bellido D, López de la Torre M, Hormiguera X, et al. Prevention of overweight and obesity: a Spanish approach. *Public Health Nutrition* 2007; 10(10A):1187-93.
- (4). Posso M, Brugulat-Guiteras P, Puig T, Mompert-Penina A, Medina-Bustos A, Alcañiz M, Guillén M, Tresserras-Gaju R. Prevalence and determinants of obesity in children and young people in Catalonia, Spain, 2006-2012. *Med Clin* 9;143(11):475-83.
- (5). Santomauro F, Lorini C, Tanini T, Indiani L, Vieri Lastrucci, Comodo N, Bonaccors G. Adherence to Mediterranean diet in a sample of Tuscan adolescents. *Nutrition* 30(11-12):1379-83.
- (6). Noale M, Nardi M, Limongi F, Siviero P, Caregaro L, Crepadi G, Maggi S. Adolescents in southern regions of Italy adhere to the Mediterranean diet more than those in the northern regions. *Nutr Res* 34(9):771-9.
- (7). Tognon G, Moreno L, Mouratidou T. Adherence to a Mediterranean-like dietary pattern in children from eight European countries. The IDEFICS study. *Int J Obes (Lond)* 38 Suppl 2:S108-14.

AUTORES/AUTHORS:

Cristina Encinar Prieto

TÍTULO/TITLE:

EFECTOS DE LOS GALACTOGOGOS NO MEDICAMENTOSOS EN LA LACTANCIA MATERNA. REVISIÓN SISTEMÁTICA.

OBJETIVOS: -Conocer la evidencia científica de los efectos de los galactogogos no medicamentosos en lactantes. -Conocer límites de eficacia y seguridad de cada uno de los galactogogos no medicamentosos y describir recomendaciones en relación al uso de los mismos. **MÉTODO:** Se realizó una revisión sistemática (RS) en el área materno-infantil. **DISEÑO:** La estrategia de búsqueda incluye búsquedas en: PubMed, CUIDEN, LILACS, CINALH y en el buscador WorldWideScience.org. Se formuló la pregunta siguiendo el formato PICO, y en la estrategia de búsqueda se utilizaron las siguientes palabras de texto y palabras clave, descriptores en ciencias de la Salud (DeCs) y Medical SubjectHeadings (MeSH): fitoterapia, lactancia materna, galactogogos, phytotherapy, breastfeeding y galactogogues. Los resultados de la búsqueda se limitaron mediante los filtros pertinentes para los ensayos clínicos aleatorios (ECA) y no aleatorios (EC), metaanálisis, Revisiones Bibliográficas y RS. Se amplía la búsqueda haciendo una revisión para el conocimiento de la fitoterapia, búsqueda individualizada del nombre de cada galactogogo y con una búsqueda referencial adicional bibliográfica, no se hizo restricción de idioma y selección de publicaciones entre 2005 y 2015. Criterios de inclusión: objetivos coincidentes con el del estudio, revisiones sistemáticas, revisiones bibliográficas, ECA y otros estudios cuyos objetivos fueran conocer los efectos de los galactogogos no medicamentosos en la lactancia materna, seguridad y eficacia de éstos, fecha de publicación limitada a los 10 últimos años. Se revisa la literatura para recopilar y analizar posteriormente los datos por 2 revisores independientes. Tras una 1ª lectura de títulos se evaluaron los resúmenes para valorar la pertinencia de su inclusión. En los estudios incluidos se evaluó la calidad de forma independiente mediante el método Critical Appraisal Skill Programme Español (CASPe), con consenso posterior para las no coincidencias. Los artículos se clasificaron en función de la evidencia. **RESULTADOS:** Se encontraron 53 artículos utilizando diferentes combinaciones de los descriptores. Siguiendo los criterios de inclusión, lectura crítica y eliminadas las repeticiones se incluyeron 6 artículos que pasaron los criterios de calidad marcados. Se incluyeron 3 ECA, 2 Revisiones Bibliográficas y 1 RS. Síntesis narrativa; no se realiza metaanálisis. MraduGuptaa et al 1. ECA con doble ciego controlado con placebo publicado en 2011 en Kolkata (India) con una muestra de 60 mujeres lactantes Objetivo: Comprobar la eficacia del AsparagusRacemosus como galactogogo. Variable Resultado Principal (VRP): Aumento de los niveles de prolactina sérica tras la toma del galactogogo. Variables Resultado Secundario (VRS): Cambios en el peso de las madres, peso de los bebés, la satisfacción subjetiva de madre sobre el estado de la lactancia, el bienestar y la felicidad de los bebés. Resultados: Estimación de prolactina sérica antes y después del tratamiento con una muestra de 2 ml de sangre, comparando el grupo de investigación con el grupo control obteniendo resultados estadísticamente significativos, resultando más elevada en el grupo de investigación ($p < 0,05$). Respecto a los resultados secundarios también se obtuvieron resultados estadísticamente significativos. ($p < 0,05$). CananTurkyilmaz, MD, et al 2. ECA con doble ciego controlado con placebo en Turquía con una muestra de 66 parejas (mujeres lactantes y sus hijos). Objetivo: Evaluar si el consumo de té de hierbas que contiene alholva tuvo efecto sobre la producción de leche materna y el patrón de aumento de peso de los bebés a principios del período postnatal. VRP: Aumento de la producción de leche materna. VRS: Cambios en el peso de los bebés. Resultados: La pérdida máxima de peso fue significativamente menor en los lactantes del grupo estudio en comparación tanto con el placebo y los grupos de control ($P < 0,05$). Los recién nacidos del grupo estudio recuperaron su peso al nacer antes que los grupos de placebo y de control ($p < 0,05$). La media del volumen bombeado de la leche materna de las madres que recibieron el té fue significativamente mayor que las de la del placebo y que la del grupo de control ($p < 0,05$). No hubo efectos adversos neonatales ni maternos del té de hierbas destacados por las madres en la lactancia. Castoldi F. et al 3. Estudio piloto prospectivo experimental aprobado por el Comité Ético de Neonatología de la Casa di Cura San Pio X di Milano y por la terapia intensiva neonatal dell'Ospedale V. Buzzi di Milano con una muestra de 70 mujeres lactantes, 14 de ellas fueron excluidas por no

presentar consentimiento informado o no cumplimiento del tratamiento. Objetivo: Evaluar la eficacia del comprimido oral Luteinlatte (compuesto por silimarina 250mg, Galega offinalis 200mg, vitamina C 80mg, vitamina E12mg, luteína al 2% 2mg, vitamina D3 10mcg) como galactogogo. VRP: Aumento de la producción de leche materna. VRS: Cambios en el peso de los bebés Resultados: La producción de leche de materna es reducidamente significativa en las madres de prematuros (N=16) frente a la producción de leche en madres a término (N=16) ($p < 0.08$), mientras que después de la suplementación con silimarina y galega fue la misma en ambos grupos dentro de los dos meses de estudio. Zuppa AA, et al 4. Revisión bibliográfica sobre la seguridad y eficacia de los galactogogos, que incluye estudios sobre fármacos y sobre plantas medicinales. Objetivos: Analizar y revisar la literatura sobre el productos farmacéuticos que se utilizan como galactagogos (metoclopramida, domperidona más ampliamente utilizado, clorpromazina, sulpirida, oxitocina, la hormona del crecimiento, tiotropina liberando hormona, medroxiprogesterona), así como analizar la literatura que apoya el uso de hierbas y otros productos (Alholva, galega y el cardo de leche). Cada producto fue evaluado en base a su mecanismo de acción, propiedades que transfieren a la leche materna, la eficacia y los efectos secundarios potenciales para la madre y el niño, sugerido dosis para el efecto galactogénico, y recomendaciones para la lactancia materna. Resultados: Analizan dos estudios, el primero sobre el fenogreco y el segundo sobre el cardo lechero, respecto a la galega comentan su uso descrito desde 1900 basado en algún estudio sobre animales pero no en humanos, los resultados fueron los siguientes: -Ensayo clínico de Swafford utiliza a 10 madres para mantener un registro diario de la cantidad de leche producida con una bomba durante un período de dos semanas. En la primera semana, la producción de leche de referencia fue evaluado; en la segunda semana, las madres tomaron 3 tazas de fenogreco, tres veces al día. La cantidad promedio de la primera semana fue de 207 ml/día, mientras que, la producción promedio de leche en la segunda semana es de 464 ml/día ($p = 0,004$). -Ensayo clínico Di Piero et al; los autores declaran que el producto no ha sido transferido a la leche materna administrada, a 25 mujeres, 420 mg por vía oral de silimarinamicronizado y para otro grupo de 25 mujeres un placebo durante 63 días. Evaluaron la cantidad de leche producida en los días 0, 30 y 63, y el perfil cualitativo de las muestras de leche. Los autores informaron de un aumento de producción en la leche diaria igual al 86% en el grupo tratado, frente al 32% en el grupo placebo. Este estudio tiene una limitación que fue la falta de detalle de la información sobre las características de las madres y los bebés. La media de edad de los recién nacidos en el momento de la inclusión en el estudio era de 4.5 a 5.2 meses. El estudio no fue ni aleatorizado doble ni cegado. Mylove Mortel1 et al 5. RS de la literatura publicada en PubMed para evaluar la eficacia de galactogogos hierbales desde los inicios hasta octubre 2012 publicada en el 2013, revisando también la bibliografía manuscrita existente. Es la revisión sistemática más actual que hay, incluye dos de los ECA especificados anteriormente en los resultados de esta revisión y otros 4 ensayos que cumplieron los criterios de búsqueda marcados por los autores de la revisión sistemática. Objetivos: Evaluar la evidencia disponible respecto a la eficacia de las intervenciones de hierbas para aumentar la producción de leche materna. Resultados: Cinco de los 6 ECA fueron diseñados para evaluar la actividad de los galactogogos de shatavari, torbangun, fenogreco, o cardo mariano como compuestos primarios, y 1 fue diseñado para evaluar la efectividad de un Multicompound que consiste en 13 hierbas diferentes. Forinash A et al 6. Revisión bibliográfica de la literatura basada en la eficacia de los galactagogos encontrada en PubMed (1966-junio 2012) y EMBASE (1973-junio 2012). Objetivo: Revisar la eficacia de galactogogos disponibles en los EE.UU. para aumentar la producción de leche materna tras el parto. Resultados: La leche materna es considerada la fuente de alimento óptimo para los recién nacidos hasta el 1 año de edad. Hay muchos factores que influyen en la producción de leche derivada de la maternidad en general, incluyendo dolor materno, la enfermedad, balance del tiempo al volver al trabajo, la ansiedad o estrés emocional. Aunque hay mucha variedad de hierbas y fármacos tienen evidencia anecdótica de su capacidad para mejorar la producción de leche materna, los estudios revisados demuestran que su eficacia es insuficiente. Metoclopramida, la oxitocina, alholva, y la leche de cardo han mostrado resultados mixtos en la mejora de la producción de leche; sin embargo, los ensayos fueron pequeños y tuvieron variedad de limitaciones.

DISCUSIÓN-CONCLUSIONES: Tras la obtención de resultados, el uso de remedios a base de plantas con el fin de aumentar la producción láctea está muy extendida pero hay razones para reconsiderarlo: Asparagus-Racemosus, Torbangun, Fenogreco incrementan la prolactina sérica, pero no hay correlación directa entre los niveles basales de prolactina y la tasa de síntesis láctea o

los volúmenes medidos. El uso de hierbas para aumentar la producción láctea ha sido generalizada en la historia por diferentes causas (desconocimiento, inseguridad, etc.) haciendo a la mujer lactante buscar soluciones a las hipogalactias. Esto puede aumentar la autoestima y la sensación de poder en la mujer lactante, pero hay que considerar que los profesionales relacionados con la salud materno-infantil tienen un papel crucial en el inicio y mantenimiento de la lactancia, ofreciendo información sanitaria veraz y actualizada, transmitiendo a las mujeres seguridad en sus capacidades. Estudios previos al 2006 muestran un patrón de aumento en la producción láctea, pero fueron estudios de calidad inadecuada debido a sesgos (aleatorización, muestras pequeñas, etc.)

IMPLICACIONES PRÁCTICAS: Necesidad de realizar ECA bien diseñados y bien realizados que aborden limitaciones y sesgos de los anteriores, para generar evidencia y dar recomendaciones sobre el uso de hierbas como galactogogos así como la regulación de la venta de estas hierbas ya que pueden ser adquiridas sin aprobación de la autoridad sanitaria en varios países (en algunos no están aprobados para esta indicación por las agencias regulatorias). Hay que tener en cuenta que estas conclusiones se basan en una revisión limitada, ya que la búsqueda no se puede considerar exhaustiva por no realizarse en bases de datos de pago (artículos disponibles online y alguna búsqueda manual).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- MraduGuptaa, BadriShawb. A Double-BlindRandomizedClinical Trial forEvaluation of GalactogogueActivity of AsparagusracemosusWilld. IranianJournal of PharmaceuticalResearch. 2011, 10 (1): 167-172.
- 2- CananTurkyilmaz, EsraOnal, Ibrahim MuratHirfanoglu, OzdenTuran ,EsinKoc, EbruErgenekon, Yildiz Atalay. TheEffect of Galactagogue Herbal Tea onBreastMilkProduction and Short-Term Catch-Up of BirthWeight in theFirstWeek of Life. TheJournal of Alternative and Complementary Medicine. 2011; 17(2) 2 139–142.
- 3- Castoldi F, Pivetti V, Moiraghi L., Marangione P, Lista G., La somministrazione di silimarina/galega per il sostgno dell'allattamento al seno: studio prospettico osservazionale in madri di neonati a termine e pretermine. Minerva Pediatrica 2014 Ottobre; 66 (5):375-80
- 4- Zuppa AA, Sindico P, Orchi C, Carducci C, Cardiello V, Romagnoli C. Safety and efficacy of galactogogues: substances that induce, maintain and increase breast milk production. J Pharm Pharm Sci. 2010;13(2):162-74.
- 5 -Mylove Mortel1, Supriya D. Mehta, MHS, PhD1. Systematic Review of the Efficacy of Herbal Galactogogues. J Hum Lact. 2013 May;29(2):154-62. 29(2).
- 6- Forinash A, Yancey A, Barnes K, Myles T. The use of galactogogues in the breastfeeding mother. The Annals Of Pharmacotherapy [serial on the Internet]. 2012, 46(10): 1392-1404 [acceso 14 de febrero 2015]. Disponible en: http://www.researchgate.net/profile/Thomas_Myles/publication/231212087_The_use_of_galactogogues_in_the_breastfeeding_mother/links/00b4953988ff972a74000000.pdf

Mesa de Comunicaciones 20: Salud mental

Concurrent Session 20: Mental Health

AUTORES/AUTHORS:

Júlia Martinho, José Carlos Carvalho, Maria do Céu Barbieri-Figueiredo, Margarida Reis Santos, Ana Isabel Vilar, Maria João Silva

TÍTULO/TITLE:

Creencias de los estudiantes de enfermería acerca de las enfermedades e enfermos mentales

Resumen:

Este estudio forma parte del proyecto "Aprendizajes, representación social y modelos de intervención en el contexto de la salud-enfermedad" que tiene como objetivo estudiar las "opiniones - creencias" de los estudiantes universitarios, profesionales de la salud, los pacientes, las familias y el público en general acerca de las enfermedades desencadenantes de estigma, a fin de aumentar los niveles de conocimiento y la alfabetización en la salud, reduciendo las actitudes y prejuicios negativos y en consecuencia promoviendo comportamientos más inclusivos que respondan a las necesidades específicas de estas poblaciones.

Usamos el método mixto (estudios cuantitativos y cualitativos) para que se complementen entre sí en el cumplimiento de los objetivos previstos. La razón de ser del proyecto es desarrollar tres estudios (estigma, las necesidades de salud y las intervenciones en el manejo y la adherencia al régimen de tratamiento), dividido en fases.

La abordaje a los participantes (estudiantes universitarios, profesionales de la salud, pacientes y familias) se realizará en un único acceso (contemplando un instrumento con las diferentes variables en estudio, aunque el análisis se efectúe en diferentes momentos). Las técnicas de recolección de datos son diferenciados (cuestionarios en línea, entrevistas, consulta telefónica, grupos focales) teniendo en cuenta el acceso preferencial y facilitador de los participantes.

Este artículo expone los resultados del primer estudio acerca del estigma de los estudiantes de enfermería sobre los pacientes y las enfermedades mentales.

Palabras clave: estigma social; psiquiatría; estudiantes; enfermería;

Introducción:

El estigma es un fenómeno social complejo y potente que influye en el curso de la enfermedad y marginaliza las poblaciones. A pesar de su raíz sociológica las últimas definiciones de estigma se han acercado a las perspectivas más psicológicas, haciendo hincapié en los procesos psicosociales que favorecen a las creencias, actitudes y preconcepciones (Soares; Nery; Silveira; Noto; Ronzani, 2011).

De acuerdo con los modelos psicosociales el estigma es el resultado de tres aspectos: la falta de conocimiento acerca de la condición de la persona (la ignorancia), el desarrollo de actitudes negativas (prejuicio) y una tendencia a excluir o rechazar algunos individuos (discriminación). Si bien sea razonable esperar que las actitudes que estigmatizan sean más comunes entre las personas con niveles culturales bajos, muchos estudios han demostrado que, por desgracia, este problema también está presente en muchos profesionales de la salud, incluyendo a los que trabajan con enfermos mentales (Fresan, A et al;2012).

Hay dos tipos de estigma: el público y el estigma internalizado (Corrigan e Watson, 2002).

El estigma internalizado se produce cuando la persona en condición de sufrir estigma toma conciencia de los estereotipos negativos acerca de su enfermedad, está de acuerdo con ellos y se los aplica a sí mismo (Corrigan e Watson, 2002).

Este proceso genera disminución de la autoestima y la autoeficacia, perspectivas limitadas de recuperación y el aislamiento. Estos factores influyen en la voluntad de los individuos en buscar tratamiento en un intento por evitar que su estado de salud se convierta en pública (Kantar, Rusch e Brondino,2008).

Esta condición de estigma puede ser más perjudicial que la propia enfermedad (Ronzani, Furtado, & Higgins-Biddle, 2009).

Pocos estudios observaron efectos convincentes de las campañas anti - estigma en la población general (tenían un impacto limitado en las representaciones).

Campañas dirigidas a los objetivos generales no han sido eficaces. Las acciones y programas generales deben ser sustituidos por locales, dirigidos a grupos específicos y deben involucrar a los usuarios y sus familias, capacitar a las personas que viven con problemas de salud mental y desarrollarse sobre la experiencia de personas que están siendo estigmatizadas (Lamboy & Saias, 2013).

En algunos servicios de salud (enfermedades infecciosas de transmisión sexual, oncología, dermatología, psiquiatría, genética, entre otros), está presente un alto nivel de estigma (Richmond, Dunning & Desmond ,2004; Treloar and Hopwood ,2004) inclusive en los profesionales de la salud, siendo una barrera importante para el acceso a los servicios de salud y en manejo de la enfermedad (Crockett & Gifford ,2004).

El impacto del estigma en el tratamiento y cuidado de las personas con trastornos mentales y de co-morbilidad física se analiza actualmente como un problema de salud pública (Levent, 2008).

Una revisión de la literatura revela que entre los profesionales de salud mental el estigma se relaciona con más despersonalización, más agotamiento emocional y menos satisfacción en el trabajo. Además, en las unidades donde los profesionales revelan estigma, los usuarios de los servicios experimentan más auto-estigma y menos satisfacción (Verhaeghe, M. & Bracke P.; 2012).

Consideramos que este proyecto es muy importante porque nuestra misión como organización de la enseñanza es preparar a los estudiantes con los conocimientos y habilidades profesionales con el fin de satisfacer las necesidades de los pacientes, las familias y las comunidades, promocionando una relación inclusiva con toda la equipe y toma de decisiones compartidas, fomentando la autogestión y la responsabilidad de cada uno por lo proceso de la salud.

Objetivos del estudio: analizar las creencias y opiniones de los estudiantes de enfermería sobre los pacientes y las enfermedades mentales y comparar las diferencias de percepción según el sexo, edad, contacto e experiencia de estos.

Método: Estudio cuantitativo, transversal, descriptivo correlacional, en una escuela pública del norte de Portugal.

La muestra fue no probabilística intencional constituida por (269 estudiantes 85,6% de la población estudiada).

La recolección de datos se hizo de septiembre de 2014 a abril de 2015 por un cuestionario con cuestiones sociodemográficas y el Inventario de Creencias acerca de las enfermedades y enfermos mentales (Loureiro, 2008) con 45 ítems con formato respuesta tipo Likert, organizado en 6 factores (incurabilidad, reconocimiento de la enfermedad, enfermedad como causa de estigma y de discriminación, peligro, Responsabilidad Individual, Enfermedad como una condición médica) siendo su relleno voluntario.

Se realizó un análisis comparativo de los datos mediante la prueba t de Student comparando las diferencias entre los sexos en cuanto a la frecuencia de creencias, el chi-cuadrado para examinar la independencia de las variables y las correlaciones de Pearson para verificar las asociaciones entre variables.

Resultados: Muestra: 86,4% sexo femenino, edad media de 22,4 años (S=4 años), 97,4% no han tenido clínica en psiquiatría, 4,8% ya trabajaran en servicios de salud, 45,6% no han tenido convivencia con enfermos psiquiátricos.

Los resultados apuntan que no hay ninguna diferencia estadísticamente significativa con respecto a las creencias y el sexo, la edad y el hecho de haber trabajado en instituciones de salud.

Hay diferencias estadísticamente significativas con respecto a haber tenido contacto/experiencia con un paciente psiquiátrico y la sub escala reconocimiento de la enfermedad $p=0,007$.

Verifica-se una débil correlación positiva entre la sub escala enfermedad como causa del estigma y la discriminación con el hecho de los alumnos ya tener trabajado en instituciones de salud $r=0,160$ $p < 0,05$.

Hay también una débil correlación positiva entre la sub escala peligro y el hecho de haber trabajado en instituciones de salud $r=0,159$ $p < 0,05$.

Discusión: Algunos de los estereotipos negativos se refieren a creencias fuertemente arraigadas en la sociedad que las personas con enfermedades mentales son peligrosas, incompetentes y responsables de su enfermedad (Ahmedani, 2011).

Los resultados de nuestro estudio están de acuerdo con (Markström et al., 2009; Svensson et al., 2014) que refuerzan que las estrategias educativas tienen mejores resultados cuando se combinan con el contacto directo con las personas con enfermedad mental.

En nuestro estudio se ha verificado una correlación positiva entre los estudiantes que han trabajado en instituciones de salud y la creencia de que la enfermedad mental, por sí sola no es la causa de estigma y discriminación, así como la creencia de que los enfermos mentales no son peligrosos.

Implicaciones prácticas: Es importante centrar la atención de la enseñanza en las creencias de los estudiantes como sujetos de un proceso de construcción de la identidad profesional con el fin de fomentar actitudes que promuevan la inclusión y la reducción del estigma y en consecuencia contribuir a un pronóstico más favorable.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Levent, K. (2008). The impact of stigma on somatic treatment and care for people with comorbid mental and somatic disorders. *Current Opinion in Psychiatry*: 21(4):403-411
- Ganasen, KA; Parker, S; Hugo, CJ; Stein, DJ; Emsley, RA; Seedat, S. (2008) Mental health literacy: focus on developing countries. *Afr J Psychiatry*; 11:23-28
- Soares, R. G., Nery, F.C.; Silveira, P.S.; Noto, A. N.; Ronzani, T.M. (2011) A mensuração do estigma internalizado: revisão sistemática da literatura. *Psicol. estud.* [online].16 (4), 635-645
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*,9(1),35-53

- Fresán,A.; Robles,R; Cota,M; Berlanga,C; Lozano,D; Tena,A (2012) Actitudes de mujeres estudiantes de psicología hacia las personas con esquizofrenia: Relación con la percepción de agresividad y peligrosidad. *Salud Mental*; 35:215-223
- Kanter, J. W., Rusch, L. C., & Brondino, M. J. (2008). Depression self-stigma - A new measure and preliminary findings. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(9),663-670
- Ronzani, T. M., Furtado, E. F., & Higgins-Biddle, J. (2009). Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. *Social Science & Medicine*, 69(7),1080-1084
- Lambooy, B.; Saias,T.(2013) Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques par une campagne de communication? Une synthèse de la littérature *Annales medico-psychologiques*, 171(2),77-82
- Verhaeghe M, Bracke P. (2012) Associative stigma among mental health professionals: implications for professional and service user well-being. *J Health Soc Behav.*;53(1):17-32.
- Richmond J, Dunning P, Desmond P.(2004) Hepatitis C:A medical and social diagnosis. *Australian Nursing Journal*;73:1–3
- Crockett B. & Gifford S.M.(2004) Eyes wide shut': narratives of women living with hepatitis C in Australia. *Women and Health* 39(4),117–137
- Ahmedani, BK (2011) Mental Health Stigma: Society, Individuals, and the Profession *J Soc Work Values Ethics*. Fall; 8(2): 4-1–4-16.
- Markström, U., Gyllensten, A.L., Bejerholm, U., ... & Eklund, M., (2009) Attitudes towards mental illness among health care students at Swedish universities – A follow-up study after completed clinical placement, *Nurse Education Today* 29, 660–665
- Svensson,B; Brunt,D; Bejerholm,U;... Hansson, L. (2014) Health Care Students' Attitudes towards People with Schizophrenia— A Survey of Eight University Training Programs *Open Journal of Psychiatry*, 4, 309-316

AUTORES/AUTHORS:

Rubén J. Bernal-Celestino, David León-Hurtado

TÍTULO/TITLE:**ACCESO A LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

La Discapacidad Intelectual no es una enfermedad. Sin embargo estas personas gozan de peor salud que el resto de la población (1). Hay estudios que afirman que éstas enferman 2,5 veces más que la Población General (PG) (2).

De esta forma y con más frecuencia que en la personas sin DI, encontramos problemas como la epilepsia, parálisis cerebral, alteraciones de los órganos de los sentidos, otitis, tapones de cerumen, caries, espasticidad y contracturas musculares, deformidad de huesos, alteraciones podológicas, estreñimiento, reflujo gastroesofágico, problemas de salud mental (3-5), lesiones relacionadas con las caídas (6), etc... Hay investigaciones que concluyen que las Personas con Discapacidad Intelectual (PDI) viven hasta 20 años menos (7).

Las causas de estas diferencias se fundamentan en factores genéticos, sociales, ambientales, de promoción de la salud y de acceso al sistema sanitario. Además, la falta de capacitación de los profesionales para tratar a estas personas o la ausencia de programas de detección genérica contribuirían a crear más barreras en este sentido (6, 8, 9).

Apenas hay estudios a nivel internacional que se hayan dedicado a investigar la atención hospitalaria que se presta a PDI. Solo Balogh et al. (10) llevó a cabo un estudio sobre los factores relacionados con la asistencia hospitalaria de PDI y cuyas patologías podían haberse resuelto de forma ambulatoria.

La primera medida a adoptar para disminuir las desigualdades y planificar mejor los recursos sanitarios será evaluar su uso por parte de las PDI tal como aconseja la OMS.

Objetivo:

Evaluar la morbimortalidad hospitalaria de la población con discapacidad intelectual y compararla con la de la PG.

Metodología:

Diseño: Estudio analítico transversal retrospectivo.

Fuentes y ámbito: Se compararon los datos de los ingresos y altas provenientes del Conjunto Mínimo de Datos Básicos del Hospital General Universitario de Ciudad Real desde el año 2011 al 2013.

Población y muestra: Se seleccionaron todas las personas mayores de 18 años y cuya patología no estuviera relacionada con Embarazo, parto y puerperio. De la misma forma se excluyeron del análisis las intervenciones de tipo ambulatorio.

La muestra estaba compuesta por todas las altas hospitalarias en ese periodo. Según memorias de otros años se estimaba una población aproximada de 23.000 altas anuales.

Variables: Las variables estudiadas fueron: Discapacidad Intelectual: Inclusión como diagnósticos principal o secundarios de los códigos CIE9 (16), DI Leve (CIE9-317), DI Especificada (CIE9-318) DI no especificado (CIE9-319), Síndrome Down 758 Síndrome X frágil: (759.83), Síndrome de Prader Willis: (CIE-9 759.8), Síndrome Lesch-Nyhan: (CIE9-277.2), Fenilceturia: (CIE9-270.1); Edad; Sexo; Días de ingreso; Tipo de ingreso; Tipo de alta; Categoría Diagnóstica Mayor; Tipo y peso del Grupo Relacionado por el Diagnóstico; Reingresos y Mortalidad.

Se usó la versión APGRD v25.0 (11) para la codificación de los Grupos Relacionados por los Diagnósticos y las Categorías Diagnósticas Mayores.

Análisis estadístico: Se realizó un análisis descriptivo de los datos, con el cálculo de la media y desviación típica para las variables cuantitativas y porcentajes y frecuencias en el caso de las cualitativas. Se comprobó la distribución de las variables mediante la prueba de Smirnov- Kolmogorov.

Los grupos se compararon mediante la prueba Chi Cuadrado de Pearson en el caso de las variables Cualitativas y T de Student para

las Cuantitativas. Se utilizó un nivel de confianza del 95%. Para distribuciones no normales se utilizó la Mediana y el Rango Intercuartilico para el resumen de datos y la prueba de U-Mann Whitney para comparar los grupos. El análisis estadístico se llevo a cabo con el paquete informático spss v. 15.0

El protocolo de este estudio lo aprobó el Comité de Ética en Investigación Clínica de la Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real

Resultados:

Se analizaron un total de 51.325 altas, 441 (0,9%) correspondían al grupo de Personas con Discapacidad Intelectual (PDI). Hubo mayor número hombres en el grupo de las PDI, 274 (62,1%) frente a 27.147 (53,4%) del grupo PG. Las PDI presentaban menos ingresos programados que la población general, 95 (21,5%) vs 18.786 (36,9%), $X^2=-44,458$, $p<0,0001$, menor número de intervenciones quirúrgicas, 66 (15%) frente a 18.346 (36,1%) $X^2= -84,523$ $P<0,001$. Los días de estancia fue menor en el grupo de la PG Md= 5 días RIQ (8) frente a PDI Md=7 RIQ (11) $z= -5,980$, $p<0,001$.

Se detectó un mayor número de complicaciones en el grupo de PDI Md: 7 RIQ (9) vs PG Md=6 RIQ (7), $z= 3,885$ $p<0,001$.

Se observó, en base al Peso de cada GDR, mayor consumo de recursos por parte de la Población con Discapacidad Intelectual Md: 0,8804 RIQ (0,6228) frente a PG Md: 0,8305 RIQ (0,7153), $Z= 3,103$, $p< 0,002$.

Se hallaron más ingresos debidos a trastornos mentales, 1.707 (3,40%) vs 137 (31,10%) $X^2=969,295$, $p<0,0001$ y a enfermedades relacionadas con el sistema respiratorio, 7.294 (14,30%) vs 81 (18,40%), $X^2=5,779$ $p=0,016$ en las PDI. Las PDI presentaban más altas relacionadas con segundos ingresos y posteriores en el periodo de estudio 210 (47,6%) frente a 19.022 (37,4%) de la PG $X^2=19,551$ $p<0,0001$.

La Mortalidad hospitalaria total fue de 2.906 muertes (5,7%) durante este periodo, no se evidenció diferencias entre los dos grupos, aunque la edad de fallecimiento fue significativamente menor en el grupo de PDI Md: 55,44 años RIQ (31,28) frente a 79,88 años RIQ (16,46) de la población general $Z= -4,586$ $p<0,001$. La causa más frecuente de muerte en los dos grupos fueron las enfermedades respiratorias. Hubo diferencias significativas en el número de muertes por esta causa entre ambos grupos 757 (26,2%) Vs 11(50%) $X^2 =6,335$ $p=0,012$.

Para evitar que los datos estuvieran sesgados por una mayor prevalencia de ingresos debido a trastornos mentales en grupo de las PDI, se hizo un análisis secundario excluyendo las altas por esta causa. Aun así, seguían manteniéndose las diferencias en ambos grupo al comparar con las variables antes descritas. La única excepción fueron los días de hospitalización, en este caso las diferencias dejaron de ser significativas entre ambos grupos PG Md= 5 días RIQ (7) frente a PDI Md=6 RIQ (8).

Discusión:

Las PDI acceden menos de lo esperado al nivel secundario de atención a la salud. Este hecho es más marcado teniendo en cuenta que diversos estudios describen la salud de este grupo como peor que la de la población general (12). La edad de ingreso y de muerte más temprana o un número mayor de complicaciones en relación a la población general así lo revelan.

Un menor número de ingresos programados o de intervenciones quirúrgicas expondrían posibles dificultades en el acceso a la atención sanitaria de esta población. La menor prevalencia de ingresos debido a enfermedades recurrentes en PDI respecto a la población general, refuerza esta idea.

Al igual que estudios previos realizados en el ámbito comunitario (13), se evidencia que la atención de las personas con Discapacidad Intelectual supone un sobrecoste económico también a nivel hospitalario.

En la misma línea de la literatura existente, esta investigación viene a confirmar los problemas de salud mental como uno de los más frecuentes en la población con DI, son casi 13 veces más frecuentes que en la PG. Además corrobora la magnitud de los problemas respiratorios, siendo ésta la causa más frecuente de muerte en esta población.

La brecha en cuanto a la edad de mortalidad en ambos grupos aumenta a nivel hospitalario. Comparando con investigaciones previas (7), se puede concluir que a peores condiciones de salud, como es el caso de enfermedades que requieran hospitalización, aumentan aun más las diferencias en la edad de muerte entre los grupos.

Limitaciones:

Como limitaciones se debe exponer que podría existir una falta de codificación en aquellos casos en los que a criterio del clínico la Discapacidad Intelectual no influyese en la duración del diagnóstico principal o el tratamiento administrado. Aun en este caso, en el cual las altas de personas con DI estarían subestimadas, permitiría hacer comparaciones entre grupos y dar más valor a diferencias entre patologías de mayor prevalencia en PDI.

Por otro lado, comentar que los reingresos se podrían entender como episodios nuevos, no necesariamente relacionados con aquellos que ocasionaron altas anteriores.

Los resultados de este estudio están basados en una población hospitalaria concreta, por lo que se debería inferir estos resultados con prudencia a otras poblaciones y ámbitos diferentes.

Implicaciones para la práctica:

Se requieren más estudios sobre las diferencias que existen en la salud de las PDI comparadas con el resto de la población. Para ello es necesario mejorar los registros sobre su salud.

Siguiendo la política de la OMS se recomienda la utilización de los servicios generales sanitarios a las PDI para promover su integración y evitar las desigualdades, aunque de la misma forma deberán potenciarse servicios específicos en aquellas áreas donde sea esencial (14) teniendo en cuenta los patrones de morbilidad de las PDI.

Para evitar posibles dificultades en el acceso a los servicios sanitarios de la PDI se sugiere aumentar la capacitación de los profesionales, promover políticas sociosanitarias específicas para una mejor coordinación entre niveles asistenciales incluyendo en todo el proceso a las familias y cuidadores.

Se debe fomentar la promoción y prevención de enfermedades desde la atención primaria, mejorando su acceso, así como un mayor seguimiento de las patologías crónicas de las PDI.

Palabras Clave:

Discapacidad Intelectual, Hospitalización, Morbilidad, Mortalidad Hospitalaria, Disparidades en Atención de Salud; Indicadores de salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Cayo-Pérez L. Discapacidad y asistencia sanitaria: Propuestas de mejora. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad. 2006.
2. Haveman M, Heller T, Lee L, Maaskant M, Shoostari S, Strydom A. Report on the state of science on health risks and ageing in people with intellectual disabilities. IASSID Special Interest Research Group on Ageing and Intellectual Disabilities/Faculty Rehabilitation Sciences, University of Dortmund) URL: [http://www.rtcadd.org/Resource/Publications/HP/Brief/assets/State%20of%20Science%20o.2009\(20Health\)](http://www.rtcadd.org/Resource/Publications/HP/Brief/assets/State%20of%20Science%20o.2009(20Health)).
3. Haveman M, Heller T, Lee L, Maaskant M, Shoostari S, Strydom A. Major Health Risks in Aging Persons With Intellectual Disabilities: An Overview of Recent Studies. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 2010;7(1):59-69.
4. Bernal-Celestino RJ. Salud y enfermedades más frecuentes en personas con retraso mental. *Metas de enfermería*. 2011;14(2).
5. Martínez-Leal R, Salvador-Carulla L, Gutiérrez-Colosía M, Nadal M, Novell-Alsina R, Martorell A, et al. Health among persons with intellectual disability in Spain: the European POMONA-II study]. *Revista de neurología*. 2011;53(7):406.
6. Bernal-Celestino R, Ruiz-García J, Muñoz-Romera S, Rodrigo-Sánchez L, León-Hurtado D. Caídas en personas con discapacidad intelectual. *Rev ROL Enferm*. 2014;37(4):240-6.
7. Heslop P, Blair PS, Fleming P, Hoghton M, Marriott A, Russ L. The Confidential Inquiry into premature deaths of people with intellectual disabilities in the UK: a population-based study. *The Lancet*. 2013.
8. Straetmans J, Valk HvSL-d, Schellevis F, Dinant G-J. Health problems of people with intellectual disabilities: The impact for general

practice. British Journal of General Practice. 2007;57.

9. Van Schrojenstein Lantman-de Valk H, Linehan C, Kerr M, Noonan-Walsh P. Developing health indicators for people with intellectual disabilities. The method of the Pomona project. Journal of Intellectual Disability Research. 2007;51(6):427-34.

10. Balogh RS, Ouellette-Kuntz H, Brownell M, Colantonio A. Factors associated with hospitalisations for ambulatory care-sensitive conditions among persons with an intellectual disability - a publicly insured population perspective. Journal of Intellectual Disability Research. 2013;57(3):226-39.

11. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de recomendaciones para la obtención homogénea de costes de hospitalización en el SNS. Madrid; 2013

Mesa de Comunicaciones 21: Cuidadores / Dependencia

Concurrent Session 21: Caregivers / Dependency

AUTORES/AUTHORS:

Encarnación Olavarría Bevide, Isabel Gómez Muñoz, Raquel Cacicedo González, Rosana Revuelta Arroyo, Paula Parás Bravo, Manuel Herrero Montes

TÍTULO/TITLE:

Prevalencia de lesiones relacionadas con la dependencia en pacientes hospitalizados

OBJETIVOS

Objetivo principal

Determinar la prevalencia puntual de lesiones relacionadas con la dependencia (LRD) en pacientes hospitalizados en el Hospital Sierrallana/ Tres Mares (HSSL), Cantabria.

Objetivos secundarios

Clasificar las lesiones según los criterios propuestos por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Ulceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) en su documento técnico Nº II (mayo 2014).

Identificar aspectos relacionados con la práctica del nuevo sistema de clasificación propuesto por el GNEAUPP.

MÉTODOS

Estudio de prevalencia.

Población: Pacientes ingresados en el área de hospitalización del HSSL el día 14 de abril de 2015.

Criterios de inclusión: mayor de 18 años y disposición para comprender y consentir su participación del paciente o su representante legal.

Criterios de exclusión: pacientes en los que se prevé su fallecimiento en un plazo inferior a 24 horas.

Variables: sexo, fecha de nacimiento, motivo de ingreso, unidad y número de lesiones.

Variables por lesión: tipo y categoría y registro fotográfico.

Se realizó inspección visual de la piel y/o heridas, de cada uno de los pacientes, por cuatro enfermeras pertenecientes al equipo investigador y con formación de postgrado en el campo de las heridas (Máster Oficial en Gestión Integral e Investigación en los Cuidados de las Heridas Crónicas).

Se describen variables cualitativas (distribución de frecuencias absolutas y relativas y porcentajes) y variables cuantitativas (media y desviación estándar (DE)).

El estudio cuenta con la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de Cantabria.

RESULTADOS

La población fue de 184 pacientes, de los cuales 158 (85,87%), se incluyeron en el estudio, 53,8% hombres y 45,6% mujeres y una edad media de 76,55(DE 13,79) años.

La prevalencia puntual de pacientes con LRD fue 17,1%(n=27). El número total de lesiones fue de 66. Los pacientes con lesiones presentaron 2,44(DE 2,32) lesiones, con un rango 1-10.

En cuanto al tipo de lesión: 40,9% son úlceras por presión (UPP) y/o cizalla, 9,1% lesiones por humedad (LPH), 21,2% lesiones por fricción (LPH), 3% lesiones de etiología mixta y 25,8% no clasificadas.

Prevalencia de UPP por categorías: categoría I 33,3%, II 22,2%, III 3,7, IV 18,5% y lesiones de tejidos profundos 22,2%.

Prevalencia de LPH por categorías: I 83,3% y II 16,7%.

Prevalencia de LPH por categorías: I 21,4% y III 78,6%.

DISCUSIÓN

La prevalencia de LRD en nuestro estudio es superior a la del 4º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España a nivel de hospital 7,87%, con un IC 95% = 7,31-8,47%. Hay que tener en cuenta que la metodología del estudio es diferente y además en nuestro estudio excluimos las urgencias y las unidades de corta- media estancia. Real López, L. et al. en un estudio con metodología semejante encuentran una prevalencia similar.

Nuestro estudio sigue la recomendación para la investigación que el GNEAUPP propone en el documento en el que publica la clasificación de las LRD: “cuantificar que porcentaje de las lesiones denominadas UPP son tales”.

Esta nueva clasificación de las LRD requiere mayor formación por parte de los profesionales y sería interesante estudiar la relación entre las nuevas categorías de lesiones y su relación con las medidas de prevención/ tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. García FP, Soldevilla JJ, Pancorbo PL, Verdú J, López P, Rodríguez M. Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Documento Técnico GNEAUPP Nº2. Mayo 2014.
2. Pancorbo PL, García FP, Torra JE, Verdú J, Soldevilla JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4º estudio nacional de prevalencia. Gerokomos. 2014;25(4):162-170.
3. Soldevilla JJ, Torrá JE, Verdú J, López P. 3º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España 2009. Gerokomos. 2011;22(2):77-90.
4. Jiang Q et al. The incidence, risk factors and characteristics of pressure ulcers in hospitalized patients in China. Int J Clin Exp Pathol. 2014;7(5):2587-2594.
5. Vanderwee K, Clark M, Dealey C, Gunningberg L, Defloor T. Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. J Eval Clin Pract. 2007;13(2):227-35.
6. Kottner J, Wilborn D, Dassen T, Lahmann N. The trend of pressure ulcer prevalence rates in German hospitals: results of seven cross-sectional studies. J Tissue Viability. 2009;18(2):36-46.
7. Vangilder C, Macfarlane GD, Meyer S. Results of nine international pressure ulcer prevalence surveys: 1989 to 2005. Ostomy Wound Manage. 2008; 54(2):40-54.
8. Hurd T, Posnett J. Point prevalence of wounds in a sample of acute hospitals in Canada. Int J Wound. 2009;6:287-293.
9. da Silva Cardoso JR, Blanes L, Augusto Calil J, Ferreira Chacon JM, Masako Ferreira L. Prevalence of pressure ulcers in a Brazilian hospital: results of a cross-sectional study. Ostomy Wound Manage. 2010;56(10):52-7.
10. Galvan-Martinez IL. Point prevalence of pressure ulcers in three second level hospitals in Mexico. Int Wound J. 2014;11(6):605-10.
11. Park-Lee E, Caffrey C. Pressure ulcers among nursing home residents: United States. Centers for Disease Control and Prevention National Center for Health Statistics. 2004.
12. Igarashi A et al. Prevalence and incidence of pressure ulcers in Japanese long-term-care hospitals. Arch Gerontol Geriatr. 2013;56(1):220-6.
13. Real L et al. Estudio de prevalencia de úlceras por presión y lesiones por humedad en el hospital de Burgos. En: Libro de Ponencias: XVIII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados 2014. Madrid: Instituto de salud Carlos III, Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii); 2014. p. 270-1.
14. Ubeda M, Linares X. Curso de fotografía digital para Reumatología, Cirugía Ortopédica y Traumatología, fotografía digital avanzada. Ed. Elsevier 2012.

AUTORES/AUTHORS:

Anabela Araújo, Júlia Martinho, Maria Manuela Martins

TÍTULO/TITLE:

Caracterización de la sobrecarga de cuidadores informales en mayores de 65 años

Resumen:

Este estudio forma parte del proyecto "Vivir bien con más edad: en familia o con apoyo institucional" que é desarrollado en conjunto con un ayuntamiento de una región del norte de Portugal y tiene como objetivo estudiar la realidad de las personas mayores de 65 años, los modelos de asistencia y apoyo disponibles para ellos en las familias o en las instituciones, centrando los estudios en sus opiniones y en la sostenibilidad de los profesionales de diversas áreas.

Tiene como fin contribuir para una articulación de la política y el bienestar en salud garantizando la calidad de vida a las personas de más de 65 años en un medio ambiente sostenible, agradable y seguro.

El proyecto de investigación está organizada por los sub-estudios (Estudio 1: Mayores de edad avanzada que viven con la familia; Estudio 2: Mayores de edad avanzada que viven en Instituciones; Estudio 3: Modelos asistenciales y Estudio 4: Potencial y limitaciones de las políticas e organizaciones).

Usamos el método mixto (estudios cuantitativos y cualitativos) para que se complementen entre sí en el cumplimiento de los objetivos previstos.

El abordaje a los participantes (mayores con más de 65 años, familias, profesionales de la salud, directores de organizaciones) se realizará en un único acceso (contemplando un instrumento con las diferentes variables en estudio, aunque el análisis se efectúe en diferentes momentos).

Las técnicas de recolección de datos son diferenciados (cuestionarios, entrevistas, grupos focales) teniendo en cuenta el acceso preferencial y facilitador de los participantes.

Este artículo expone los resultados del primer sub-estudio acerca de los mayores con más de 65 años que viven en familia y tienen un cuidador.

La razón de ser de lo estudio es identificar las necesidades y desarrollar con mayor sustentabilidad estructuras de soporte e apoyo que mejor respondan a las necesidades identificadas en los cuidadores de los mayores de edad con más de 65 años en esta área geográfica.

Palabras clave: Cuidadores; Ancianos; Estrés psicológico; Calidad de vida.

Introducción

El envejecimiento de la población, como consecuencia de la disminución de las tasas de natalidad y el aumento de la esperanza de vida, ha dado lugar a un aumento de las situaciones de dependencia y consecuentemente desencadenado nuevas necesidades de

salud. Por lo tanto, el aumento de la necesidad de atención de la población de edad avanzada requiere un mayor cuidado por los cuidadores informales (Sequeira, 2010).

El cuidador informal responde a las necesidades de la persona, que les permite ser cuidados en sus hogares, integrados en la dinámica familiar, lo que disminuye el número de hospitalizaciones y por lo tanto los costos para el sistema de salud.

En su revisión sistemática sobre los efectos de las intervenciones para apoyar a los cuidadores informales de ancianos frágiles que viven en la comunidad, López-Hartmann, et al (2012) reportaron que los cuidadores informales son generalmente miembros de la familia, amigos o vecinos que se responsabilizan del suministro regular de atención domiciliaria a las personas mayores, no siendo profesionales o voluntarios de organizaciones sociales.

Desde que el cuidado más a menudo cae en la familia, surge también el concepto de los cuidadores familiares, que designa al miembro de la familia que cuida de lo familiar, sin gozar de sueldo (Rodríguez, 2011) y colabora dentro de sus posibilidades con las actividades de vida de las personas dependientes, independientemente de su formación o experiencia previa de vida (Rocha e Pacheco, 2013).

La transición para el rol de cuidador informal puede ser lento y en muchos casos, se convierten en una realidad antes de que la persona sea consciente de ello. Morris (1993) establece que cuidar a un familiar dependiente ni siempre es una actividad consciente, ya que a menudo los cuidadores lo interpretan como una extensión de las relaciones personales y familiares en lugar de una actividad.

Convertirse en un cuidador es un camino que no está previsto ni elegido y cómo evoluciona depende de factores objetivos relacionados con las características de la enfermedad, las habilidades del cuidador y la posición que el cuidador ocupa en la familia.

De acuerdo con algunas revisiones de literatura las razones subyacentes a la asunción del rol de cuidador se relacionan con factores afines con: el cuidador (dependencia financiera, el cumplimiento de una promesa (deber / obligación), la situación de desempleo o jubilación, la tradición familiar, el hecho de no querer a la institucionalización, el respeto por la voluntad de los ancianos o creer que el cuidado es un acto de gratitud / retribución); las personas mayores (estado de salud o el rechazo de institucionalización) y por último, las destinadas a la familia y la comunidad (disponibilidad de otros cuidadores y la (in)existencia de las fuentes financieras y sociales) (Winter, Bouldin e Andresen, 2010).

El cuidador se enfrenta a varias dificultades derivadas de su función. Las dificultades más comunes se centran en las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y financieras (Fernandes e Garcia, 2009; Cruz et al, 2010) y por lo general generan "carga" que surge de cuidar a un miembro de la familia que luchan con una condición de enfermedad (Limpawattana et al. 2013).

En nuestra opinión, el conocimiento del contexto de los cuidadores informales, así como los problemas derivados de la atención a personas con más de 65 años permitirá el diseño de políticas y la organización de la atención articulada proporcionando una respuesta más adecuada a las necesidades identificadas, este es el propósito de este estudio, que fue desarrollado integrado en asociación con el Ayuntamiento de la región donde se desarrolló esta investigación.

Objetivos: Caracterizar los cuidadores informales de mayores de 65 años en comunidad y relacionar algunas variables socio clínicas con la sobrecarga.

Método: Estudio cuantitativo, transversal, desde diciembre de 2014 hasta febrero de 2015, en una región del norte de Portugal.

La muestra fue no probabilística intencional constituida en bola de nieve por 1342 personas mayores de 65 años de los cuales solo 81 tenían cuidador, que contestaron la Escala QUASCI-VR (Martins, et al.,2015) con 14 ítems, con 5 opciones de respuesta tipo Likert que evalúan las consecuencias en el ben estar a medio e longo plazos por ser cuidador.

Se realizó un análisis comparativo de los datos mediante la prueba t de Student comparando las diferencias entre variables socio clínicas en cuanto a la frecuencia de sobrecarga y el análisis de chi-cuadrado para examinar la independencia de las variables.

Resultados: 91,4% sexo femenino, 75,3% casados, 75,3% con enseño básico, edad media de 53,6 años, 38,3% tienen empleo.

92% tienen una relación de parentesco con la persona que cuidan y 79% cohabita con él. 66,7% tiene auxilio por parte de otro familiar para los cuidados.

Los cuidados que prestan ayuda parcial son en 48,1%, de supervisión y orientación en 30,9% y 13,6% de sustitución en las tareas. 17,3% dispone de apoyo para tareas de higiene y alimentación.

Existe diferencia estadísticamente significativa entre el nivel de escolaridad y a sub escala satisfacción con el papel y lo familiar $p=0,011$.

Existe correlación entre el sexo de los cuidadores y la sub escala soporte familiar $r=3,26$ $p=0,004$ y correlación negativa entre el nivel de escolaridad y a sobrecarga financiera $r=-306$ $p=0,008$ y a sub escala reacciones a exigencias $r=-251$ $p=0,029$.

Hay correlación negativa entre la compensación económica por cuidar e a sub escala mecanismos de eficacia y controle $r=-324$ $p=0,005$ y correlación negativa entre las horas de prestación de cuidados y la sub escala sobrecarga emocional $r=317$ $p=0,011$.

Correlación positiva moderada entre el esclarecer dudas, hablar de miedos y preocupaciones y el apoyo de enfermería $r=549$ $p=0,000$.

Discusión: Diversos estudios tienen buscado caracterizar los cuidadores siendo sus resultados similares al nuestro (Gratao et al.,2012; Loureiro et al,2013).

Los familiares son los principales cuidadores informales, generalmente hijas o esposa. En nuestro estudio verifica-se un promedio de sobrecarga superior en los hombres.

La ayuda que necesitan son en las tareas domésticas para disponer de tiempo para descansar, así como apoyo emocional (escucha, validación de los cuidados prestados, gestión de conflictos) y conocimiento para disminuir el miedo de errar.

Comparando el nivel de educación y la respuesta a las demandas de atención de lo familiar cuidado este estudio contradice los resultados de Martins, Cunha, Guerreiro & Marques (2014).

Implicaciones para la práctica: aunque nuestros resultados reflejan una realidad local, estos aportan contribuciones a la caracterización de los cuidadores informales y la prestación de atención a mayores de 65 años que destacan el apoyo de las enfermeras no sólo en el cuidado de las personas mayores, sino también en el apoyo al cuidador.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Cruz, D. C. M., Loureiro, H. A. M., Silva, M. A. N. C. G. M. M., Fernandes, M. M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(2),127-136.

Fernandes, MGM; Garcia, TR (2009) Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Rev Bras Enferm*, Brasília; 62(1),57-63.

Gratao, AC M, Vendruscolo, TR P, Talmelli, LFS, Figueiredo, LC, Santos, J L F, Rodrigues, R AP (2012). Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(2),304-312.

Limpawattana P, Theeranut A, Chindaprasirt J, Sawanyawisuth K, Pimporm J (2013). Caregivers burden of older adults with chronic illnesses in the community: a cross-sectional study. *J Community Health*, 38, 40-5

López-Hartmann, M.; Wens, J; Verhoeven, V.; Remmen, R. (2012). The effect of caregiver support interventions for informal caregivers of community-dwelling frail elderly: a systematic review. *International Journal of Integrated Care*, 12:e133

Loureiro, LSN, Fernandes, MGM, Marques, S, Nobrega, MML, Rodrigues, Partezani, RA. (2013). Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos: prevalência e associação com características do idoso e do cuidador. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(5),1129-1136.

Martins, L; Cunha, M.; Guerreiro, D; Marques, M. (2015) Correlatos psicológicos de cuidadores informais de pessoas com deficiência mental: amostra portuguesa. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1 (1),17-29

Martins, T.; Peixoto, M. J., Araújo, F., Rodrigues, M., & Pires, F. (2015) Desenvolvimento de uma versão reduzida do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal. *Rev. esc. enferm. USP [online]*.49 (2),0236-0244 .

Morris JC. The Clinical Dementia Rating (CDR): Current version and scoring rules. *Neurology*.1993;43,2412–2414.

Rocha, M. P. e Pacheco, J. E. P. (2013). Idoso em situação de dependência: estresse e coping do cuidador informal. *Ata Paulista de Enfermagem*,26(1),50 – 56.

Rodrigues, M. (2011) Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal – versão reduzida. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Tese de Mestrado.

Sequeira, C. (2010) – Cuidar de idosos com dependência física e mental. Porto: Lidel.

Winter, KH.; Bouldin, ED; Andresen, EM. (2010) Lack of Choice in Caregiving Decision and Caregiver Risk of Stress, North Carolina,

2005. Preventing chronic disease: public health research, practice, and politice,7(2),1-11.

AUTORES/AUTHORS:

NURIA CASERO PEINADO, SARA PLAZA RIVERA, LAURA PALAZÓN VALCÁRCEL, ELENA GÓMEZ JIMÉNEZ, RAQUEL CERES MARTÍNEZ, NURIA GARCÍA CANTOS, ELENA VILLARREAL BOCANEGRA, MÓNICA MARTÍNEZ GARCÍA, MARIA DEL MAR GONZÁLEZ TERUEL

TÍTULO/TITLE:

Estudio piloto de intervención enfermera en la prevención del Síndrome Confusional en Unidad de Agudos de Geriatría.

INTRODUCCION

El progresivo envejecimiento de la población, ha supuesto una auténtica revolución demográfica en el seno de nuestros hospitales, esto junto con otros factores condicionantes que facilitan la frecuentación hospitalaria, se ha seguido de una notable modificación del tipo de procesos abordados, cada vez en mayor consonancia con las situaciones de enfermedad que presentan las personas de edades avanzadas y por tanto, de la necesidad de adaptar el sistema y sus profesionales a las nuevas demandas. El Síndrome Confusional Agudo (SCA) es una buena prueba de estas crecientes situaciones clínicas, dado que su prevalencia se incrementa con el paso de los años. (1)

El SCA es una alteración aguda de la atención y las funciones cognitivas tales como memoria, orientación, pensamiento, lenguaje o percepción, que suele ocurrir durante un período corto de tiempo, y que cursa con fluctuaciones a lo largo del día. Es una de las complicaciones más frecuentes en los pacientes ancianos hospitalizados, siendo potencialmente reversible, y en muchas ocasiones susceptible de prevención. Se asocia, sin embargo, a un aumento de morbilidad y mortalidad durante el ingreso hospitalario, así como a la pérdida de independencia del anciano. (2, 3, 4, 5, 6, 7).

El SCA es una condición clínica común en ancianos hospitalizados no siempre correctamente abordada y tratada. Conlleva una elevada morbimortalidad. Es una causa de discapacidad y dependencia, aumentando considerablemente el riesgo de institucionalización, además de elevar los costos de la atención médica con alto impacto social y familiar. Sin embargo, debido a su naturaleza, es potencialmente prevenible y tratable, por lo que es necesario contar con información precisa, actual y efectiva para prevención, diagnóstico y tratamiento correctos y oportunos. (2, 4, 5, 6, 7)

Por todo ello, nos hemos planteado este estudio para aportar datos sobre incidencia, severidad y duración del delirium, número de días de estancia hospitalaria, consumo de fármacos neurolépticos y uso de contenciones mecánicas y determinar si una intervención multicomponente de enfermería es efectiva para prevenir y/o reducir dichos aspectos.

OBJETIVOS**Objetivo General:**

- Demostrar que una intervención multicomponente de enfermería disminuye la incidencia, duración y severidad del síndrome confusional agudo.

Objetivos específicos:

- Demostrar que una intervención multicomponente de enfermería disminuye el consumo de neurolépticos en ancianos hospitalizados.
- Demostrar que una intervención multicomponente de enfermería disminuye la estancia media en ancianos hospitalizados.
- Demostrar que una intervención multicomponente de enfermería disminuye el uso de contención mecánica en ancianos hospitalizados.
- Analizar los factores asociados de manera independiente al desarrollo de SCA en ancianos hospitalizados.

METODOLOGÍA

El diseño es un estudio de intervención (ensayo clínico), unicéntrico, aleatorizado, de doble ciego (evaluador y análisis estadístico),

de grupos paralelos. Durante 6 meses se realizará un pilotaje para evaluar la población de estudio y las variables de intervención en la práctica diaria.

Ámbito de estudio:

Unidad de Geriátría de Agudos (UGA) del Hospital Perpetuo Socorro de Albacete.

Población de referencia:

Ancianos mayores de 65 años, ingresados en la UGA del Hospital Perpetuo Socorro de Albacete.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 65: años ingresados en la UGA.
- Pacientes que hayan firmado el consentimiento informado o bien que su representante legal, en caso de incapacitación, tutor o familiar firme este consentimiento.
- No se excluyen pacientes con delirio al ingreso porque las hipótesis y los objetivos también incluyen la medición de duración y severidad.

Criterios de exclusión:

- Pacientes en situación agónica.
- Pacientes que no sepan comunicarse en castellano.
- Pacientes con GDS7 (declive cognitivo muy severo).
- Pacientes cuyo compañero de habitación ya esté incluido en el estudio.

Tamaño muestral y procedimiento del muestreo:

El tamaño muestral, se ha calculado utilizando el programa Epidat 3.0, tomando como referente para la comparación, una proporción para el grupo experimental de un 11.7%, frente a la proporción del grupo control de un 18.5% (5). Trabajamos con un nivel de confianza del 95% y una potencia del 80%, obteniéndose así una muestra total de 437 pacientes por grupo. Con la muestra obtenida se realizará una tabla de aleatorización, en una proporción 1:1 (grupo intervención y grupo control). Esta se hará por un programa informático. Se incluyeron durante el pilotaje 50 pacientes hospitalizados.

RESULTADOS:

La edad media fue 86,5 (48% mujeres). 21 participantes presentaron delirium en algún momento durante el ingreso (14 del GC y 7 del GI). 35 pacientes presentaron delirium incidente durante el ingreso. Los participantes del GI presentaron menos delirium durante todo el ingreso (33,3% vs 48,3%), menos delirium sin contar el primer día de ingreso (23,8% vs 48,3%), y menor delirium incidente durante el ingreso (14,3% vs 41,4%; $p<0,05$). Con respecto a los pacientes confusos al ingreso, en los del GI se detectó una menor tasa de delirium mantenido (50% vs 100%). La media de duración del delirium fue 2,9 días. La duración del delirium en los pacientes fue 3,4 vs 1,7 días. La severidad media del delirium durante el ingreso (suma de la escala DRS) fue 55,0, y la severidad media por día confuso fue 19,4. Los pacientes del GI presentaron menor DRS total que el GC (35,0 vs 65; $p<0,05$), pero mayor DRS medio por día confuso (21,1 vs 18,6. NS). Cuando no se tuvo en cuenta el primer día, los pacientes del GI presentaron menor DRS total, pero mayor media por día confuso que el GC (40,8 vs 59,9 y 20,1 vs 18,8), ambos sin significación. La mortalidad fue mayor en los pacientes que presentaban delirium al ingreso (33,3%) respecto aquellos que no lo presentaban (14,6%), con delirium en algún momento del ingreso (38,1% vs 3,4%; $p<0,01$) y con delirium incidente (40% vs 8,6%; $p<0,01$). No se observaron diferencias en cuanto a mortalidad entre el GI y el GC. La estancia media hospitalaria fue de 7,4 días. Respecto a los sujetos con delirium, la estancia hospitalaria fue más larga en los pacientes con delirium en la muestra global (7,7 vs 7,1; NS) y en aquellos donde apareció delirium durante el ingreso (10,2 vs 6,2; $p<0,01$). Los pacientes del GI precisaron menos medidas de contención física que los del GC (9,5% vs 17,2%) aunque sin significancia estadística, menos participantes precisaron neurolépticos durante el ingreso (33,3% vs 48,3%; NS). Por último, no se encontraron claras diferencias en el empleo de benzodiacepinas durante el ingreso (42,9% vs 41,4%; NS).

DISCUSIÓN:

El SCA sigue siendo una entidad infradiagnosticada y poco tratada en pacientes ancianos hospitalizados. La aplicación sistemática de una intervención esencialmente de enfermería podría reducir su incidencia, aparición de complicaciones y disminuir el gasto hospitalario

Si bien nuestros resultados no son estadísticamente significativos ya que se trata de una muestra pequeña, sí que siguen una tendencia positiva, por lo que sería conveniente continuar realizando ensayos clínicos de prevención del Síndrome Confusional Agudo a mayor escala.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**BIBLIOGRAFÍA**

1. Guillén F. Delirium en pacientes ancianos hospitalizados. *Med Clin (Barc)* 2005; 124 (14): 538-540..
2. Ribera J.M. El síndrome confusional agudo: un síndrome geriátrico en alza. *Rev Clin Esp* 2005; 205: 469-71.
3. Formiga F, San José A, López-Soto A, Ruiz D, Urrutia A, Duaso E. Prevalencia de delirium en pacientes ingresados por procesos médicos. *Med Clin (Barc)* 2007; 129 15: 571-3.
4. Siddiqi N, Stockdale R, Britton AM, Holmes J. Intervenciones para la prevención del delirio en pacientes hospitalizados (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
5. Vidan M, Sánchez E, Alonso M, Montero B, Ortiz J, Serrá J. An Intervention Integrated into Daily Clinical Practice Reduces the Incidence of Delirium During Hospitalization in Elderly Patients. *J Am Geriatr Soc*. 2009; 57: 2029-36.
6. Milisen K, Lemiengre J, Braes T, Foreman M. Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people: systematic review. *J Adv Nurs* 2005; 52 1: 79-90.
7. Martínez N, Petidier-Torregrosa R, Casas- Herrero A. Delirium en el paciente anciano: actualización en prevención, diagnóstico y tratamiento. *Med Clin (Barc)* 2012; 138: 78-84.
8. Nogales-Gaete. J, Saez D, Aranzaes D. Síndrome confusional agudo en el adulto mayor. En: Barrientos N. y Chana P, Eds. *Neurología del Adulto Mayor*. Ediciones Sociedad de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría 2000; 47-67.
9. Inouye SK et al. A Multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *NEJM* 1999; 340: 669-76.
10. Inouye, S.K. et al. The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48:1697-1706.
11. Lundström M, Edlund A, Karlsson S, Brännström B, Bucht G, Gustafson Y. A Multifactorial Intervention Program Reduces the Duration of Delirium, Length of Hospitalization, and Mortality in Delirious Patients. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 622-28.

AUTORES/AUTHORS:

Oscar Bautista Villaécija

TÍTULO/TITLE:

La desnutrición como indicador de días de ingreso y carga de trabajo para enfermería

Hipótesis y objetivos

Hipótesis:

Los pacientes hospitalarios con desnutrición requieren un mayor número de estancias y más cargas de trabajo de enfermería que los pacientes hospitalarios sin desnutrición.

Objetivos:

A. Objetivo general:

1. Evaluar si los pacientes hospitalarios con desnutrición requieren un mayor número de estancias y más cargas de trabajo de enfermería que los pacientes hospitalarios sin desnutrición.

B. Objetivos específicos:

1. Evaluar si los factores demográficos comportan un mayor nº de estancias y de cargas de trabajo de enfermería
2. Evaluar si el diagnóstico principal comporta una mayor carga de trabajo de enfermería.
3. Evaluar si la escala Barthel (ver Anexo 2) condiciona una mayor carga de trabajo de enfermería
4. Evaluar si la escala Emina (ver Anexo 3) condiciona una mayor carga de trabajo para el equipo de enfermería .
5. Evaluar qué necesidades de Virginia Henderson (ver Anexo 6) condiciona una mayor carga de trabajo para el equipo de enfermería en el enfermo desnutrido.

Material y métodos.

Tipo de estudio: observacional retrospectivo

Lugar de estudio: El estudio se realizará en la unidad de Medicina interna (plantas 2ºC, 2ºA y 3ºC) del Hospital Sant Rafael de Barcelona.

Periodo de estudio: Se realizará un estudio observacional retrospectivo de los pacientes que han sido dados de alta del servicio de medicina interna durante el año natural 2014.

Población a estudio: Pacientes altados de las unidades de Medicina Interna.

Proceso de selección y recogida de datos : Se elaboró una base de datos con las principales variables relacionadas con las cargas de trabajo en enfermería, según la bibliografía revisada. Se añadieron aquellas variables sin referencias anteriores que se consideró podrían ser importantes en la carga de trabajo para enfermería. Los datos fueron recogidos personalmente por el investigador (diplomado en enfermería) mediante la revisión del historial clínico. Una vez revisado el historial los datos fueron anonimizados para su posterior análisis.

Variables Dependientes:

- Número de estancias. Los números de días de estancia se contabilizó desde el día del ingreso hasta el día del alta en números enteros. En el caso de existir más de un ingreso con alta dentro del periodo anual del 2014, se utilizó en todos los pacientes su último ingreso, en 2014, como episodio a estudiar.
- Carga de trabajo (NAS). la carga de trabajo se contabilizó según la carga de trabajo por día, y no por turno, para unificar el criterio de recogida de datos. Para el cálculo del índice NAS, se utilizó la calculadora online de la Sociedad Andaluza de medicina intensiva, urgencias y coronarias. Cada intervención recibe un puntaje dado en porcentaje y la sumatoria de estos refleja el tiempo de enfermería utilizado en el cuidado de un paciente en un periodo de 24 horas. La puntuación NAS puede variar de 0 a 177%, en los

casos en que este valor es superior a 100%, necesitará de más de un profesional de enfermería para el cuidado de ese paciente en un mismo día (Anexo 1).

Variables independientes:

- Factores demográficos (pesos por intervalos, talla, edad)
- Días de estancia (variable discreta cuantitativa)
- Valor de Albumina en sangre (desnutrición desde el punto de vista cuantitativo)
- Valor del IMC mediante fórmula de Quetelet (desnutrición desde el punto de vista cuantitativo) (ver Anexo 5)
- Diagnóstico principal (variable discreta cuantitativa)
- Escala de Barthel (variable cualitativa ordinal).
- Escala Emina (variable cualitativa ordinal).
- Necesidades de Virginia Henderson

Los criterios de inclusión son:

- Pacientes dados de alta en el servicio de medicina interna en 2014
- Pacientes con Barthel y EMINA puntuado
- Pacientes con hoja de anamnesis completa
- Pacientes que al ingreso se realice analítica según protocolo donde se incluya Albúmina en sangre
- Diagnóstico principal (variable discreta cuantitativa)
- Pacientes con edad, peso y talla en historia clínica
- Necesidades Virginia Henderson (variable cualitativa nominal)

Los criterios de exclusión son:

- Pacientes derivados de cirugía u otros departamentos del hospital

Muestra:

Porcentaje de error: 5% con un nivel de confianza del 95% en un tamaño poblacional de aproximadamente 2.500 personas y una distribución de respuesta de 50% el tamaño muestra recomendado es el de 196 pacientes.

El método de estudio será la recopilación de los datos antropométricos, de los valores de la historia clínica y de la escala NAS. Esta escala se cumplimentará según los datos de la historia clínica elaborada por enfermería en el momento de la recolección de los datos por parte del investigador.

Las enfermedades presentadas serán clasificadas en grupos de tipo al momento del ingreso teniendo en cuenta las comorbilidades.

No se llevará un seguimiento de los pacientes durante su internamiento ni se participará en la confección de la historia clínica.

El análisis estadístico se efectuó con el paquete SPSS 17 e incluyó frecuencias de distribución de todas las variables.

Tanto la estadística descriptiva como inferencial se ha realizado de acuerdo a que cumple con los criterios de que provienen de una distribución normal y por lo tanto se utilizaron pruebas paramétricas.

En análisis univariantes se ha utilizado la estadística descriptiva y los gráficos. Para el análisis bivariante se realiza la prueba de hipótesis de diferencias de medias para establecer si existe diferencia significativa entre las medias de los diferentes grupos que se analizan. Para la comparación de medias entre variable cuantitativa y variable cualitativa se ha utilizado la t de Student. En la comparación entre dos variables cualitativas se ha utilizado el Chi cuadrado. También se realiza un análisis de correlación entre dos variables, para establecer la dependencia o independencia entre una variable y otra. Por último se realiza pruebas de hipótesis de diferencias entre medias (ANOVA) para más de tres variables

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio (pacientes altados en el año 2014 de la unidad de medicina interna) se realizó el seguimiento de 330 historias clínicas de las cuales se desestimaron 122 (38%) por diversas causas, entre ellas la falta de cumplimentación de los registros de talla y pesos o la falta del ítem albumina en sangre en la analítica de ingreso. Se valoró la carga de trabajo de cada uno de los 208 pacientes según la escala NAS.

En referencia al objetivo principal del estudio, el análisis estadístico de los datos, nos permite hallar diferencias significativas entre el índice de albumina sérica en sangre y la carga de trabajo evaluada con la puntuación NAS en pacientes con nutrición normal-leve y pacientes con desnutrición moderada y grave

Los datos de la tabla 2 también nos relaciona, de forma significativa, el estado nutricional del paciente y su puntuación en la escala Barthel y en la escala EMINA. En el caso de la escala de valoración de autonomía, el paciente con nutrición normal o leve tiene una puntuación mayor en la escala Barthel respecto a los pacientes con desnutrición moderada o grave ($p < 0.0001$) aumentando la carga de trabajo. En el caso de la escala EMINA la situación es a la inversa, los pacientes con nutrición normal-leve tiene una puntuación menor en la escala EMINA que los pacientes con desnutrición moderada o grave siendo esta significativamente mayor ($p = 0.000$). En las figuras 2 y Figura 3 se puede observar esa misma asociación entre las dos escalas y la carga de trabajo según la escala NAS

En referencia a los diagnósticos principales no existe una diferencia estadística significativa en su diferencia de medias para establecer una asociación entre el diagnóstico principal y la escala NAS ($p = 0.20$)

Los diagnósticos más frecuentes en ambos grupos ha sido la Insuficiencia Cardíaca[2] (31.9% del Grupo No Desnutrido, 12,9% del grupo Desnutrido) y la infección respiratoria[1] (28,9% del Grupo No Desnutrido, 31,5% del grupo Desnutrido). En la Tabla 3 pueden verse los diagnósticos principales más frecuentes de la muestra

Por otro lado, los datos no relacionan el nivel de albúmina en sangre y los días de ingreso en el hospital, ni entre la relación sexo y albúmina

Finalmente de las 14 necesidades de Virginia Henderson, encontramos diferencias en la muestra, pues en el Grupo desnutrido necesitó de forma estadísticamente más significativas las necesidades 2,3,6,8,9 y 10 que el grupo No desnutrido

Discusión

Tras la finalización de mi estudio he podido definir las características típicas del paciente que ingresó en nuestra unidad durante el año 2014 (periodo de estudio). Se trata de un paciente de una media de edad elevada (82.92 (9.55)) y con una estancia media de 8 (6.00) días. El peso medio de la población que ingresa está sobre los 67.7 (14.22)KG con una altura de 1,61m. Su nivel de albúmina se encuentra alrededor de los 31.87(5.22) g/dl, con una media en la escala Barthel de 56 (33.53) y EMINA de 4.7(6.91). La media de carga de trabajo por paciente, según los datos extraídos de los resultados estadísticos es de 54.47 (6.00)

Se ha observado una correlación negativa entre la albúmina en sangre y la carga de trabajo NAS, siendo la carga de trabajo mayor a menor albúmina en sangre. O dicho de otra manera, a mayor estado de desnutrición mayor carga de trabajo para enfermería.

Por otro lado se ha observado la relación existente entre la escala Barthel y la carga de trabajo, siendo mayor la carga de trabajo a menor escala Barthel. Esto es lógico si pensamos que a menor escala Barthel, mayor dependencia y mayor los requerimientos, en tiempo de enfermería, del paciente para cubrir sus necesidades.

De la misma forma existe una asociación entre la escala EMINA y la escala NAS. Esto también tiene cierta lógica si entendemos que las personas con más riesgo de tener úlceras por presión (UPP) también son personas más dependientes, y por lo tanto, con mas carga de trabajo para enfermería. En este caso la correlación es directa ya que a mayor número en la escala EMINA mayor es la carga de trabajo NAS para enfermería.

En referencia a las Necesidades de Virginia Henderson y su relación con el estado de desnutrición podemos observar que existen diferencias y por lo tanto existe una asociación que nos permitirá en un futuro realizar un estudio más concreto y exhaustivo sobre el tema

Para finalizar, al valorar la relación entre los diagnósticos principales y la escala NAS hemos observado su total independencia uno de otro. Demostrado, esto último, que no podemos relacionar en nuestra población el diagnóstico principal de ingreso y la posible carga de trabajo para enfermería

Beneficios de la investigación

Los beneficios de la investigación pueden repercutir tanto a nivel económico de los centros hospitalarios como a la calidad prestada por el personal de enfermería a sus pacientes.

En muchas ocasiones el ratio paciente/enfermera se ve condicionada por el número de camas, pero sin tener en cuenta la calidad del paciente al que se le presta atención. La desnutrición de un paciente hospitalizado es un ítem importante a tener en cuenta para la distribución del personal sanitario en planta ayudando a los gestores a una mejor distribución de los mismos.

Tiene validez externa debido a que los resultados podrán generalizarse a otras poblaciones de características similares.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

REFERENCIAS

- de Ulíbarri Pérez JI. Clinical undernutrition in 2014; pathogenesis, early diagnosis and consequences; undernutrition and trophopathy. *Nutr Hosp* [Internet]. 2014;29(4):785–96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24679019>
- Candela CG, Rosado CI, Blanco a IDC. *Manual De Nutrición Clínica*. 1932;
- Arias M. *La Desnutrición En El Paciente Hospitalizado*. *Hosp Xeral*. 2006;1–26.
- Via Clavero G, Sanjuán Naváis M, Martínez Mesas M, Pena Alfaro M, Utrilla Antolín C, Zarragoikoetxea Jáuregui I. [Identity of gender and intensive care: influence of masculinity and femininity in the perception of nursing care]. *Enferm Intensiva*. 2010;21(3):104–12.
- Pérez J, César M, Benavent E, Álvarez-Estrada a. Detección precoz y control de la desnutrición hospitalaria. *Nutr Hosp*. 2002;17(3):139–46.
- Chandra RK, Imbach A, Moore C, Sackett D. Nutrition of the elderly. *Can Med Assoc J* 1991; 145:1475-8
- Farré R, Frasquet I e Ibor JF: Complicaciones postoperatorias en pacientes malnutridos: impacto económico y valor predictivo de algunos indicadores nutricionales. *Nutr Hosp*, 1998, 13(5):233-239.
- 39.
- Baccaro FG, Balza-Moreno J, Borlenghi C, Albani L. Prevalencia de desnutrición en un servicio de medicina interna. *Endocrinol y Nutr*. 2005;52(10):547–50.
- Arias-Rivera S, Sánchez-Sánchez MM, Fraile-Gamo MP, Patiño-Freire S, Pinto-Rodríguez V, Conde-Alonso MP, et al. Adaptación transcultural al castellano del Nursing Activities Score. *Enferm Intensiva*. 2013;24(1):12–22.
- Investigación N. Nursing workload measurement scales in Intensive Care Units. Correlation between NAS and NEMS. 2011;(1):1–10.
- Braña Marcos B, del Campo Ugidos RM, Fernández Méndez E, de la Villa Santoveña M. Propuesta de una nueva escala de valoración de cargas de trabajo y tiempos de enfermería (VACTE©). *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2007 Sep 9 [cited 2015 Jun 4];18(3):115–25. Available from: <http://europepmc.org/abstract/med/17915103>
- Padrón A, Gutiérrez C, Enríquez P. Escala de evaluación de la carga de trabajo de enfermería (EvecTe): propuesta de una nueva escala. *Rev Cub Med Int Emer* 2003; 2 (3): 50-58.
- Carmona-Monge FJ, Uranga IU, Gómez SG, Herranz CQ, Bengoetxea MB, Unanue GE, et al. Usage analysis of the nursing

activities score in two spanish ICUS. Rev da Esc Enferm. 2013;47(5):1106–13.

Mesa de Comunicaciones 22: Docencia**Concurrent Session 22: Health Education****AUTORES/AUTHORS:**M^ª DOLORES LUNA AVILÉS, CLARA BARAJAS LUNA, ÁNGELA LUNA CASTROVERDE**TÍTULO/TITLE:**

"CONOCIMIENTOS DE LOS DOCENTES SOBRE EL ASMA Y RECURSOS DISPONIBLES EN LOS CENTROS EDUCATIVOS"

OBJETIVOS: Determinar los conocimientos y actitudes sobre el manejo y tratamiento del asma, entre los profesores de la localidad de Torrijos (TOLEDO). Identificar la información que posee el profesorado sobre el asma infantil y la forma de obtención. Identificar los recursos materiales y organizativos disponibles para la atención de los niños asmáticos en los centros educativos de la localidad.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional descriptivo transversal prospectivo. La población de estudio está formada por los profesores de todos los centros educativos públicos y concertados de Torrijos (Toledo) que impartieron clase durante el curso escolar 2013-14. Los datos se recogieron mediante un cuestionario dividido en dos partes. En la primera parte se recogieron datos relativos a variables sociodemográficas: el docente, el centro escolar, tipo de centro, titularidad etc. Estos datos se recopilaban mediante encuesta autocumplimentada de elaboración propia realizada tras consultar bibliografía. En una segunda parte del cuestionario se recogieron datos sobre los conocimientos de los profesores sobre el asma infantil y su manejo utilizándose el Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire (NAKQ), traducido y validado al castellano por Praena et al^{12,13}. La versión española del NAKQ es aceptable y equivalente culturalmente a la versión original y tiene un buen grado de fiabilidad, validez y reproducibilidad. El coeficiente global de Cronbach del cuestionario es 0,72, la tau-b de Kendall de 0,8573, con significación ($p < 0,01$) y el índice kappa muestra en más de la mitad de los ítems buena o muy buena reproducibilidad. El cuestionario se distribuyó al total de profesores siguiendo las indicaciones de la dirección de cada centro educativo. Una vez recogidos los cuestionarios cumplimentados por los mismos, se mecanizaron los datos en soporte informático. Para su procesamiento se utilizó el programa estadístico SPSS 17.0.

RESULTADOS: Participaron en el estudio un total de 5 centros educativos, (cuatro públicos y un centro concertado), en los que impartían clase un total de 226 profesores que cumplían los criterios de inclusión establecidos. Devolvieron la encuesta cumplimentada un total de 117 docentes, obteniéndose así un porcentaje de participación del 51,7%. La edad media de los participantes fue de 41,4+ 8,13 años (rango: 24-61 años), siendo el 61,2 % [71] mujeres. Un 51,8% [59] de los docentes eran diplomados, con un tiempo medio de ejercicio profesional de 14,4 +-8,42 años (rango: 1-40 años). Un 9,4 % [11] de los profesores encuestados se declararon asmáticos, un 29,1% [34] tenía algún asmático en su entorno familiar más cercano. Más de la mitad de los profesores incluidos en el estudio (55,6%) [60] manifiesta no conocer el número de niños asmáticos que tiene en clase. Un 28,9% [33] ha tenido en su clase niños con síntomas de asma. En cuanto a si los encuestados conocen los primeros pasos a seguir un 66,7% [76] contesta negativamente, frente al 21,9% [25] que si los conocen, teniendo en cuenta el resto de porcentaje que ns/nc 11,4% [16]. La puntuación media del cuestionario sobre los conocimientos de los profesores en relación con el asma fue de 16,08 puntos, (IC 14,9-17,25). Ningún profesor contesta correctamente la pregunta en la que se solicitan los tres síntomas principales del asma, siendo el 41,9% [49] el porcentaje de profesores que ns/nc. Respecto al tratamiento, el 70,9% [83] conoce que los antibióticos no son una parte importante del tratamiento para la mayoría de los niños con asma. Un 51,3% [60] sabe que los niños con síntomas frecuentes de asma deberían tomar medicinas preventivas, sin embargo, cuando se les solicita dos tratamientos que se toman regularmente todos los días para el asma, solo el 12,8% [15] contesta correctamente, el 49,6% [58] ns/nc.

Si analizamos los factores asociados a la puntuación del cuestionario sobre conocimientos de asma, se observa una asociación moderada entre los conocimientos sobre el asma y la edad, observándose una correlación negativa de Pearson de -0,286 ($p < 0,002$), es decir que a menor edad de los profesores, mayores son sus conocimientos sobre el asma. Ocurre también con la experiencia profesional que presenta una correlación negativa de Pearson de -0,193 ($p < 0,039$) en cuanto a la puntuación en el cuestionario. Los profesores del centro concertado alcanzan un número de respuestas correctas significativamente mayor que los que trabajan en centros públicos: concertado 18,49 (17,51-19,46); públicos 14,87 (13,27-16,47); ($p < 0,001$). Por el contrario, no se observan diferencias significativas en la puntuación del cuestionario según los profesores hayan presenciado en algún momento síntomas de asma entre sus alumnos o no, ni según manifiesten conocer o no el número de sus alumnos que son asmáticos. Tampoco hay diferencias significativas entre los conocimientos de los profesores y haber padecido asma o tener alguien en el entorno, pero sí hay una tendencia, pues los que lo padecen o tienen a alguien en su entorno con asma tienen mayor puntuación en los

conocimientos (16,25-20,36) ($p=0,278$) y (14,72-19,03) ($p=0,387$) respectivamente. En cuanto a las respuestas de los profesores encuestados a la pregunta de si conocen los primeros pasos a seguir ante un alumno con asma, un 66,7% [76] contestaron negativamente, el 21,9% [25] sí conocían los primeros pasos a seguir ante una crisis de asma, siendo el 11,4% [16] el porcentaje de profesores que respondieron ns/nc. Sólo el 4,3% [5] de los profesores afirma que existe un plan de actuación previamente establecido en su centro educativo para actuar ante un niño con síntomas/crisis de asma, frente al 47,8% [55] que contesta negativamente, mientras que un 47,8% [57] no saben si existe o no. En cuanto a si los encuestados creen que existe una normativa suficiente sobre el papel de los profesores en el cuidado de niños asmático un 64,7% [76] contesta negativamente, un 33,6% [39] ns/nc y tan sólo el 1,7% [2] contesta afirmativamente. De la opinión de los profesores sobre sus conocimientos acerca del asma e interés por actividades formativas específicas, los resultados obtenidos son los siguientes: El 82,1% [96] de los profesores cree que sus conocimientos sobre el asma no son suficientes, y el 98,3% [113] afirma el deseo de recibir formación/información sobre el tema, mediante cursos presenciales y folletos informativos.

DISCUSIÓN. La participación en general ha sido aceptable (51,7%), aunque no llega a la cifra de participación esperada (en torno al 60%), es inferior a la obtenida en el estudio EACEE2 sobre el asma en los centros escolares españoles (62,4%) y muy superior a otros (30%)¹⁰. Los resultados de este estudio al igual que en el estudio EACEE2, muestran que algo más de la mitad de los profesores desconocen el número de alumnos asmáticos en sus aulas, y que sólo un 29,8% ha tenido en sus clases alumnos con síntomas de asma. En un estudio realizado en Tenerife³ mediante encuestas a profesores, el 84% de los profesores refirió ser informado, algunas veces o siempre sobre los alumnos asmáticos que tenían en clase. Además, el hecho de que el profesor estuviera informado sobre esta situación se asociaba con un mayor conocimiento de los primeros pasos ante una crisis, síntomas de la enfermedad y capacidad para ayudar en la administración del aerosol. Estos datos nos indican la gran importancia de informar a los profesores sobre la presencia de alumnos asmáticos en clase.

La puntuación media obtenida por los profesores participantes sobre sus conocimientos en relación al asma fue de 16,08 puntos. Por tanto, se puede afirmar que el grado de conocimiento que sobre asma tienen los docentes de este estudio es bajo si lo comparamos con los obtenidos por Praena, en el único estudio que utilizó de forma estricta el Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire (NAKQ) en español⁹. Esta puntuación también se asemeja a la del EACEE2 (16 puntos) y otros como Korta et al.(15,7 puntos)⁴. Estudios realizados en otros países, utilizando el mismo cuestionario, obtuvieron resultados semejantes (Gibson 14,911; Henry 16,412). Este desconocimiento de los docentes acerca de aspectos fundamentales de la enfermedad puede ser explicado por el simple hecho de que los profesores, salvo una minoría, no han recibido nunca formación sobre el asma y su tratamiento. Es preciso, por tanto, que sean adecuadamente adiestrados para el reconocimiento de los principales síntomas de la enfermedad, sobre la actuación en caso de síntomas y sobre la identificación precoz de situaciones en las que los alumnos precisan asistencia sanitaria. En este estudio, no se observan diferencias significativas en la relación entre los conocimientos de los profesores y haber padecido asma o tener alguien con asma en el entorno, si existe una tendencia, pues los que lo padecen o tienen a alguien en su entorno con asma tienen mayor puntuación en los conocimientos. Estos resultados siguen la misma línea, aunque solo se pueda observar una tendencia, de otros estudios anteriores como en el estudio EACEE2, Getch et al.¹⁰ y Korta et al.⁴ en la que se comprueba que los conocimientos sobre la enfermedad son mayores entre aquellos profesores que han tenido algún tipo de contacto personal con asmáticos, porque ellos mismos lo son e incluso cuando tienen algún familiar próximo afecto. En dos trabajos recientes^{13,3}, se destaca el hecho de que el profesor que haya tenido en sus clases niños con síntomas de asma o esté informado del número de niños asmáticos entre sus alumnos, se asocia con un mayor conocimiento de los primeros pasos ante una crisis, síntomas de la enfermedad y capacidad para ayudar en la administración de la medicación, aspectos que no han sido significativos en este trabajo. Probablemente, la simple información de la presencia de alumnos asmáticos en clase, aunque importante, no sea suficiente para incrementar los conocimientos de los profesores. Por tanto, sería recomendable informar y formar a los profesores sobre la enfermedad, de una manera protocolizada y apoyada por la institución.

Al igual que en otros trabajos publicados^{2,4,5}, hay un sentir unánime (82,1% de los encuestados) sobre el deficiente nivel de

conocimientos, que ellos mismos confiesan tener, así como la necesidad y el deseo de mejorarlos, así el 98,3% afirma el deseo de recibir formación/información sobre el tema, mediante cursos presenciales y folletos informativos. En cuanto a si los encuestados creen que existe una normativa suficiente sobre el papel de los profesores en el cuidado de alumnos, es llamativo el bajo porcentaje de respuesta en este apartado, no existiendo una normativa legal vigente por parte del estado.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA. Conocida la situación real de estos centros educativos en torno al asma, los esfuerzos futuros habrán de ir encaminados a la transformación de la misma, tratando en primer lugar de implementar acciones educativas dirigidas a los profesores y alumnos, integrando una serie de elementos básicos como la identificación de todos los estudiantes asmáticos, garantizar el acceso inmediato a la medicación prescrita, utilización de un plan de acción escrito individualizado para cada alumno asmático, alentar la participación en todas las actividades relacionadas con la escuela incluidas la actividad física, utilización de protocolos de asistencia urgente en caso de reagudización, identificación y evitación de los desencadenantes más habituales, así como la consecución de una adecuada comunicación y colaboración entre personal de la escuela, familias y profesionales sanitarios, pasando por adecuar los recursos humanos, materiales y organizativos, y finalmente promulgar una normativa legal que aclare el vacío actualmente existente en torno a la distribución de responsabilidades sobre la administración de cuidados específicos que requieren los niños con patologías crónicas en el horario escolar, entre ellas el asma.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía Española para el manejo del Asma (GEMA 2009) © 2009, SEPAR, SEAIC, SEORL, SEMFYC, SEMERGEN, SEMG, GRAP, SEICAP y SENP. Disponible en: www.gemasma.com (consultado el 28 de febrero de 2014)
2. Rodríguez Fernández-Oliva CR, Úbeda Sansano MI, Korta Murua J, López-Silvarrey A, Rueda Esteban S, Morell Bernabé JJ. C-18. Conocimientos sobre asma de los profesores en centros escolares. Estudio EACEE. Rev Pediatr Aten Primaria. Supl. 2011;(20):e34-e35
3. Rodríguez Fernández-Oliva CR, Torres Álvarez de Arcaya ML, Aguirre Jaime A. Conocimientos y actitudes del profesor ante el asma del alumno. An Pediatr (Barc). 2010; 72: 413-9
4. Korta Murua J, Pérez-Yarza EG, Pértega Díaz S, Aldasoro Ruiz A, Sardón Prado O, López-Silvarrey Varela A, et al. Impacto de una intervención educativa sobre asma en los profesores. An Pediatr (Barc). 2012; 77: 236-46
5. Praena Crespo M, Fernández Truhán JC, Morales Lozano JA, Navarro Montañó MJ, Jiménez Cortés A, Gálvez González J. Diseño de un programa de educación en asma para profesores de educación física de centros de enseñanza secundaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2008;10:71-2

AUTORES/AUTHORS:

M Carmen Olivé Ferrer, Silvia Costa Abós, María Cónsul Giribet, Olga Canet Vélez, Antonia Arreciado Marañón, M^a Dolores Bardallo Porras, Judith Roca Llobet

TÍTULO/TITLE:

Elementos que dificultan el desarrollo del pensamiento crítico en el Grado de enfermería y propuestas de mejora

Introducción

El estudio que se presenta se enmarca en la Red Iberoamericana de Investigación en Educación en Enfermería (RIIEE) que pretende identificar la presencia del Pensamiento Crítico (PC) en los estudios de enfermería. El equipo de Cataluña, dispone de un proyecto local para su desarrollo (PREUI14/02).

Existe un acuerdo cada vez más generalizado sobre la importancia de contemplar la competencia de PC en el currículum de Enfermería, con el argumento que ésta debe ser una competencia de egreso por su relación con la capacidad de las enfermeras para emitir el juicio clínico en su práctica profesional (Isaacs, 1994, 2010; Cerullo; Cruz, 2010) y por lo tanto para mejorar los cuidados profesionales (Da Silva, 2010; Lunney, 2011).

Contemplamos el PC como aquel "Proceso de razonamiento complejo, sistemático, dialógico y deliberado, auto dirigido y orientado a la acción, cuyo fin primordial es elegir, con base en procesos intelectuales y afectivos (cognitivos, experienciales e intuitivos), las mejores opciones de respuestas que favorezcan la solución de problemas de Enfermería, en contextos bien definidos y de acuerdo a los postulados éticos de la profesión" (RIIEE, 2013).

En el contexto profesional y docente algunos autores abogan por vincular el PC con el proceso enfermero (Alfaro-LeFebre 2009; Falcó, 2009) no obstante, debe ser contemplado con una especificidad y una voluntad consciente para que represente un PC real.

Objetivos

Identificar elementos del contexto educativo que dificultan el desarrollo del PC en el estudiantado de enfermería.

Plantear propuestas de mejora, referentes al PC, en el Grado de Enfermería.

Métodos

El diseño es cualitativo y el método es fenomenológico exploratorio ya que pretende comprender el significado del PC en los estudios de Grado de enfermería. El PC como competencia se considera un fenómeno poco conocido, por lo que se pretende identificar aquellos aspectos relevantes, a través de la experiencia vivida por profesorado experto.

La población a estudio es profesorado experto de enfermería, con trayectorias reconocidas referentes al PC, de universidades catalanas públicas y privadas. La muestra es intencionada.

Para la Generación de información se han realizado 12 entrevistas en profundidad, con guión orientado al PC y preguntas abiertas que permiten el relato de quien informa. Se recogen también datos socio biográficos.

Se transcriben las entrevistas de manera textual, y se gestiona la información con el programa Atlas-ti 6.0.

Como Dimensiones del fenómeno se atiende a aquellos elementos, en el desarrollo del currículum, que dificultan, según la percepción de profesorado experto, el desarrollo del PC en el Grado de enfermería.

Se efectúa un Análisis de contenido, partiendo de unidades y categorías inferidas en el propio análisis, desde una aproximación trans-ductiva. Como criterios de rigor científico se triangulan los datos por diferentes investigadoras.

Los participantes firman consentimiento informado.

Resultados

Emergen tres grandes categorías: El PC y el profesorado; el PC y el estudiantado; y el PC y el contexto:

Referente al profesorado: podríamos hacer referencia a diferentes autores para hablar de la responsabilidad del profesorado, un compromiso que va más allá de la formación en contenidos, podemos nombrar a dos, Edgar Morin que con sus siete saberes para la

educación del futuro contempla desde la ética, hasta el afrontamiento de las incertidumbres, enseñar la condición humana y la identidad terrenal o la comprensión (Morin, 2001); y Pepín que desarrolla la utilización de los saberes enfermeros contemplando así mismo el modo ético, estético y personal, también el empírico y el sociopolítico o emancipatorio (Pepín, 2010). Por lo que ya no debe ser marginal el contemplar la formación enfermera como compromiso sociopolítico contextualizado y ético, que supone un cambio de paradigma y va más allá de una repetición memorística.

Referente a la opinión del profesorado experto, se considera que el profesorado no prioriza el PC y que tampoco está integrado el PC como esencial en el currículum. Se prioriza y trabaja con un pensamiento simple. Se busca una evaluación objetiva, fácil de desarrollar y que genera menos conflictos. Se genera también la reflexión en cuanto a la posibilidad de llevar a la práctica los modelos teóricos:

“Si los profesores vieses como prioritaria esta competencia (...) se documentarían más y les entrarían las ganas, si desarrolláramos unos instrumentos para mejorar las capacidades de los alumnos en la toma de decisiones en el futuro, estaríamos todos los profesores implicados” [Ada].

“Si trabajas en equipo le debes fidelidad y reduce mi creatividad (...) y el PC no preocupa a los docentes de mi entorno, buscan respuestas estereotipadas, son más fáciles de corregir, si tienen un pensamiento simple ven complicado un pensamiento complejo” [Paula].

“Hay dificultad de implementar un modelo teórico de PC a un nivel real” [Ramona].

Referente al estudiantado: parecería que a partir del EEES se da un cambio de paradigma y un compromiso más firme en cuanto al estudiantado y su propia responsabilidad en su aprendizaje (García-Carpintero et al., 2015), no obstante el profesorado expresa que el alumnado muestra dificultad en la búsqueda de información relevante y capacidad de lectura crítica en idioma extranjero. Disponen de poca cultura de reflexión y PC en un mundo que atiende a la inmediatez. El uso de las nuevas tecnologías no contribuye a favorecer un pensamiento complejo y crítico sino a esta inmediatez:

“Tienen baja capacidad reflexiva (...) es difícil la participación en el aula (...) hay que gastar mucha energía, el análisis de los artículos es muy pobre y les cuesta también por el idioma” [Aurora].

“Las TIC aportan rapidez y una cultura del ahora mismo, el PC es reflexión, requiere de su tiempo, al utilizar tanta tecnología tienen el PC infrutilizado” [Ada].

Referente al contexto: el contexto contribuye, de forma directa, a modelar estilos de enseñanza-aprendizaje (Rodríguez, Boronat, 2008) y en la actualidad los recortes presupuestarios en la universidad y las evaluaciones enfocadas hacia la investigación, generan cambios en la prioridad por parte del profesorado, debido a su necesidad de estabilizarse. Ello conlleva un dejar la docencia a un segundo plano y buscar la organización de actividades en grupos grandes, que a su vez, son difíciles de gestionar con actividades que generen PC:

“Trabajar con grupos pequeños es más caro (...) las universidades estamos en una situación de recorte presupuestario importante y los grupos pequeños penaliza (...) el profesorado de nueva incorporación lo tienen menos priorizado que las que llevamos más tiempo” [Ramona].

“La parte de investigación antes estaba olvidada, ahora hay que investigar y hacer docencia (...) los grupos que eran de 10 serán de 50 y no se puede plantear hacer ABP” [Vanessa].

“¿Cómo puedo yo evaluar el PC a un grupo de 110 alumnos? Es muy complicado” [Ada].

Discusión

El PC es esencial en los estudios de enfermería (Almeida, Lletget y Gonzalez, 2015), parecería que desde los diferentes ámbitos implicados en su organización, lo plantearían como prioritario, pero no es así, se apunta a una falta de conocimiento e incluso de motivación por parte del propio profesorado hacia el PC, aunque hay una reflexión profunda que nos lleva a definir algunos motivos de esta pérdida de prioridad.

Se percibe un cambio en la priorización de la investigación, en el profesorado de nueva incorporación, por encima de la docencia,

situación que se comprende debido a los baremos de evaluación y acreditación para consolidar plazas a profesora universitaria. Se incrementa el número de estudiantes en los grupos formativos, cuando se acreditan las horas trabajadas puntúa más una clase magistral con 120 alumnos que varios grupos de tutoría con 10, por lo que la tendencia es de hacer grupos grandes, en los que el trabajo con PC y su evaluación es más complejo.

Se instaure la cultura de la inmediatez, por una parte las TIC lo favorecen, por la otra se busca la no problematización de las situaciones (tanto en el trabajo de aula como de las evaluaciones).

Los recientes recortes presupuestarios han llevado a una tasa de reposición del profesorado del 10% por lo que asociado a las jubilaciones y a un cambio generacional, ha supuesto una incorporación de profesorado con contratos precarios, lo que no favorece a consolidar un compromiso pleno tanto para la docencia como para la investigación.

Como elementos que dificultan el desarrollo del PC podemos identificar unos macros y otros más locales:

Las políticas universitarias actuales con descenso de financiación y tasas de reposición, asociado a una priorización de la investigación en la acreditación, olvidando la docencia como función prioritaria de las universidades.

La cultura de la inmediatez y la facilidad en localizar información, parece una dificultad real a la hora de desarrollar la reflexión y la formación consolidada y significativa.

La búsqueda de la no problematización en grupos grandes y equipos docentes lleva a consolidar estrategias de enseñanza-aprendizaje estandarizadas y nombradas objetivas que contribuyen poco al desarrollo del PC.

El cambio generacional está por ver de qué forma contribuye a un desarrollo o no de este PC, por una parte las políticas universitarias no contribuyen a ello, por la otra, habrá que ver de qué manera, las nuevas generaciones, son capaces de transformar el contexto, siempre y cuando, lo vean necesario.

Como implicaciones para la práctica y propuestas de mejora se plantea:

Priorizar el PC en el currículum y contemplarlo como competencia transversal prioritaria, para que contribuya a generar un pensamiento crítico-reflexivo (Moreno y Siles, 2014) que se oriente a la práctica y que contribuya a un desarrollo profesional comprometido de las enfermeras, en un contexto globalizado y complejo.

Desarrollar instrumentos que contribuyan a la coordinación y al empoderamiento del profesorado y ayuden al estudiantado a generar el PC que les permitan una toma de decisiones razonada, contemplando la justicia social.

Es esencial que las administraciones públicas, las universidades y el profesorado participen de forma activa con un compromiso explícito, en la organización de la docencia, para desarrollar profesionales competentes y a la vez críticos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

Almeida, AM., Lletget, R. Gonzalez, M (2015) Los nuevos profesionales de la Enfermería para el siglo xxi. 18 (5): 24-31

Alfaro-LeFevre, R. (2009) Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería: un enfoque práctico para un pensamiento centrado en los resultados Elsevier, Barcelona: España.

Cerullo, J.; Cruz, D. (2010) Raciocinio clínico y pensamiento crítico. Rev. Latino-Am. Enfermagem, acceso: 03/12/201418(1):[06 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/es_19.pdf

Da Silva, J, Almeida D. Raciocínio clínico e pensamento crítico. Rev Latino-Am Enferm. 2010; 18(1):1-6.

Falcó, A (2009) Estrategias de razonamiento y pensamiento crítico en los estudiantes de enfermería. Metas de Enferm. 12(9):68-72

García-Carpintero, E., Siles, J., Martínez,-Roche, E. Martínez de Mikguel, E., González, S., Pulido, R. (2015). El estudiante como protagonista de su aprendizaje: la necesidad del uso del portafolio en Enfermería dentro del contexto de Educación Superior. Index Enfermería. 24 (1-2):93-97.

- Isaacs L. (2010) Patrones de Pensamiento Crítico en alumnos Post Exposición a un modelo de enseñanza integrado a Enfermería. *Inv Educ Enferm.* 28(3):363-368.
- Isaacs L. (1994) El efecto de Enseñar las Destrezas de Pensamiento Crítico en un Curso Introductorio de Enfermería. *Revista Latino-americana de Enfermagen.*: 2(2):115-127.
- Lunney M. (2011) Razonamiento crítico para alcanzar resultados de salud positivos. Análisis y estudio de casos de enfermería. Elsevier. Barcelona.
- Moreno, IM., Siles, J. (2014) Pensamiento crítico en enfermería: de la racionalidad técnica a la práctica reflexiva. *Aquichán.* 14 (4): 594-604
- Morin, E. (2001) Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Barcelona: Paidós
- Pepin, J., Kérouac, S., Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* 3a ed. Montréal: Chenelière Éducation.
- RIIEE. (2013). Desarrollo del pensamiento reflexivo y crítico en los estudiantes de enfermería: situación de Iberoamérica.
- Rodríguez, M. & Boronat J. (2008). La responsabilidad, fundamento de la educación democrática y colaborativa en la enseñanza universitaria: estudio de casos en el área de enfermería. En *The collaborative action research network (CARN)*. (13):21 - 25. Disponible en: <http://www.esri.mmu.ac.uk/carnnew/bulletins>

AUTORES/AUTHORS:

M^º Angeles Cidoncha Moreno, Begoña Ruía de Alegría Fernandez de Retana

TÍTULO/TITLE:

Barreras para la investigación en enfermería en Osakidetza

Objetivo:

Conocer la percepción de las enfermeras de Osakidetza sobre las barreras para la incorporación de la investigación en la práctica.

Metodología:

Estudio observacional transversal y descriptivo a través del cuestionario "The BARRIERS" adaptado al castellano, además se recogen variables laborales y de formación e investigación. La información se recoge a través de cuestionario autoadministrado. La población a estudio fueron las enfermeras de Osakidetza que trabajan en todos los ámbitos asistenciales. Se calcula un tamaño de la muestra estimando que en el peor de los casos cada opción de respuesta en cada ítem será seleccionada por el 50% de la muestra, con una precisión de 3%, y anticipando una tasa de respuesta no superior al 50%. La muestra definitiva quedó conformada por 1856 enfermeras. Se realizó una aleatorización de los participantes a través de los números de personal de las enfermeras. La tasa de respuesta fue del 40,41%. Se utilizó estadística descriptiva para sintetizar y organizar los datos obtenidos y el análisis de asociación entre variables se realizó mediante la prueba t de Student para dos muestras independientes. El análisis de los datos se realizó a través del programa IBM SPSS Statistics en su versión 21.00 para Windows.

Resultados:

El tiempo insuficiente en el trabajo para implementar nuevas ideas, el desconocimiento de las investigaciones, la no colaboración en la implementación de los médicos y la falta de tiempo de las enfermeras para leer la investigación, son las barreras con mayores puntuaciones. Los factores con puntuaciones más elevadas son: "características de la organización" (media=21,84 y DS=5,62) seguido de "características del profesional" (media=21,35 y DS=5,30).

Se comparan estos resultados según ámbito asistencial y de si el profesional tiene formación/investigación y se aprecia que existen diferencias significativas en los 4 factores del cuestionario al asociarlo con el ámbito asistencial (menos puntuación en los profesionales de Atención Primaria) y en 2 factores al relacionarlo con la formación/investigación (menos puntuación en los no formación/investigación).

Discusión:

Las enfermeras perciben el tiempo como la principal barrera para implantar los resultados de la investigación en la práctica (para implementar como para leer investigación). Estas barreras coinciden con las que aparecen en la bibliografía a nivel nacional e internacional.

Las barreras más importantes en otros estudios que han utilizado la escala "The BARRIERS" se incluyen bajo el factor de "características de la organización" y "características del profesional" como ocurre en este estudio.

Las diferencias obtenidas en este estudio entre los profesionales de distintos ámbitos reflejan que los profesionales de Atención Primaria perciben menos barreras para implementar la investigación en la práctica que los profesionales de Atención Hospitalaria.

Implicaciones para la práctica: Se debe fomentar una cultura organizacional que facilite la incorporación de la investigación a la práctica en todos los ámbitos de trabajo, además de sensibilizar a los profesionales sobre la importancia de su uso y la formación en este tema para mejorar la atención que se presta.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Bernal RJ, Rodriguez JJ, Lagos E, Cabezas L, Dominguez MT, Moreno C. Barreras para la investigación en enfermería. Rev ROL Enferm. 2014; 37(7-8): 520-526
2. Moreno T, Fuentelsaz C, Gonzalez E, Gil 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
3. Martínez Riera JR. Barreras e instrumentos facilitadores para la enfermería basada en la evidencia. Enferm Clin. 2003; 13(5): 303-308
4. Oltra E, Riestra R, Alonso F, García J, Martínez M, Migueles R. Dificultades y oportunidades para investigar percibidas por las enfermeras de Asturias. Enferm Clin. 2007; 17(1): 3-9
5. Parahoo K. Barriers to, and facilitator of, research utilisation among nurses in Northern Ireland. J Adv Nurs. 2000; 31: 89-98
6. Hommelstad J, Ruland CM. Norwegian nurses'perceived barriers and facilitators to research use. AORNJ.2004; 79:621-634.
7. Bonner A, Sando J. Examining the knowledge, attitude an use of research by nurses. Journal of Nursing Management. 2008; 16: 334-343

Mesa de Comunicaciones 23: Cáncer / Cuidados paliativos**Concurrent Session 23: Cancer / Palliative Care****AUTORES/AUTHORS:**

Marta Gómez Iglesias, María Isabel Rihuete Galve

TÍTULO/TITLE:

Valoración de la incertidumbre percibida por los pacientes oncológicos

1. Objetivos:

Objetivo principal: Analizar la incertidumbre que presentan los enfermos oncológicos durante su enfermedad

Objetivos secundarios:

- Estudiar los diversos factores que influyen en la incertidumbre
- Analizar la relación entre la incertidumbre, el apoyo sociofamiliar y las actividades de la vida diaria

2. Método:

2.1. Diseño: Descriptivo prospectivo transversal

2.1.1. Sujetos: Serán asignados de forma prospectiva por conveniencia al estudio, de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión que se muestran a continuación:

a) Criterios de inclusión:

- Pacientes ingresados en la planta de oncología con diagnóstico de tumores sólidos en cualquier fase de la enfermedad.
- Pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Paliativos con diagnóstico de tumores sólidos.
- Pacientes dependientes de la Unidad de Cuidados Paliativos domiciliaria con diagnóstico de tumores sólidos.
- Pacientes en tratamiento activo en el Hospital de día con diagnóstico de tumores sólidos.
- Pacientes mayores de edad.

b) Criterios de exclusión:

- Pacientes sin diagnóstico de cáncer.
- Pacientes que reingresan y ya han participado en el estudio.
- Pacientes con demencia o estado mental significativamente alterado que pudiera impedir la comprensión o la entrega del consentimiento informado y del desarrollo de los test.
- Idioma o lenguaje incomprensible.
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado.

2.1.2. Fuente y ámbito de estudio:

- Servicio de Oncología del Hospital Clínico Universitario de Salamanca.
- Hospital de día del Hospital Clínico Universitario de Salamanca.
- Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Los Montalvos.
- Residencias propias de los pacientes dependientes de la Unidad de Cuidados Paliativos.

2.1.3. Variables a estudio:

- Variables cuantitativas: Edad; Tiempo desde el diagnóstico; Número de ingresos.
- Variables cualitativas: Incertidumbre; Apoyo sociofamiliar; Actividades de la vida diaria; Rendimiento del paciente oncológico (Karnofsky); Género; Diagnóstico neoplásico; Estadio del tumor; Tratamiento (curativo/paliativo); Ámbito de estudio; Conocimiento del diagnóstico por parte del paciente; Nivel cultural; Lugar de residencia (rural/urbano); Estado civil; Personas a su cargo; Situación laboral; Creencia religiosa; Pertenencia a alguna asociación de pacientes

2.1.4. Instrumentos de evaluación y de recogida de datos:

- Historias clínicas de los pacientes
- Versión adaptada al español de la escala de incertidumbre de Mishel (EIME-C)
- Escala de apoyo sociofamiliar Duke-Unc
- Índice de Katz para evaluar las actividades de la vida diaria
- Cuestionario de Karnofsky para pacientes oncológicos
- Para la recogida de datos se utilizará una base de datos creada mediante el programa estadístico SPSS versión 18.0.0.

2.1.5. Procedimiento: Una vez asignados los sujetos de la muestra al estudio siguiendo los criterios de inclusión y de exclusión, se

les proporcionará a los pacientes el test EIME-C, el test de Duke-Unc, el índice de Katz y el cuestionario de Karnofsky. Además, se completará la información con las historias clínicas. La información que no se pueda obtener por los test o las historias clínicas se preguntará directamente al paciente (conocimiento de la enfermedad, estado civil, nivel cultural, nº de hijos a su cargo, situación laboral, creencia en Dios, pertenencia a alguna asociación de pacientes). Una vez recogidos los datos se almacenarán en la base de datos creada en el programa SPSS y se realizará el análisis estadístico de los datos obtenidos en relación a las variables a estudio.

2.2. Metodología estadística:

2.2.1. Estadística descriptiva: Las variables cuantitativas que seguían una distribución normal fueron definidas por media, desviación típica e intervalo de valores. En aquellas variables que no seguían esta distribución se utilizó la mediana, en lugar de la media, como medida de centralización. Las variables discretas se definieron por número de casos y porcentajes. Para comprobar si una variable seguía una distribución normal se comprobó que presentaba una curva equivalente a la campana de Gauss mediante el test de Kolmogorov-Smirnov ($p < 0,05$).

2.2.2. Estadística analítica: La correlación de dos variables cuantitativas (edad e incertidumbre) se realizó mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Se consideraron como significativos valores de $p < 0,05$. En cuanto a la correlación entre variables cualitativas se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para determinar si existe asociación o no entre dichas variables. Se consideraron como significativos valores de $p < 0,05$.

2.2.3. Procesado de datos: El proceso de análisis de datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 18.0.0

3. Resultados:

- Se ha utilizado un tamaño muestral de 98 pacientes oncológicos en tratamiento curativo y paliativo durante su ingreso en el Servicio de Oncología, Hospital de día y Unidad de Cuidados Paliativos (hospital y domicilios). Del total de la muestra 47 (48%) son hombres y 51 son mujeres (52%).

- 47 pacientes presentaron bajo nivel de incertidumbre frente a 27 pacientes con nivel intermedio y 24 pacientes con alto nivel de incertidumbre frente a la enfermedad.

- Respecto a la incertidumbre media obtenida en cada ámbito se observó que los niveles medios más bajos se obtuvieron en el hospital de día, seguido de la planta de oncología, después de la Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalaria, y por último, las puntuaciones medias de incertidumbre más altas representan a los pacientes domiciliarios. De esto se deduce que los pacientes con tratamiento paliativo presentan mayor incertidumbre frente a la enfermedad que los pacientes con tratamiento curativo.

- En cuanto a la relación entre la incertidumbre y el apoyo sociofamiliar, el valor de significancia asintótica bilateral fue $p = 0,036$, por tanto se considera el resultado como estadísticamente significativo. Además se observó que la correlación es negativa, lo que indica que es una correlación inversamente proporcional, es decir, al aumentar el apoyo sociofamiliar (Duke-Unc) disminuye la incertidumbre (EIME-C) y viceversa.

- Al estudiar la relación entre la incertidumbre y las actividades de la vida diaria se obtuvo un valor $p = 0,002$, por lo que también se considera estadísticamente significativo. La correlación es positiva, y por lo tanto directamente proporcional. Cuando aumenta la incertidumbre, aumenta el índice de Katz. Cuando aumenta el índice de Katz, aumenta la incertidumbre. Esto significa que para los pacientes más dependientes en las actividades de la vida diaria, la incertidumbre es mayor. Por el contrario, para los más independientes la incertidumbre es menor.

- Los datos entre el rendimiento de los pacientes oncológicos y la incertidumbre percibida reflejaron un valor de significancia asintótica bilateral de $p = 0,003$. Es decir, existe correlación. Al igual que la relación entre la incertidumbre y el apoyo sociofamiliar, la correlación entre estas escalas es inversamente proporcional: al aumentar EIME-C, disminuye Karnofsky; al aumentar Karnofsky, disminuye EIME-C. A mayor puntuación de Karnofsky, menor evidencia de síntomas de la enfermedad. Es decir, cuando no existe evidencia de síntomas de enfermedad, la incertidumbre es menor.

4. Discusión: el propósito de esta investigación es conocer la incertidumbre que perciben los enfermos oncológicos durante el proceso de su enfermedad, así como evaluar su relación con las diversas variables que presenta cada una de las personas que

participaron en el estudio, a través de la teoría de la incertidumbre de Mishel, pretendiendo aportar información a la práctica clínica en el contexto de las enfermedades graves y crónicas.

De acuerdo a datos de la OMS, los cánceres más frecuentes son los de pulmón, mama y colon, y afectan más a hombres que mujeres al igual que los resultados obtenidos en nuestro estudio. Según la SEOM, con datos de la incidencia del cáncer en España en 2012, alrededor de 2/3 partes se produjeron en pacientes mayores de 65 años. Las cifras de nuestro estudio sitúan la media de edad en 60,73 años, cifra cercana a la obtenida por otros autores.

Conforme a la teoría, la incertidumbre se genera cuando componentes como la enfermedad, el tratamiento asociado, y los acontecimientos relacionados con la enfermedad tienen características complejas, inconscientes, aleatorizados e impredecibles y una falta de información en situaciones importantes para la persona. Además, se ha demostrado en varios estudios que los indicadores objetivos y subjetivos, tanto de la amenaza de la muerte como de la sintomatología de la enfermedad están, sin lugar a dudas, relacionados positivamente con la incertidumbre. Los resultados hallados durante el proceso del trabajo revelan que la incertidumbre está presente en todos los pacientes en mayor o menor medida, dependiendo de las variables asociadas como son el tratamiento (paliativo o curativo), la falta de información o a veces, la incompreensión, debido quizás al nivel de estudios individual. En relación con el nivel de incertidumbre de los pacientes, se encontró que casi el 50% de la muestra reporta un nivel intermedio, es decir, con oportunidades de aceptar su situación de salud e intentar realizar cambios positivos en su vida. En este sentido concordamos con los datos del estudio de Gómez Palencia y Durán de Villalobos.

Otro de los interrogantes que se planteó fue la concordancia entre el apoyo social percibido y la incertidumbre. Mishel y Braden sostienen que el apoyo social tiene un efecto directo sobre la incertidumbre, puesto que reduce la complejidad percibida; pero también tiene un efecto indirecto, por su influencia en la predictibilidad de la tipología de los síntomas. Hemos constatado, con los resultados de los pacientes encuestados, que el apoyo social tiene un efecto inverso en la incertidumbre. Cuando el paciente percibe apoyo social, la incertidumbre disminuye y a la inversa, por lo que compartimos la idea con los autores.

En lo que respecta a la relación entre la incertidumbre y las actividades de la vida diaria, Padilla et cols afirman que la incertidumbre influye de modo negativo en la calidad de vida, lo que corrobora los resultados obtenidos en este estudio: a peor calidad de vida, más dependencia y menos autonomía, la incertidumbre es mayor, y viceversa.

Implicaciones para la práctica: con los resultados obtenidos de esta investigación, se pretende obtener formas de reconocer un problema emocional muy frecuente en los pacientes oncológicos que, además, puede resultar un factor de riesgo para padecer otros trastornos emocionales, y así poder aportar información a la práctica clínica en el contexto de las enfermedades graves y crónicas. Una adecuada y temprana detección aumentaría el número de pacientes que pueden beneficiarse de los recursos psicológicos ya disponibles en muchas instituciones, mejorando la adherencia al tratamiento médico y dotando al paciente de estrategias de afrontamientos y de cambio, así como tratar específicamente los posibles trastornos psicopatológicos o la sintomatología para mejorar su evolución clínica y la calidad de sus vidas. De este modo, se podría dar a conocer esta teoría, escasamente conocida en nuestro entorno, favorecer su aplicación en el enfermo oncológico y contribuir a la generación de instrumentos válidos que permitan medir la incertidumbre.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Martín Gómez T, del Barco Morillo E, Cruz Hernández JJ. Epidemiología del cáncer: factores de riesgo. En: Hernández JJ, Rodríguez Sánchez CA, del Barco Morillo E, editores. *Oncología Clínica*. 5ª ed. Madrid: Grupo aula médica s.l.; 2012. p.37-58.
- Pérez de Abajo JA. Repercusiones psicológicas del cáncer. En: Álvarez Rodríguez JA, coordinador. *El cáncer: proceso oncológico integral*. León: Imprenta Moderna; 2006. p.191-204.
- Hernández M, Cruzado JA. La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Clínica y Salud [revista en Internet]* 2013 [acceso 24 de febrero de 2014]; 24: [9]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90196441&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=364&t

y=97&accion=L&origen=clysa&web=clysa.elsevier.es&lan=es&fichero=364v24n01a90196441pdf001.pdf

Clarke DM. Depression and cáncer [libro en Internet]. John Wiley & Sons; 2011 [acceso 22 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9780470972533.ch2/pdf>

Malca Scharf B. Psicooncología: abordaje emocional en oncología. Persona y Bioética [revista en Internet] 2005 [acceso 5 de marzo de 2014]; 9(25): [64-67]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83209205>

Del Gallego Lastra R, Hernández Martín FJ. Historia de la enfermería. En: CTO Editorial. Manual CTO de enfermería, Tomo III. 6ª ed. Madrid: CTO Editorial; 2013. p.1445-1456.

Bailey DE Jr, Stewart JL, Merle H, Mishel: teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad. En: Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 7 ed. Barcelona: Elsevier; 2011. p.599-617.

Trejo Martínez F. Incertidumbre ante la enfermedad: Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. Enfermería neurológica [revista en Internet] 2012 [acceso 8 de marzo del 2014]; 11(1): [34-38]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene121g.pdf>

Torres Ortega CM. Adaptación transcultural de la escala de incertidumbre de M. Mishel, en personas con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis [tesis doctoral]. Jaén: Universidad de Jaén; 2013.

Mishel MH, Braden CJ. Finding meaning: antecedents of uncertainty in illness. Nursing Research 1988 marzo-abril; 37(2): 98-103.

Padilla GV, Mishel MH, Grant MM. Uncertainty, appraisal, and quality of life. Qual Life Res. 1992; 1(3): 155-65.

AUTORES/AUTHORS:

LAURA BENITO CARRANZA, MARÍA ISABEL RIHUETE GALVE

TÍTULO/TITLE:

Análisis de la calidad de vida en pacientes con tumores de cabeza y cuello. Toxicidad de la quimio-biorradioterapia.

INTRODUCCIÓN

Los tumores de cabeza y cuello tienen una frecuencia del 5% y están rodeados de cierto estigma ya que su aparición se asocia, en gran medida, con el consumo de tabaco y alcohol. Otros factores de riesgo incluyen las infecciones por virus (Epstein-Barr y papilomavirus), exposición ocupacional, radiaciones, dieta, y susceptibilidad genética.

La elección del tratamiento dependerá de la localización y tamaño del tumor y los efectos secundarios de la quimio-radioterapia van a influir de manera notable en la calidad de vida y en el estado nutricional de los pacientes.

1. OBJETIVOS**1.1 Objetivo principal**

Analizar la calidad de vida de los enfermos con tumores de cabeza y cuello en tratamiento con quimioradioterapia y/o biorradioterapia.

1.2 Objetivos secundarios

1.2.1 Analizar la toxicidad locorregional producida por los tratamientos de quimioradioterapia y biorradioterapia: mucositis, xerostomía y radiodermatitis.

1.2.2 Recoger información sobre la higiene bucal de los enfermos con tumores de cabeza y cuello durante su tratamiento con quimioradioterapia y biorradioterapia.

1.2.3 Describir las clases de colutorios utilizados por este tipo de pacientes durante su tratamiento.

1.2.4 Verificar los tratamientos empleados en el control de la sintomatología oral.

1.2.5 Valorar la presencia de candidiasis en la cavidad oral.

1.2.6 Analizar el estado nutricional de los pacientes con tumores de cabeza y cuello en tratamiento con quimioradioterapia y biorradioterapia.

1.2.7 Registrar los datos sociodemográficos de los pacientes.

1.2.8 Comprobar el apoyo sociofamiliar de los pacientes con tumores de cabeza y cuello durante el tratamiento con quimioradioterapia y biorradioterapia.

2. MÉTODOS**2.1 Diseño del estudio**

Se ha diseñado un estudio prospectivo, descriptivo longitudinal, de asignación no probabilística consecutiva.

2.1.1. Asignación del tamaño muestral

Los sujetos serán asignados de forma prospectiva y consecutiva al estudio desde el comienzo de su tratamiento con quimio-biorradioterapia hasta un mes después, de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión que se muestran a continuación:

2.1.1.1 Criterios de inclusión

- Presentar patología tumoral de cabeza y cuello: senos paranasales, cavidad nasal, nasofaringe, orofaringe (amígdala, paladar blando y base de la lengua), hipofaringe, laringe (glotis, subglotis y supraglotis), cavidad oral (mucosa oral, encía, paladar duro, lengua móvil y suelo de la boca), labio y glándulas salivares.
- Recibir tratamiento con quimioradioterapia y/o bioradioterapia en el Hospital Universitario de Salamanca.
- Firmar un consentimiento informado en el que autorizan su participación voluntaria en el estudio.
- Pacientes que no presenten dificultades de comprensión.

2.1.1.2 Criterios de exclusión

- No presentar patología tumoral de cabeza y cuello.
- No recibir tratamiento con quimioradioterapia y/o bioradioterapia.
- No firmar un consentimiento informado y por lo tanto, no autorizar su participación en el estudio.
- Pacientes con dificultades de comprensión.

2.1.2 Fuentes y recogida de datos

El ámbito de estudio será la Unidad de Radioterapia del Hospital Universitario de Salamanca.

La recogida y el procesado de datos se realizará mediante el programa estadístico SPSS versión 18.0.

2.1.3 Descripción de las variables

2.1.3.1 Variables a estudio

1. Calidad de vida.
2. Toxicidad locorregional:
 - 2.1 Mucositis.
 - 2.2 Xerostomía.
 - 2.3 Radiodermatitis.
3. Higiene bucal saludable.
4. Control de la sintomatología oral.
5. Presencia de candidiasis.
6. Estado nutricional.
7. Apoyo sociofamiliar.

2.1.3.2 Variables intervinientes

1. Edad.
2. Sexo.
3. Localización del tumor.
4. Tratamiento.
5. Estadio.

2.1.3.3 Instrumentos de evaluación y recogida de datos

- Calidad de vida: se utilizará el Cuestionario validado de la Calidad de Vida de la EORTC QLQ HL 35.

- Mucositis: se utilizará la Escala validada de la OMS y se inspeccionará al paciente.
- Xerostomía: se utilizará una escala no validada diseñada específicamente para este estudio, además se le harán tres preguntas al paciente: ¿Qué hacen para aumentar la salivación?; ¿Cuánto líquido bebe al día?; ¿Qué tipo de bebidas?; y por último inspeccionaremos la cavidad bucal.
- Radiodermatitis: se utilizará la Escala validada establecida por el CTCAE versión 3.0 (Common Terminology Criteria for Adverse Events) y se inspeccionará al paciente.
- Higiene bucal saludable: se utilizará un cuestionario no validado realizado por la autora.
- Clases de colutorios: las respuestas se obtendrán de lo que los pacientes hayan respondido en el cuestionario no validado de la higiene bucal saludable realizado por la autora.
- Control de la sintomatología oral: se preguntará a los pacientes qué tratamiento están recibiendo.
- Presencia de candidiasis: se valorará inspeccionando la cavidad bucal al paciente.
- Estado nutricional: se utilizarán tres cuestiones (pérdida de peso, frecuencia de consumo y niveles de actividad) descritas por Carmen Gómez-Candela para obtener de una manera indirecta dicha variable.
- Datos sociodemográficos: se recogerán de la historia clínica del paciente.
- Apoyo sociofamiliar: se utilizará la Escala validada de Valoración Sociofamiliar de Gijón abreviada y modificada (versión de Barcelona).

2.1.3.4 Procedimiento

o Inicio del tratamiento: Previa consulta a la agenda del Servicio de Radioterapia del Hospital Clínico Universitario de Salamanca, se contactará con cada paciente en dicho servicio donde, una vez explicado dicho estudio y firmado el consentimiento informado, se les facilitará el cuestionario de la calidad de vida de manera heteroadministrada. Los datos sociodemográficos y el tratamiento previo con quimioterapia se obtendrán de la historia clínica del paciente. El estado nutricional se realizará preguntando a cada paciente las 3 cuestiones descritas anteriormente. En esta fase también les preguntaremos directamente por la xerostomía para ver si está presente previo al tratamiento con radioterapia/bioradioterapia.

o Primera revisión: Valoraremos la toxicidad locorregional (mucositis, xerostomía y radiodermatitis) con los cuestionarios descritos. En el caso de la xerostomía se le realizarán al paciente las 3 cuestiones descritas anteriormente. Posteriormente se administrará el cuestionario de la higiene bucal saludable y valoraremos la presencia de candidiasis. Ver en la historia clínica el tratamiento que reciben de radioterapia/bioradioterapia.

o Segunda revisión: Se seguirá valorando la toxicidad locorregional mediante los cuestionarios anteriormente descritos. Se analizará el apoyo sociofamiliar mediante la escala de Gijón abreviada y modificada y se preguntará a los pacientes qué tratamiento siguen para controlar la sintomatología oral. El tratamiento de radioterapia/bioradioterapia será consultado en la historia clínica.

o Tercera revisión: Se procederá de la misma forma que en la segunda revisión: se seguirá valorando toxicidad locorregional y candidiasis, y se comprobará en la historia clínica el tratamiento con radioterapia/bioradioterapia.

o Cuarta revisión (última visita): para finalizar, se valorará la toxicidad locorregional y se les administrará de nuevo el cuestionario de la calidad de vida volviendo a valorar el estado nutricional y verificando el tratamiento de la sintomatología oral.

2.2 METODOLOGÍA ESTADÍSTICA

2.2.1 Estadística descriptiva

Las variables cuantitativas que siguen una distribución normal son definidas por media y desviación típica.

Para las variables cuantitativas que no siguen esta distribución, se utiliza la mediana en lugar de la media como medida de centralización.

Para evaluar si las variables siguen una distribución normal, se utiliza el test de Kolmogorov-Smirnoff. Las variables cualitativas son definidas por número de casos y porcentajes.

2.2.2 Estadística analítica

Como las puntuaciones del cuestionario de calidad de vida varían entre 0-100 puntos, se realiza una transformación lineal de las escalas y de los ítems para llegar a dicha puntuación siguiendo las indicaciones precisas descritas en el manual QLQ C-30.

Si el resultado del Test de Kolmogorov es ($p > 0.05$), las puntuaciones seguirían una distribución gaussiana, por lo que se utiliza la prueba T para datos apareados.

Si el resultado del Test de Kolmogorov es ($p < 0.05$), las puntuaciones no seguirían una distribución gaussiana, por lo que se utiliza la prueba no paramétrica Test de suma de rangos de Wilcoxon.

Si un resultado del Test de Kolmogorov es ($p < 0.05$), las puntuaciones no seguirían una distribución gaussiana, y el otro resultado es ($p > 0.05$), las puntuaciones seguirían una distribución gaussiana, se utiliza la prueba no paramétrica Test de suma de rangos de Wilcoxon.

Si el resultado del Test de Kolmogorov de las variables dicotómicas es ($p < 0.05$), las puntuaciones no seguirían distribución gaussiana, se utiliza Chi-cuadrado McNemar.

Se comparan las puntuaciones del cuestionario de calidad de vida de todos los pacientes antes y al mes de tratamiento.

Para realizar el análisis de fiabilidad en las escalas del cuestionario de calidad de vida, se utiliza el coeficiente Alpha de Cronbach.

2.2.3 Procesado de datos

El proceso de análisis de datos se realizó con el programa estadístico SPSS versión 18.0.

3. RESULTADOS

De una muestra de 23 pacientes, solamente una de ellas fue excluida por fallecimiento durante el estudio, quedando finalmente la muestra constituida por 22 pacientes.

Se han realizado 5 entrevistas con cada paciente (el inicio más cuatro revisiones), un total de 110 intervenciones con las correspondientes valoraciones.

En calidad de vida destacamos aumento del dolor: media pretratamiento de 29.29 y de 67.17 postratamiento. Los problemas al tragar aumentaron: media pretratamiento de 21.21 y de 49.62 postratamiento. En el postratamiento el 100% tomaba analgésicos. En cuanto al suplemento nutricional el 86.4% necesita suplemento postratamiento.

La mucositis de grado IV la presentan un 9.1%.

La xerostomía en la cuarta revisión, el grado III se elevó a un 68.2%.

La radiodermatitis en la cuarta revisión, el grado II lo presentaron un 50% de los pacientes.

El 59.1% de los pacientes presentaron una higiene bucal inadecuada.

La desnutrición aumenta después del tratamiento al 45.46%.

Y el 100% de los pacientes presentaban una situación social buena.

4. DISCUSIÓN

La limitación principal del estudio ha sido el tamaño muestral.

En lo que respecta a la aplicación del cuestionario, se puede realizar de manera autoadministrada pero también de manera heteroadministrada como se ha constatado en varios estudios. Nosotros hemos creído conveniente aplicarlo de forma heteroadministrada en nuestro estudio porque nos parecía una manera más sencilla y cómoda para nuestros pacientes. De esta manera, se favorecía la comunicación con el paciente además de conocer la repercusión de los síntomas y secuelas del tratamiento, facilitando la detección de variaciones en su estado físico y psíquico. Hemos utilizado una versión validada para su uso en español. Nuestros resultados son similares a los de la literatura revisada, aproximadamente el 60% de los pacientes que reciben radioterapia exclusiva y más del 90% de los pacientes con radio y quimioterapia desarrollarán un cuadro de mucositis severa y radiodermatitis. Es necesario concienciarles en una buena higiene bucal para reducir el riesgo de infecciones: candidiasis.

CONCLUSIONES

- La calidad de vida se encuentra alterada al mes de tratamiento.
- Todos presentan toxicidad locorregional.
- Higiene bucal inadecuada.
- Candidiasis a lo largo del tratamiento.
- Más del 50% presenta desnutrición al mes del tratamiento.

Implicaciones para la práctica: sería necesario la realización de una buena educación sanitaria para el paciente y la familia sobre la toxicidad locorregional, la realización de un cribado nutricional y la presencia de un nutricionista para la realización de una adecuada valoración nutricional.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. del Barco Morillo E. Epidemiología, historia natural y estadificación de los tumores de cabeza y cuello. Revisión en cáncer. 2010;24(1):1-8.
2. Cruz Hernández JJ, Rodríguez Sánchez CA, Fonseca Sánchez E, del Barco Morillo E. Cáncer de cabeza y cuello Manuales prácticos. Arán Ediciones; 2007.
3. del Barco Morillo E. Cáncer de cabeza y cuello. Oncología clínica. 5ª ed. Madrid: Aula Médica; 2012. P.417-45.
4. Kiyomoto D. Head and neck cancer patients treated with chemo-radiotherapy require individualized oncology nutrition. Journal of the American Dietetic Association. 2007;107(3):412-15.
5. Rihuete Galve MI, Rodríguez Rodríguez A. La distorsión sensorial en un paciente con cáncer de cabeza y cuello. Nutrición hospitalaria suplementos. 2011;4(supl.2):42-46.
6. Marín Caro M, Laviano A, Pichard C, Gómez Candela C. Relación entre la intervención nutricional y la calidad de vida en el paciente con cáncer. Nutrición Hospitalaria. Junio de 2007;22(3):337-50.
7. Dewys WG, Begg C, Lavin PT y cols. Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. Eastern Cooperative Oncology group. Am J Med 1980; 69:491-497.
8. Arraras JI, Martínez M, Manterota A, Laínez N. La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de calidad de vida de la EORTC. Psicooncología. 1 de Enero de 2004;1(1):87-98.
9. Sherman AC, Simonton S, Adams D, Vural E, Owens B, Hanna E. Assessing quality of life in patients with head and neck cancer: Cross-validation of the european organization for research and treatment of cancer (eortc) quality of life head and neck module (qlq-h&n35). Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1 de Abril de 2000;126(4):459-67.
10. Whale Z, Lyne PA, Papanikolaou P. Pain experience following radical treatment for head and neck cancer. European Journal of Oncology Nursing. Junio de 2001;5(2):112-20.

AUTORES/AUTHORS:

PAULA PARAS BRAVO, LOURDES CASILLAS SANTANA, ANGEL HERRERA DE LA ORDEN, HECTOR NAFRÍA SORIA, CARMEN SUAREZ SIERRA, TRANSITO CARRETERO EGIDO, MARIA PORTAL MAÑERU, M^ªASUNCIÓN SANZ JIMENEZ, ANA MARIA PALACIOS ROMERO

TÍTULO/TITLE:

Quimioterapia, radioterapia y terapias biológicas, ¿hemos conseguido reducir los efectos secundarios?

Objetivo: determinar la prevalencia de efectos secundarios relacionados con la quimioterapia, la radioterapia y las terapias biológicas en una cohorte de pacientes oncohematológicos.

Método: Se trata de un estudio observacional descriptivo prospectivo en una cohorte aleatorizada, mediante muestreo aleatorio simple, de pacientes mayores de 18 años, atendidos en los servicios oncológicos y oncohematológicos del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria, España), entre el 1 de julio del 2012 y el 1 de julio del 2014. Se descartan aquellas historias clínicas incompletas o que no recogen los datos a estudio. Del total de los pacientes atendidos (2661), se extrajo una muestra aleatorizada de 402 pacientes y se procedió a la revisión de sus historias clínicas. Se diseñó una hoja de recogida de datos ad hoc con las características sociodemográficas y médicas de los pacientes y las características de su dolor. Posteriormente los datos fueron transcritos en una base de datos Excel ad hoc y analizados con el software IBM SPSS Statistics 22. Estos datos pertenecen a un estudio más amplio premiado con el XVI Premio Nacional de Investigación en Enfermería Valdecilla.

Resultados: de las 402 historias analizadas 231 fueron hombres y 171 mujeres. El 85,57% (n=344) presentaba diagnóstico oncológico y el 14,43% (n=58) oncohematológico. El diagnóstico más frecuente, presentándose en 111 pacientes, fue en cáncer de mama (27,61%). La mayoría de los pacientes, el 90,8% (n=365) recibió tratamiento con quimioterapia, mayoritariamente, el 78,36% (n=286) por vía endovenosa seguido por la combinación oral-endovenosa (18,53%, n=53) y por la vía oral (7,69%, n=22). El 44,3% (n=178) recibió tratamiento con radioterapia y 31,84% (n=128) terapias biológicas. El porcentaje global de pacientes con efectos secundarios asciende 76,11% (n=306). Identificamos 35 efectos secundarios diferentes en los pacientes. Los efectos secundarios más frecuentes fueron astenia (49,25%, n=198), alopecia (29,85%, n=120), emésis (25,87%, n=104) y náuseas (25,37%, n=102). El 10,45% (n=42) pacientes fueron tratados con una combinación de quimioterapia, radioterapia y terapias biológicas. El 34,57% (n=139) fueron tratados con quimioterapia únicamente, presentándose efectos secundarios en el 76,28% (n=106). Con monoterapia radioterápica fueron tratados 15 pacientes (3,73%) y presentaban efectos secundarios 9 (60%). De todos los pacientes tratados con radioterapia el (44,3%, n=178) únicamente 5 (2,80%) presentaban epidermitis. Los pacientes tratados con monoterapia biológica fueron 11 (2,7%) y presentaron toxicidad en el 36,36% (n=4) de los casos, siendo la más habitual la astenia (50%, n=2).

Discusión: El cáncer es una de las enfermedades (o grupos de enfermedades) de mayor relevancia en términos de salud pública en los países occidentales, de hecho se sitúa entre las 5 primeras causas de muerte(1,2). A nivel internacional los datos epidemiológicos son registrados por la International Agency for Research on Cancer (IARC) agencia dependiente de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el año 2015 publicó los datos relativos al 2012 correspondientes a 184 países. En total, hubo 14,1 millones de casos nuevos y 8,2 millones de muertes. Los cánceres más comúnmente diagnosticados eran de origen pulmonar (1,82 millones), mamario (1,67 millones) y colorrectal (1,36 millones). En cuanto a la mortalidad, el cáncer de pulmón fue el que más muertes produjo (1,6 millones de muertes), seguido del cáncer de hígado (745.000 muertes) y del cáncer de estómago (723.000 muertes)(3). En España, la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), edita cada año estos datos utilizando la información más fidedigna posible sobre incidencia, prevalencia y mortalidad(4). De estos datos se deduce que un gran número de personas tiene que padecer tratamientos, a menudo, agresivos para combatir esta enfermedad pudiendo causar efectos secundarios en el 50% de los pacientes. Los últimos avances y el aumento de los tratamientos biológicos que presentan menos prevalencia de toxicidad cuyos efectos secundarios son más leves contribuyen a mejorar la calidad de vida de los pacientes. A pesar de que algunos efectos secundarios no

se pueden evitar, otros se pueden paliar con una buena educación sanitaria. Este es el caso de la epidermitis secundaria a la radioterapia, que en nuestra muestra se da en un porcentaje muy bajo.

Implicaciones en la práctica clínica: aunque los avances de los últimos años han contribuido a reducir los efectos secundarios, en la actualidad, continúan siendo muy prevalentes. Las líneas de investigación deben ir encaminadas no solo a prolongar la supervivencia de los pacientes si no a mejorar su calidad de vida durante el proceso oncológico que a menudo puede prolongarse durante meses e incluso años.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Rosell Costa R, Abad Esteve A, Monzo Planella M, Molina Medina F. Oncología Medica. Madrid: Ergon S.A.; 1995.
- (2) OMS: Las 10 causas principales de defunción en el mundo 2014 [Internet]. [Consultado el 11/06/2015] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>.
- (3) Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Int J Cancer 2015;136(5):86.
- (4) Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Las Cifras del Cáncer en España 2014. SEOM; 2015.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves VII

Session of Oral Brief Presentations VII

AUTORES/AUTHORS:

Mireia Mañas Peña, Josep Mercader Coma, Helena Sandin Esteban, Martin Vazquez Perozo, Pilar Villagrasa Montel, Laura Ivern Torras, Araceli Espadas Zaplana, Ana Basagaña Carrasco, Monica Leon Berrar

TÍTULO/TITLE:

Riesgo de hemorragia y conocimientos ante el tratamiento oral con antagonistas de la Vitamina K en Atención Primaria

OBJETIVOS: Identificar el riesgo de hemorragia de las personas en tratamiento con anticoagulantes orales antagonistas de la vitamina K (ACO) en atención primaria (AP). Describir el grado de conocimiento, en las personas que toman ACO en AP, del significado del valor de la Razón Internacional Normalizada (INR) y sus posibles repercusiones.

MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal en un Centro de Atención Primaria urbano (30.207 hab). Los datos se obtuvieron mediante revisión de historia clínica y se hicieron dos preguntas al usuario en el momento del control del INR. Población: todas las personas > 18 años que tomaban ACO. Criterios de exclusión: personas controladas en el hospital. Variables de estudio: riesgo de hemorragia según escala HAS-BLED (se consideraba riesgo si ≥ 3), edad, sexo, conocimiento del significado y repercusiones del resultado del INR, tratamiento ACO y duración. Número de fármacos que tomaban y fármacos concomitantes que interfieren en la coagulación (antiplaquetarios, antiinflamatorios no esteroideos y antibióticos). Se calcularon estadísticos descriptivos y se hizo análisis bivariado para ver posibles relaciones entre variables, utilizando la Chi-cuadrado para las cuantitativas y la t-Student y ANOVA para variables cualitativas. El valor de la $p < 0,05$ se utilizó como significación estadística.

RESULTADOS: Un total de 542 personas tomaban ACO, 55,16% se controlaban en AP, un 18,1 % de estos en Atención domiciliaria. De las 299 que se controlaban en AP, la edad media fue de 79,25 años (desviación estándar (DE) 9,17 años), 49% mujeres. El 37,4% tenían riesgo de hemorragia, El 43,96 % conocía la relación entre el valor del INR y su rango terapéutico (n=232), un 10,34 % respondía incorrectamente y un 45,68 % respondía que no lo sabía. Respecto a conocer la implicación del valor del INR en su salud (n=232), el 37,06 % lo conocía correctamente, un 12,5 % respondía incorrectamente y un 50,43 % no lo sabía. Un 90,6 % tomaban Sintrom® 4 mgrs, un 8% Sintrom® 1 mgrs y un 1,3 % Warfarina®. La media y DE de duración del tratamiento fue de $62 \pm 44,16$ meses. Un 11% tomaba además ácido acetilsalicílico y un 17% recibieron tratamiento con heparina cálcica provocado por procesos intercurrentes (intervención cataratas). Tomaron Antibióticos el 32,9%, aines el 27,6% y corticoides el 28,3%. La mediana y moda del número de fármacos que tomaban era de 8,5 (amplitud 1-21). Se asoció un mayor riesgo de sangrado con el número elevado de fármacos prescritos ($p < 0,05$) y con el mal control de INR ($p < 0,001$). También se asoció la edad con el número de fármacos ($p < 0,05$). No hay diferencias estadísticamente significativas entre el conocimiento del valor del INR y el riesgo de sangrado.

DISCUSIÓN: El riesgo de hemorragia en personas con ACO es similar a datos de nuestro entorno. Hay un bajo grado de conocimiento del resultado del valor del INR y sus posibles repercusiones a pesar de la duración del tratamiento y el continuo contacto con enfermería. Resulta curioso que este desconocimiento no interfiera en el riesgo de sangrado. Se constata una mayor frecuencia de uso de Sintrom® en nuestro país respecto a otros países (uso preferente la Warfarina®).

IMPLICACIONES PARA LA PRACTICA: Sería interesante incorporar la escala HAS-BLED en la historia clínica de AP para la prevención de hemorragias en personas con ACO. La investigación en este ámbito, nos puede ayudar a mejorar la calidad en la educación sanitaria de los conocimientos sobre el valor del INR y sus consecuencias

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Carvalho, Ariana Rodrigues da Silva et al. Oral Anticoagulation: the impact of the therapy in health-related quality of life at six-month follow-up. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Feb 2013; 21, nºesp:105-112.
- Chenot JF, Duc T, Abu Abed M, Schneider-Rudt H, Friede T, Schneider S, Viktor S. Safety relevant knowledge of orally anticoagulated patients without self-monitoring: a baseline survey in primary care. Rev BMC Family Practice 2014, 15:104.
- Díaz Sánchez S, Cabrera de León A, Alonso Roca R, Pastor Fuentes A. Situación actual de los pacientes con fibrilación auricular atendidos en atención primaria en España (estudio FIATE). Rev Esp Cardiol. 2012;65 Supl 3:486.
- Gallego P, Roldán V, Torregrosa JM, Gálvez J, Valdés M, Vicente V, Marín F, Lip G YH. Relation of the HAS-BLED Bleeding Risk Score to Major Bleeding, Cardiovascular Events, and Mortality in Anticoagulated Patients With Atrial Fibrillation. Rev Circ Arrhythm Electrophysiol. Abril 2012; 312-318.

- Institut Català de la Salut. Manejo del riesgo trombótico en la fibrilación en Atención Primaria. Nota de evaluación asistencial del Grupo de Evaluación estratégica (SIDIAP).
- Marín F, Gallego P, Torregrosa JM, Manzano S, Valdés M, Vicente V, García, Lip GHY, Roldán V, Morales JM. La escala de riesgo de sangrado Has-Bled predice también eventos cardiovasculares y mortalidad en pacientes con fibrilación auricular bajo tratamiento anticoagulante. Rev Esp Cardiol. 2011;64 Supl 3:90-91

AUTORES/AUTHORS:

Antonio Ramos Sánchez, José Manuel Corrales Pérez, Margarita Vázquez Aguilera, Almudena Martín Moreno, María del Carmen Águila Pollo, Nuria Gayo Pérez, Rosa María Rodríguez Perales, Ana Sofía Fernandes Ribeiro, Jenny Tasiguano

TÍTULO/TITLE:

Heridas Crónicas: Realidad o Ficción...

Objetivos: Conocer prevalencia e incidencia de Heridas Crónicas (HC); Conocer el grado de severidad de las lesiones tanto externas como iatrogénicas y el tiempo medio de curación de las Úlceras por Presión (UPP).

Método: Estudio descriptivo retrospectivo transversal, en el que se analizó como población accesible todos los pacientes ingresados en un centro sanitario de media-larga estancia de Madrid en el año 2013 y 2014. Los datos fueron recogidos a través de las Historias Clínicas de cada paciente tras su consentimiento informado firmado al ingreso. El análisis de los datos fue realizado a través del programa estadístico SPSS 19.0 para Windows. El análisis descriptivo se presenta mediante la media para las variables cuantitativas y las variables cualitativas se presentan por frecuencias relativas y absolutas.

Resultados: Durante los años 2013 y 2014 ingresaron 2973 pacientes distribuidos entre las 6 áreas de atención (cuidados paliativos, cuidados prolongados, daño cerebral, neurología, geriatría y rehabilitación), de los cuales 1186 presentaron al menos una HC, obteniendo una prevalencia acumulada de pacientes con heridas crónicas de 40%. El total de HC atendidas en las diferentes unidades fue de 2310, lo que nos indica que algunos de los pacientes ingresados eran portadores de más de una HC. De los diferentes tipos de heridas registradas observamos que fueron tratadas 1808 UPP, 251 úlceras vasculares, 195 lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH) y 66 úlceras tumorales. Dentro de las HC, la tipología de mayor presencia continúa siendo las UPP, obteniéndose una prevalencia acumulada de pacientes con UPP de 13.22%, mientras que la incidencia fue de 2.30%. Las UPP iatrogénicas fueron de grado de severidad bajo (95% de Estadio I y II) y el tipo de paciente que las padecía presentaba alto riesgo de desarrollar UPP, además de una dependencia total a nivel funcional. Del total de UPP externas, 19% correspondían al Estadio I, 42% al Estadio II, 19% al Estadio III y 20% al Estadio IV. De las 1808 UPP tratadas en las diferentes áreas de atención, se resolvieron aproximadamente el 45%. Analizando la totalidad de las UPP resueltas en cuanto a tiempos medios de curación, se objetivó que para conseguir la cicatrización de una UPP de Estadio IV, se necesitan en media 70.4 días, y para una UPP de Estadio III, 47.3 días.

Discusión: A través de los datos obtenidos, constatamos que las HC, en concreto las UPP, afectan a gran parte de pacientes ingresados, constituyendo un problema que incrementa la estancia hospitalaria. Las UPP representan un gran problema de salud, que poco a poco va saliendo del anonimato y que con el paso de los años está pasando de ser un fenómeno considerado tradicionalmente inherente a la edad avanzada de los pacientes o a situaciones de inmovilidad o de terminalidad(1-3). Es cierto que la tendencia es que la prevalencia de UPP en Hospitales y centros asistenciales de diversa índole, vaya disminuyendo, sin embargo, aún continúan constituyendo una "epidemia debajo de las sábanas" cómo ya lo caracterizó PamHibbs hace más de treinta años(4). La prevalencia media de pacientes que padecen UPP externa obtenida en el año 2012 en nuestro hospital ha sido muy similar (13,53%) al registrado en los dos años del estudio. Igualmente, en un estudio realizado en un centro sociosanitario de media-larga estancia de Madrid se observó una prevalencia de UPP externa de 20,53 %, y una prevalencia media de pacientes con UPP de 15,96%(5). Lo que según la clasificación publicada por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión (GNEAUPP)(1), nos sitúa dentro de las unidades de hospitalización de "alta prevalencia" a nivel nacional.

Una vez conocida la situación real en cuanto a este problema, los esfuerzos han de centrarse en una gestión eficiente de los mismos e ir aportando soluciones que ayuden tanto a pacientes como a familiares. Por ello, consideramos necesario, para mejorar la calidad de cuidados y seguridad del paciente, conocer la incidencia y prevalencia de las HC, de manera que dicho conocimiento nos permita desarrollar estrategias de prevención para evitarlas o en su caso, si aparecen minimizar sus consecuencias.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou J, Verdú Soriano J, López Casanova P. 3.er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos 2011;22(2):77-90.
- (2) Torra Bou JE, Rueda López J, Soldevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F, Verdú Soriano J. 1er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España: epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos 2003;14(1):37-47.
- (3) Torra i Bou JE, Rueda-López J, Soldevilla JJA, Martínez FC, Verdú JS. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos 2006;17(3):154-72.
- (4) Hibbs P. The economics of pressure ulcer prevention. Decubitus 1988 Aug;1(3):32-38.
- (5) Ramos A, Ribeiro ASF, Martín A, Vázquez M, Blanco B, Corrales JM, et al. Prevalencia de úlceras por presión en un centro sociosanitario de media-larga estancia. Gerokomos 2013;24(1):36-40.

AUTORES/AUTHORS:

Dalmau Vila-Vidal, Carolina Rascón-Hernán, Joan Carles Morata-Apilluelo, Dolors Benito-Carreras, Xavier Arrebola-Trias, Eduard Roca-Roura, José María Inoriza-Belzunce

TÍTULO/TITLE:

20 Años de Enfermería Hiperbárica en un Hospital Comarcal

Des de hace 20 años se utiliza la oxigenoterapia hiperbárica en el Hospital Comarcal y las enfermeras son las que proporcionan los cuidados al paciente dentro de la cámara hiperbárica (1,2).

La cámara ofrece la terapia con oxígeno. Es una modalidad que se fundamenta en la obtención de presiones parciales de oxígeno elevadas, con lo que se respira oxígeno puro en el interior de ésta a una presión superior a la atmosférica (3).

La oxigenoterapia hiperbárica favorece la angiogénesis, la cicatrización e incrementa la actividad de los fibroblastos, reduce el edema y mejora la defensa antimicrobiana del paciente. Los tratamientos tienen numerosas indicaciones como el embolismo gaseoso, enfermedades de descompresión, intoxicación aguda por monóxido de carbono, y entre otras como infecciones necrotizantes de partes blandas o el síndrome compartimental agudo (4).

OBJETIVOS: Conocer la población tratada con cámara hiperbárica en un hospital comarcal en el período 1994-2014.

MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal. La población de estudio fueron los pacientes tratados en la cámara hiperbárica que recibieron cuidados enfermeros, incluyéndolos a todos. Se realizó un análisis descriptivo de las variables demográficas y del tipo de patología por el que se realizó el tratamiento hiperbárico mediante el programa SPSS v.19.0. Se preservaron los aspectos éticos y legales basándose en la Declaración de Helsinki y en la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

RESULTADOS: Se trataron 1.405 pacientes, de los cuales el 47% (660) fueron por una indicación no urgente como secuelas por radioterapia, úlceras vasculares, patología traumática, problemas en la cicatrización y otros. Mientras el 53% (744) fueron tratados por una indicación urgente, el 28% por intoxicación por CO y el 25% por disbarismo respectivamente. Al mismo tiempo se pueden distinguir por época del año donde las intoxicaciones son más frecuentes en invierno y los accidentes disbáricos en verano. El número total de sesiones contabilizadas fue de 14.030, de ellas el 87% fueron por tratamiento no urgente y el resto por tratamiento urgente. Distinguiendo por género se observó que el 66% de los pacientes tratados fueron hombres y el 34% fueron mujeres, se mantuvo la proporción analizando el género con el número de sesiones recibidas. También se observó como el grupo de edad que recibió más número de sesiones fue el de mayor de 50 años con un 39% de los pacientes, recibiendo el 67% de sesiones.

DISCUSIÓN: Después de 20 años atendiendo a pacientes sometidos al tratamiento hiperbárico se cuantifican resultados similares en pacientes con patologías urgentes como no urgentes, y entre las causas urgentes también son similares las proporciones de intoxicados por CO y pacientes con disbarismo. Destacamos los picos de verano con alta incidencia de disbarismos en buceadores, y en meses de invierno con mayor asistencia a pacientes con intoxicación por CO. Autores como Donati incluyen en las causas de intoxicación por CO los sistemas de calefacción defectuosos y los gases de escape de los automóviles en la época invernal (5). Dentro de las causas no urgentes se comparte con autores como Martínez (6) el uso de oxígeno hiperbárico como tratamiento secundario a irradiación y Monteagudo explica que el tratamiento es favorable en la cicatrización de las úlceras (4). En la misma línea Parra, presenta un análisis retrospectivo en el que se observa pacientes tratados con oxigenoterapia hiperbárica donde la mayoría son hombres mayores de 50 años (7).

Implicación a la práctica diaria. Se anima a la enfermeras especializadas en tratamiento hiperbárico a visibilizar los cuidados enfermeros así como el perfeccionamiento de los mismos haciendo palpable la implicación en la práctica diaria basándose en la evidencia científica ya que queda demostrado el volumen de pacientes que precisan dichos cuidados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Paez N, Wilcox JR. Hyperbaric Nursing. Crit Care Nurs Q. 2013;36(3):316-20
2. Vila i Vidal, D. Cámara hiperbárica. Planificación estandarizada de cuidados de enfermería. Rev Enferm. 2002 Jun;25(6):20-30
3. Desola J. Indicaciones actuales de la oxigenoterapia hiperbárica. FMC. 2009;16(8):507-23
4. Monteagudo B, Cabanillas M, León-Muiños E, Suárez-Amor O, González-Vilas D y Rial-otero M. Úlceras en tronco causadas por acné fulminante tratadas de forma exitosa con oxigenoterapia hiperbárica. Piel. 2013;28(2): 81-85
5. Donati SY, Gannier M, Chibane- Donati O. Intoxicación de Carbono. Anestesia-Reanimación. EMC. 2005;38(4):1-17
6. Martínez M, Ruiz Rodríguez R, López Noriega JC. Rehabilitación protésica implanto-soportada previo protocolo de terapia de oxígeno hiperbárico, posterior a resección de carcinoma epidermoide de piso de boca y radioterapia. Rev Odont Mex. 2014;3(18):199-203
7. Parra C, Gómez R, Marchetti P, Rubio G, Felmer A, Castillo OA. Tratamiento de la cistitis actínica hemorrágica mediante oxigenoterapia hiperbárica. Actas Urológicas Españolas. 2011;35(3):175-179

AUTORES/AUTHORS:

Alexandra Bittencourt Madureira, Elis Martins Ulbrich, Maria de Fátima Mantovani, Ângela Ttaís Mattei

TÍTULO/TITLE:

Acciones para la gestión de cuidado de las personas con riesgo de complicaciones de la hipertensión

1. Objetivo: proponer actividades de gestión de la atención a las personas en riesgo de complicaciones de la hipertensión.
2. Método: investigación transversal observacional llevado a cabo en 18 centros públicos en estado Paraná, Brasil. La muestra fue sistemática, estratificada, con el reemplazo de 387 adultos con presión arterial alta. La recogida de datos ocurrió de mayo 2013-abril 2014, a través de entrevista semi-estructurada que consta de las variables sociodemográficas, económicas y clínicas auto declaradas, complementado por las escalas de ansiedad y depresión, adherencia a la medicación, apoyo social y calidad de vida. Se utilizó para las pruebas estadísticas de análisis inferencial: exacto del Fisher, chi-cuadrado, t de Student, Mann-Whitney, correlación de Spearman y regresión multivariante para las variables con significación estadística.
3. Resultados: hubo un predominio de las mujeres de edades comprendidas entre 23 y 60 años, católicas, casadas, con un máximo de tres niños, menos de ocho años de escolaridad y los ingresos familiares de hasta tres salarios mínimos. Las complicaciones de la hipertensión se presentaron en el 19,4% de los encuestados. Identificado las variables edad, sexo, tabaquismo, consumo de alcohol, la hora del diagnóstico, clasificación de riesgo, la cantidad de medicamentos y la depresión como predictores del riesgo de complicaciones, y la gravedad del riesgo de que se redujo menos de 25% moderada entre 25% y 49,9%, de alta 50% a 74,9%, y muy alta mayor que 75%. Las acciones de gestión de atención se han preparado para cada nivel de riesgo, que consistía en citas médicas, de enfermería y otros profesionales de la salud, visitas a domicilio, actividades educativas en materia de salud y la reclasificación anual.
4. Discusión: Las características socio-demográficas y económicas encontradas son similares en estudios nacionales e internacionales sobre el tema. El riesgo de desarrollar complicaciones está estrechamente relacionada con factores como la obesidad, el tabaquismo, la inactividad física, la circunferencia abdominal, los antecedentes familiares y la edad elevada. Sin embargo, en esta investigación ni todos hayan tenido asociación estadísticamente significativa con el desarrollo de complicaciones. Destacase edad, sexo, tabaquismo, consumo de alcohol, el momento del diagnóstico, clasificación de riesgo, los medicamentos en uso y la depresión. La atención del cuidado se basó en las indicaciones nacionales, estatales y locales. Se hace hincapié en la participación de la persona con hipertensión arterial junto con el profesional de la salud en el proceso de creación de metas y estrategias factibles con miras a la gestión de la atención. Esta acción se deriva de la educación sanitaria individualizada con la intención de que el paciente a reconocer, entender y tomar conciencia acerca de la terapia y suya enfermedad. Las acciones de manejo propuestas cuidados están destinados a proporcionar subsidios a las personas con hipertensión de entender su proceso de salud-enfermedad, con el apoyo y supervisión profesional. De este modo aumenta hasta la atención individual dirigido las necesidades del paciente, así como proporcionar vínculos entre ambas partes, que pueden conducir a la autonomía en la conducción de atención.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: OPAS; 2012

Ministério da Saúde (BR). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.

Organização Pan Americana da Saúde. Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes. Brasília (DF): Organização Pan Americana da Saúde; 2010.

Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Rev Bras Hipertens. 2010; 13(4):260-312.

AUTORES/AUTHORS:

MIREIA ADELL-LLEIXÀ, TERESA SALVADÓ-USACH, LINA CASADÓ-MARIN, JERONI ANDÚJAR-SOLÉ

TÍTULO/TITLE:

VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y TÉCNICAS DE DIÁLISIS: RESULTADOS PRELIMINARES.

OBJETIVOS: Valorar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de las personas con Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) e identificar las diferencias más significativas en la forma de percibir dicha CVRS según el sexo y tratamiento de diálisis recibido.

Evaluar los parámetros analíticos, las variables sociodemográficas y la influencia de éstas sobre la CVRS de nuestra población a estudio.

MÉTODOS: Realizamos un estudio observacional, analítico y de corte transversal, durante el segundo semestre de 2014.

Se escogieron dos muestras (muestreo no probabilístico y estratégico): Una muestra de 30 personas que recibían tratamiento con Hemodiálisis de Alto Flujo (HD-AF) y otra muestra de 14 personas que recibían tratamiento con Hemodiafiltración On Line (HDF-OL) en nuestro centro.

Previo consentimiento informado, realizamos la valoración de la CVRS con el test Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF), también se recogieron datos clínicos y sociodemográficos. Realizamos estadística descriptiva e inferencial.

Se realizó un análisis de regresión logística para cada dimensión del KDQOL-SF, mediante el método hacia adelante, en el que se incluyeron las variables sociodemográficas y clínicas que mostraron un grado de significación $p < 0,01$. El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS v17.0 para Windows y se consideraron significativos los resultados con un grado de significación igual o inferior al 5%.

RESULTADOS: Formaron parte del estudio 44 personas con una edad media de 69,86 \pm 13,5 años, en un rango entre 31-88 años. De los que un 68,2% eran hombres.

Resultaron estadísticamente significativos, los siguientes resultados:

En el análisis de las variables clínicas y la técnica de diálisis encontramos mejores valores de albúmina sérica en las personas que reciben tratamiento con HDF-OL, al igual que mejor dosis de diálisis adecuada. Según el sexo, los hombres requerían menos dosis de eritropoyetina que las mujeres, pero éstas presentaban mejores valores de dosis de diálisis adecuada.

En las puntuaciones del test KDQOL-SF sobre CVRS, encontramos diferencias en las siguientes dimensiones; según el sexo: Síntomas/problemas, situación laboral, función sexual, función física, dolor y vitalidad. Y según la técnica de diálisis: Sueño, actitud del personal de diálisis y función física. Encontramos diferencias estadísticamente significativas en las variables de convivencia y nivel de estudios y algunas dimensiones del test de CVRS.

Resultaron ser variables predictoras significativas en algunas de las dimensiones del KDQOL-SF, el sexo, el nivel de estudios y las técnicas de diálisis.

DISCUSIÓN: Las personas que viven solas y tienen estudios presentan mejor CVRS. Las personas que reciben tratamiento con HDFOL también presentan mejores puntuaciones en el test de CVRS, mejor estado nutricional. Las mujeres se dializan mejor que los hombres y presentan mejores puntuaciones en las escala de función sexual, manifiestan más dolor, peor estado físico y peor vitalidad.

La valoración de la CVRS de las personas con ERCT nos ayudará a desarrollar recursos más precisos para el abordaje de los retos que nos plantea esta enfermedad crónica compleja y poder prestar así, unos cuidados de enfermería más individualizados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization Project to developed a quality of life assessment instrument (WHOQOL). Qual Life Res. 1993; 2(2): 153-9.

Pagels AA, Söderkvist BK, Medin C, Hylander B, Heiwe S. Health-related quality of life stages of chronic Kidney disease and at initiation of dialysis treatment. Health Qual Life Outcomes. 2012; 10:71. DOI: 10.1186/1477-7525-10-71.

Perales-Montilla CM, García-León A, Reyes del Paso GA. Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Nefrología 2012; 32(5): 622-30. DOI: 10.3265/Nefrologia.pre2012.Jun.11447.

García F, Lopez K, De Álvaro F, Álvarez-U de F, Alonso J, en representación del grupo CALDIVIA. Salud percibida en pacientes que comienzan tratamiento renal sustitutivo: validación preliminar de la versión española del KDQOL-SF. Nefrología 1998; 18 (Suppl 3): S66.

Maduell F, Moreso F, Pons M, Ramos R, Mora-Macià J, Carreras J, et al; ESHOL Study Group. High-efficiency postdilution online hemodiafiltration reduces all-cause mortality in hemodialysis patients. J Am Soc Nephrol 2013; 24(3): 487-97.

Vázquez I, Valderrábano F, Fort J, Jofré R, López-Gómez JM, Moreno F, et al. En nombre del grupo cooperativo espanyol de la calidad de vida del paciente renal de la Sociedad Española de Nefrología. Diferencias en la calidad de vida con la salud entre Hombres y mujeres en tratamiento en hemodiálisis. Nefrología 2004; 24 (2): 167-78.

Ercan Ok, Gulay A, Huseyin Toz, Ebru Sevinc Ok, Fatih K, Mumtaz Y, et al; Turkish Online Haemodiafiltration Study. Mortality and cardiovascular events in online haemodiafiltration (OL-HDF) compared with high flux dialysis: results from the Turkish OL-HDF Study. Nephrol Dial Transplant 2013; 28: 109-202. DOI: 10.1093/ndt/gfs407.

Rebollo-Rubio A, Morales-Asensio JM, Pons-Raventos ME, Mansilla-Francisco JJ. Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada en España. Nefrología 2015; 35 (1): 92109. DOI: 10.3265/Nefrologia.pre2014.Jul.12133.

AUTORES/AUTHORS:

Nora María Martínez Lucas, Marta María Chust Álvarez, Laura Giera Vives, Jose Antonio Simarro Blasco

TÍTULO/TITLE:

Evaluación del Estado de Hidratación de nuestros pacientes en Hemodiálisis

Introducción:

Los pacientes en hemodiálisis (HD) desarrollan cambios en la composición corporal, que afectan a la hidratación, nutrición y aumento de grasa, siendo de gran importancia en el estado de bienestar del paciente y una terapia eficaz que debería ser evaluada y monitorizada como guía del manejo del paciente. El estado de hidratación de los pacientes en diálisis es importante por las complicaciones asociadas a la sobrecarga de volumen. Dos aspectos son importantes en el manejo de la composición corporal de los pacientes en HD: determinación del "peso seco" adecuado o estado de hidratación y detección de malnutrición. La bioimpedancia eléctrica (BIA) es una técnica no invasiva, poco costosa y de fácil manejo que permite analizar la composición corporal y el estado de hidratación de forma objetiva, completando la evaluación clínica e identificando pacientes con sobrehidratación. La BIA se puede realizar pre o postHD en posición supina, colocando en el lado contrario de la fistula arteriovenosa, dos electrodos en el dorso de la mano y dos en el pie.

Objetivo:

Evaluar el estado de hidratación de nuestros pacientes mediante BIA.

Material y métodos:

Se realiza un estudio observacional descriptivo de corte transversal de 96 BIA (48 preHD y 48 postHD) en 26 pacientes en HD crónica. De ellos el 53.8% hombres y 46.2% mujeres con una media de edad de 64.8 ± 17.85 años. El aparato utilizado fue el BIA101 Aker®. Se determinaron parámetros tales como tensión arterial (TA), peso seco (PS), agua corporal total (ACT), agua extracelular (AEC) y agua intracelular (AIC) tanto pre como postHD.

Resultados:

Comparamos los resultados obtenidos pre y postHD existiendo una significativa diferencia entre ellos. En el 56.25% de los estudios no se logra alcanzar el peso seco (PS) pautado. En cambio sólo un 6.25% presenta un ACT mayor del 60%. No existen diferencias en el estado de hidratación entre diabéticos y no diabéticos. Los hombres presentan mayor AEC prediálisis, un 23.87 ± 4.1 L y un 19.48 ± 3.5 L de AEC postHD que las mujeres que presentan un 19.23 ± 2.6 L de AEC preHD y un 15.42 ± 2.0 L de AEC postHD. En cambio los hombres presentan un mejor porcentaje de AEC 54.60 ± 8.4 y mejor relación AIC/AEC 0.87 ± 0.2 que las mujeres 55.54 ± 4.9 y 0.82 ± 0.1 . En cuanto a las correlaciones entre los datos de BIA y parámetros clínicos, vemos que existe una buena correlación $p < 0.05$ entre el de ultrafiltración (UF) y la diferencia de AEC pre y postHD. Además ésta última se relaciona $p < 0.01$ con la UF. La presión de pulso (PP) postHD se correlaciona $p = 0.006$ con el % ACT postHD. Por otro lado existe una excelente correlación $p < 0.001$ entre la PP pre y el AEC, el AIC y la relación AIC/AEC. La TA sistólica preHD se correlaciona con la AEC y su porcentaje.

Conclusiones: Los hombres presentan mayor AEC pre y postHD y una mejor relación AIC/AEC que las mujeres. La BIA es una herramienta sencilla para evitar las complicaciones relacionadas con el estado hídrico del paciente tanto por exceso como por defecto, así como el ajuste del peso seco. Los avances tecnológicos pueden ayudar al clínico en la valoración del estado de hidratación de nuestros pacientes, pero deben ser siempre interpretados en el contexto clínico. Estas técnicas ayudan a prevenir anomalías en el estado de hidratación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Cigarrán, S. Importancia de la utilización de la Bioimpedancia eléctrica (BIA) en Diálisis Peritoneal. Nefrología 2007.
2. Arias, M. La bioimpedancia como valoración del peso seco y del estado de hidratación. Nefrología 2010.

3. Ortega,O.Importancia del ajuste del peso seco en los objetivos de la diálisis adecuada. Nefrología 1999.
4. Piccoli,A.,Nescolarde,LD:,Rosell,J. Análisis convencional y vectorial de bioimpedancia en la práctica clínica. Nefrología 2002

AUTORES/AUTHORS:

SARA PLAZA RIVERA, NURIA CASERO PEINADO, LAURA PALAZÓN VALCÁRCEL, ELENA GÓMEZ JIMÉNEZ, RAQUEL CERES MARTÍNEZ, MARTA MAS ROMERO, MELISA LOPEZ UTIEL, ALMUDENA AVENDAÑO CÉSPEDES, JOSE LUIS OLIVER CARBONELL

TÍTULO/TITLE:

Prevalencia de lesiones por humedad en una residencia de mayores

INTRODUCCIÓN

La piel es el órgano más extenso del cuerpo y tiene importantes funciones como la protección, la relación con el medio y la termorregulación. El contacto con la humedad puede provocar modificaciones que pueden alterar la barrera cutánea y provocar su rotura, en el caso del anciano el riesgo es mayor debido las características propias de su piel.

En los últimos años se está tomando partido por establecer una diferenciación entre las UPP y las "lesiones cutáneas asociadas a la humedad" (LESCAH), ya que su mecanismo de producción y su abordaje en cuanto a prevención y tratamiento son diferentes.

Las lesiones por incontinencia se caracterizan por la presencia de humedad lo que produce eritema, maceración y excoriación de la piel, pudiendo confundirse con una UPP.

Existen características en cuanto a su causa, localización, forma, necrosis, profundidad, bordes y color de ambos tipos de úlceras que pueden ayudarnos a diferenciarlas; pueden existir úlceras mixtas en las que se combinen factores de UPP con factores característicos de una LESCAH.

OBJETIVOS

Establecer la prevalencia e incidencia de LESCAH en la Residencia de Mayores Paseo de la Cuba de Albacete durante un periodo de tiempo de un mes y describir los factores de riesgo relacionados con la aparición de las mismas así como el tratamiento recibido.

MÉTODOS

Estudio observacional en el que se estudiaron 26 sujetos. Como criterios de inclusión se fijaron aquellos residentes institucionalizados con presencia de lesiones en las zonas sacras, glúteas y/o perineales presentes ya en el momento de inicio de estudio o que aparezcan durante el desarrollo del mismo y se excluyeron aquellos que se negaron a participar y los que presentaron úlceras tumorales. Se recogieron como variables independientes datos sociodemográficos, comorbilidad, fármacos y estado funcional valorado con la escala FAC e Índice de Barthel. Se clasificaron como variables dependientes las lesiones como UPP, LESCAH o mixtas (UPP con componente de humedad o lesiones que a priori aparentan ser LESCAH pero que se encuentran sobre una prominencia ósea) mediante la observación directa de las mismas y siguiendo los criterios establecidos por la GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas). Se administró la Escala de Valoración del Eritema (EVE) en los casos de LESCAH o lesiones mixtas y se registraron los datos relativos al tratamiento administrado. Además se indicó si el sujeto presentaba exposición a la presión o cizalla, incontinencia urinaria, fecal, doble o combinación de varios factores, así como el uso de sonda vesical u otro tipo de colector y uso de absorbentes. El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 15.0.

RESULTADOS

La edad media de los sujetos fue de 82,62 años (DE 8,50), 61,54% fueron mujeres. El 50% de la muestra tenía entre 4 y 6 enfermedades crónicas y 80,77% estaban diagnosticados de demencia. El 73,1% tomaba más de 6 fármacos en su tratamiento habitual, 42,3% tomaba laxantes, 30,8% diuréticos y 61,54% nutrición enteral o algún tipo de suplemento dietético. Un 88,5%

presentaba un nivel de dependencia grave según el Índice de Barthel. El 84,6% no tenía ninguna capacidad para caminar según la escala FAC. El 92,31% eran incontinentes urinarios y 88,6% incontinente fecal. El 84,6% de los sujetos presentaban la combinación de incontinencia doble y presión como factores de riesgo. Según el tipo de lesiones cutáneas, el 69,23% eran LESCAH, frente a un 30,8% de lesiones mixtas. La incidencia de nuevas lesiones durante el estudio fue del 46,15%. Dentro de las LESCAH el 69,23% presentaba piel rota o abrasión frente al 23,08% de eritema intenso según la escala EVE. El 92,31% utilizaba algún tipo de absorbente. En ningún caso se habían registrado previamente a la lesión alguna medida de prevención de la humedad. Los tratamientos más utilizados una vez estaba instaurada la lesión fueron: pomadas barrera con contenido en cinc (76,9%), ácidos grasos hiperoxigenados (50%), apósitos tipo foam (26,9%) y pomadas con contenido en plata (26,9%).

DISCUSIÓN

El perfil del sujeto con lesiones por humedad es el de una persona incontinente, con un elevado grado de dependencia, pluripatología y polimedicación. La elevada prevalencia de LESCAH frente a UPP, manifiesta que en nuestro ámbito de estudio se controlan mejor los aspectos relacionados con el manejo de presión, que los relacionados con la humedad; no se aplicó en ningún caso medidas de prevención de la humedad antes de la aparición de las lesiones. Sería necesaria la realización de estudios más amplios, así como la elaboración de una escala validada para medir el riesgo de lesiones diferenciando las etiologías por humedad o por presión y así llevar a cabo una prevención adecuada.

Describir la prevalencia de LESCAH y sobre todo su diferenciación de las UPP nos puede llevar a tomar conciencia y a establecer un punto de partida en su tratamiento. Así mismo, observar con qué factores de riesgo se relacionan, nos puede ayudar en su prevención desarrollando intervenciones más efectivas para su abordaje.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. García Fernández, FP; Ibars Moncusí, P; Martínez Cuervo, F; Perdomo Pérez, E; Rodríguez Palma, M; Rueda López, J; Soldevilla Ágreda, JJ; Verdú Soriano, J. Incontinencia y Úlceras por Presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP n.o 10. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Madrid 2006.
2. Pancorbo-Hidalgo, PL; García-Fernández, FP; Soldevilla-Ágreda, JJ; Blasco García, C. Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº 11. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2009.
3. García-Fernández, FP; Soldevilla-Ágreda, JJ; Pancorbo-Hidalgo, PL; Verdú Soriano, J; López-Casanova, P; Rodríguez-Palma, M. Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº 2. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2014.
4. Segovia-Gómez, T; Bermejo Martínez, M; García-Alamino, JM. Úlceras por humedad: conocerlas mejor para poder prevenirlas. Gerokomos 2012; 23(3): 137-140.
5. Fletcher J. Understanding the differences between moisture lesions and pressure ulcers. Nurs Times 2008-2009; 104: 38-9.
6. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.

AUTORES/AUTHORS:

Ana Rita Madeira Henriques, Cláudia Filipa Martins Pina, Rita Costa Moleiro, Anabela Sousa Salgueiro-Oliveira

TÍTULO/TITLE:

Tiempo de permanencia de los catéteres venosos periféricos y flebitis.

Objetivos: en relación a los catéteres venosos periféricos (CVP), existen controversias acerca del tiempo adecuado para su sustitución y la influencia que podrá tener en la incidencia de flebitis. Así, establecemos como objetivos para esta revisión sistemática: confirmar la relación entre el tiempo de permanencia de los CVP indicado por las directrices y la aparición de flebitis, así como identificar resultados que permitan sostener un tiempo de permanencia del CVP.

Metodología: se realizó una revisión sistemática de la literatura, entre mayo y junio de 2014, y se recurrió a las bases de datos de las plataformas PubMed, EBSCOhost y Scielo. Se utilizó la metodología PICOD para la elaboración de la cuestión de investigación: «¿Pueden los CVP permanecer inseridos un tiempo máximo del que definen las directrices del CDC sin aumentar la incidencia de flebitis?». Para ello, se seleccionaron 87 artículos científicos con base en criterios preestablecidos. Se utilizaron las siguientes palabras clave: peripheral venous catheter, phlebitis, nurs*, peripheral vascular devices, nursing care y complications. Se consideraron los criterios de inclusión: ser estudios publicados entre 2009 y 2014; ser de investigación cuantitativa realizados en un contexto clínico, y con elevada evidencia científica, en inglés, español o portugués.

Todo el proceso de selección de la literatura científica lo realizaron tres revisores, que evaluaron de forma independiente cada uno de los artículos y su calidad metodológica. Para ello utilizaron los criterios de calidad definidos por Hicks (2006). Se consideraron elegibles 15 artículos de investigación, ya que hacían referencia no solo al tiempo de permanencia de los CVP, sino también a su relación con la aparición de flebitis. Después de leer el resumen se seleccionaron 13 estudios, pero después de leer el texto completo, fueron seleccionados para análisis 4 estudios primarios.

Resultados: en esta revisión sistemática, se analizaron críticamente, un estudio aleatorizado, dos estudios prospectivos y un estudio descriptivo y correlacional. La complicación abordada fue la flebitis, sobre la cual se estudió la relación con el tiempo in situ (tiempo de permanencia de los catéteres hasta su retirada), por Cicolini et al., (2014), Hasselberg et al., (2010), Rickard et al., (2010) y Furtado, (2011). Se verificó que en uno de los estudios hubo una mayor incidencia de flebitis antes de las 72 horas. Sin embargo, en dos de los otros estudios hubo una mayor incidencia respectivamente después de las 72 y las 96 horas. Otra de las investigaciones, por la reducida diferencia encontrada en la tasa de flebitis a las 72 horas o cuando hay alteraciones, sugiere que la sustitución del CVP debería realizarse solo cuando se indique clínicamente.

Discusión: el tiempo de permanencia del CVP depende, en la mayoría de los casos, de la toma de decisiones del enfermero y puede ser considerado un factor que predispone a la aparición de flebitis, considerada como la complicación más frecuente (Oliveira & Parreira, 2010).

Las directrices del Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de 2011, recomiendan que todos los CVP deben ser sustituidos de entre 72 a 96 horas. Por otro lado, la INS (2011) defiende que estos dispositivos deben ser sustituidos solo cuando así se indique clínicamente.

Se constató que existe un reducido número de estudios científicos primarios y recientes sobre la temática, lo que condiciona las conclusiones que se pueden extraer. Para la recogida de datos relativos a la incidencia de flebitis relacionada con el tiempo de permanencia de los CVP, in situ, se verifica que los autores establecieron un número diferente de horas límite para evaluar su aparición. Fueron varios los estudios que agruparon ese tiempo en intervalos de 24/24h hasta >73h (Furtado, 2011), >96h (Hasselberg et al., 2010) y 120h (Cicolini et al., 2014). La excepción se encuentra en el estudio desarrollado por Rickard et al. (2010), que analiza la incidencia de flebitis después de 3 días (sustitución cada 72h) o cuando se indique clínicamente, máximo de tiempo de 43 días. De manera global, se verifica que todas las investigaciones consideraron un tiempo de permanencia superior a 72 horas.

Como resumen, los resultados encontrados en esta revisión sistemática en relación al tiempo de permanencia de los CVP y a su relación con la incidencia de flebitis revelaron resultados no coincidentes. No obstante se confirma que los CVP deben ser sustituidos entre las 72 y las 96 horas, como se define en las directrices del CDC, con el objetivo de prevenir una mayor incidencia de flebitis. Las investigaciones futuras deberán apoyar el resultado de uno de los estudios, que apunta a que se sustituyan solo cuando se indique clínicamente, tal como se encontró en otra revisión sistemática de la literatura (Webster et al., 2013).

Implicaciones para la práctica clínica: los enfermeros, cuando tienen que tomar la decisión de sustituir el CVP, además de tener en consideración el tiempo establecido para ello, no pueden dejar de considerar la incomodidad que van a provocar al enfermo con la realización de una nueva punción, sin que haya alteraciones clínicas que lo justifiquen.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Cicolini, G., Manzoli, L., Simonetti, V., Flacco, M. E., Comparcini, D., Capasso, L., & Eltaji Elfarouki, G. (2014). Phlebitis risk varies by peripheral venous catheter site and increases after 96 hours: a large multi-centre prospective study. *Journal Of Advanced Nursing*, 70(11), 2539-2549. doi:10.1111/jan.12403

Furtado, L. (2011). Incidence and predisposing factors of phlebitis in a surgery department. *British Journal of Nursing*, 20(Sup7), 16-25.

Hasselberg, D., Ivarsson, B., Andersson, R., & Tingstedt, B. (2010). The handling of peripheral venous catheters from non-compliance to evidence based needs. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23/24), 3358-3363. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03410.x

Hicks, C. M. (2006). Método de investigação para terapeutas clínicos: concepção de projectos de aplicação e análise. 3ª ed. Loures: Lusociência ISBN 978-972-8930-19-6.

Infusion Nurses Society. (2011). Infusion Nursing Standards of Practice. *Journal of Infusion Nursing*, 34(1S), 1-109. Disponible en: <http://www.ins1.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3310>

Oliveira, A., & Parreira, P. (2010). Intervenções de enfermagem e flebitis decorrentes de cateteres venosos periféricos. Revisão sistemática da literatura. Referência: *Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Domínio de Enfermagem*, 3(2), 137-147.

O'Grady, N., Alexander, M., Burns, L., Dellinger, E., Garland, J., Heard, S., & ... Saint, S. (2011). Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. Centers for Disease Control and Prevention. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>

Rickard, C., McCann, D., Munnings, J., & McGrail, M. (2010). Routine resite of peripheral intravenous devices every 3 days did not reduce complications compared with clinically indicated resite: a Randomised controlled trial. *BMC Medicine*, 8, 53-62. doi:10.1186/1741-7015-8-53

Webster, J., Osborne, S., Rickard, C., & Hall, J. (2010). Clinically-indicated replacement versus routine replacement of peripheral venous catheters. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (3), CD007798. doi:10.1002/14651858.CD007798.pub2

Webster, J., Osborne, S., Rickard, C. M., & New, K. (2013). Clinically indicated replacement versus routine replacement of peripheral venous catheters. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), doi:10.1002/14651858.CD007798.pub3

AUTORES/AUTHORS:

RAÚL SOTO CÁMARA, MARIA INMACULADA SANTAMARÍA CUESTA, MARÍA CELESTE SANTIAGO VALLADOLID, MARGARITA HERNANDO PÉREZ, MARÍA DEL ROSARIO PÉREZ CARRETERO, MARÍA SANTAMARÍA FRANCÉS, RICARDO MIGUEL BARREIRO

TÍTULO/TITLE:

PERIODICIDAD EN EL CAMBIO DE LOS SISTEMAS DE INFUSION IV - INVESTIGACIÓN SECUNDARIA

INTRODUCCIÓN

Los dispositivos intravenosos (IV) son una parte fundamental en la práctica hospitalaria al permitir la administración de fármacos, nutrientes, líquidos y componentes sanguíneos, así como la monitorización del estado hemodinámico del paciente. Entre ellos, se encuentran los sistemas de perfusión IV que pueden definirse como una tubuladura, de extensión variable, conectada por un extremo a un reservorio de un fluido y por el otro a un catéter intravascular o a una aguja rígida. Son estériles, libres de pirógenos y desechables

En ocasiones, el uso de estos dispositivos puede verse complicado por una serie de factores infecciosos locales y/o sistémicos, que agravan la situación clínica del paciente, aumentando los días de hospitalización y el coste de los cuidados

OBJETIVO

Determinar el intervalo de tiempo óptimo para el cambio de los sistemas de perfusión IV, que reduzca el riesgo de infección, según la evidencia científica actual disponible

METODOLOGÍA

Siguiendo un esquema de investigación previamente establecido y de acuerdo con las disposiciones recogidas en la Declaración PRISMA, se realizó una revisión de la literatura disponible, consultando la versión electrónica de las principales BD de referencias bibliográficas de revistas primarias (BVS, CINAHL, CUIDEN, IBECS, LILACS, MEDLINE, ScIELO), de BD bibliográficas de revisiones sistemáticas (COCHRANE, JBI) y de BD de guías de práctica clínica (GuíaSalud, NHS), desde enero a mayo de 2015, utilizando como palabras clave los DeCs y MeSH adecuados al objetivo del estudio, combinados mediante operadores booleanos, junto con términos libres truncados. Se seleccionaron todos los trabajos cuyo diseño metodológico fuera ECA, RS, MA ó GPC, publicados en inglés o castellano desde 2005, que comparasen el cambio del sistema de perfusión IV a fecha prefijada frente a cuando existiese indicación clínica, realizados en adultos, con al menos el resumen disponible. Se realizó una búsqueda secundaria de la bibliografía citada en los artículos seleccionados. La selección de los estudios y la evaluación de la calidad metodológica se realizó por pares, de forma independiente y ciega, resolviendo las posibles discrepancias por consenso, y en caso de no lograrlo mediante la participación de un tercer evaluador

RESULTADOS

Se identificaron un total de 69 trabajos, que tras una primera lectura y evaluación del título y resumen, se descartaron 52 al no estar relacionados con el tema objeto de la revisión, no ajustarse a los criterios de inclusión ó estar duplicados. Al realizar la búsqueda secundaria a partir de las referencias bibliográficas de las 17 publicaciones seleccionadas, se localizaron 2 nuevos artículos. Tras la lectura crítica del texto completo, 8 de los 19 trabajos obtuvieron una puntuación mínima que garantizase el cumplimiento de los

criterios de validez metodológica establecidos en la FLC 2.0, distribuidos de la siguiente manera: 1 ECA, 3 RS, 2 RC y 2 GPC

DISCUSIÓN

El ECA se desarrolla en la unidad de críticos de un hospital terciario de Australia, durante un periodo de 1 año, incluyéndose a un total de 404 pacientes. La muestra está formada por pacientes adultos críticos que precisan de un acceso venoso central. Al grupo experimental se le cambia el sistema de perfusión IV a los 4 días (96 horas), al grupo control a los 7 días o antes si existe sospecha de infección del catéter. El proceso de aleatorización se realiza mediante número aleatorios, siendo el enmascaramiento doble ciego. La variable resultado analizada es la aparición de infección/bacteriemia. El manejo del catéter central y los sistemas de perfusión se realiza mediante estrictas medidas de asepsia. Concluye que los sistemas pueden mantenerse 7 días, sin aumento del riesgo de infección, siendo innecesario cualquier cambio previo

Las 3 RS y las 2 RC incluyen ECA, ECNA y ED, de calidad media-baja, cuyas muestras están formadas por pacientes con acceso venoso ó arterial, central ó periférico, en los que se compara el riesgo de infección en relación con la periodicidad del cambio del sistema cada 24-48-72-96 horas. En cuanto a los resultados, las 2 RC y 2 RS concluyen que los sistemas de perfusión IV se deberían cambiar cada 72-96 horas; la RS restante concluye que existe evidencia limitada en cuanto a la duración óptima de los sistemas de perfusión IV

Las GPC recomiendan que, en los pacientes que no reciben sangre, productos hemoderivados o emulsiones lipídicas, los sistemas de perfusión IV de uso continuo, incluidos los equipos secundarios y equipos adicionales, se sustituyan como máximo a intervalos de 96 horas, y al menos cada 7 días (GR IA). Los sistemas que infunden emulsiones grasas cada 24 horas y los que infunden sangre o hemoderivados cada 4-12 horas (GR IB). Los sistemas de perfusión de propofol deben ser cambiados cada 6-12 horas o con el comienzo de un nuevo envase, ya que los medicamentos de base lipídica facilitan un rápido crecimiento bacteriano a temperatura ambiente (GR IA). Los sistemas de perfusión intermitente, que se conectan y desconectan repetidamente, se recomienda cambiarlos cada 24 horas al existir mayor riesgo de contaminación, no existiendo evidencia al respecto. Estas recomendaciones deben seguirse siempre y cuando no se observen signos de infección

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Daud A, Rickard C, Cooke M, Reynolds H. Replacement of administration sets (including transducers) for peripheral arterial catheters: a systematic review. *Journal of clinical nursing*. 2012; 22: 303-317
- Gillies D, O'Riordan L, Wallen M, Morrison A, Rankin K, Nagy S. Optimal timing for intravenous administration set replacement. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2004 Mar; 25(3): 240-50
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en Adultos. Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en Adultos. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS
- Rickard C, Lipman J, Courtney M, Siverson R, Daley P. Routine changing of intravascular administration sets does not reduce colonisation or infection in central venous catheters. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2004; 25(8):650-655
- The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. Atlanta. Centers for disease control and prevention. 2011
- Ullman AJ, Cooke ML, Gillies D, Marsh NM, Daud A, McGrail MR, O'Riordan E, Rickard CM. Optimal timing for intravascular administration set replacement. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 9. Art. No.: CD003588. DOI: 10.1002/14651858.CD003588.pub3.
- Webster J, Osborne S, Rickard C, Hall J. Clinically-indicated replacement versus routine replacement of peripheral venous catheters (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 4. Art. No.: CD007798.

DOI: 10.1002/14651858.CD007798.pub3.

AUTORES/AUTHORS:

Ismael Ortuño-Soriano, Encarnación Fernández-del Palacio, Daniel Muñoz-Jiménez, Carlos Martín-Trapero, Consuelo Bermejo-Pablos, M^a Jesús Simón-García, Francisco García-García, M^a Teresa Martín-Acero, Concepción Dueñas-Matos

TÍTULO/TITLE:

Opinión y conocimiento de enfermeras de atención especializada sobre el Informe de Cuidados de Enfermería.

Objetivo

Conocer la opinión y conocimientos de las enfermeras de hospitalización acerca del Informe de Cuidados de Enfermería en un hospital de tercer nivel.

Métodos

Estudio descriptivo, transversal, realizado en 2014, en un hospital de tercer nivel, mediante cuestionario on-line autoadministrado, voluntario y anónimo, con preguntas consensuadas en grupo de expertos y previamente valoradas, con cuestiones que versan sobre el Informe de Cuidados de Enfermería (ICE). La población a estudio es todas las enfermeras de hospitalización (N=513), a las que se invitó a contestar un cuestionario accesible a través de la intranet corporativa. Toda la población tenía la misma posibilidad de contestar. El cuestionario consta de 19 ítems, con variables independientes sociodemográficas, y variables dependientes (dicotómicas, escalas de Likert y preguntas abiertas). Análisis elaborado utilizando SPSS 15.0. Las diferencias y comparaciones entre variables se consideran significativas con un valor de "p" inferior a 0,05.

Resultados

La tasa de respuesta fue del 34.1%, (mujeres 82,3%, edad y experiencia profesional promedio de 40 años (DE: 10.5) y 17.1 años (DE: 10), respectivamente). El 81,1% participó en sesiones formativas sobre ICE, valorándolas como útiles/muy útiles el 52.8%. El 31.4% considera el ICE una labor impuesta por la Dirección de Enfermería, aunque el 81,7% lo reconoce de obligado cumplimiento legal. El 82,9% opina que su elaboración afecta a la continuidad de cuidados, estimando un 89.1% la necesidad de realizarlo, aunque un 28,4% cree que no es siempre necesario. Mientras que el dato oficial del indicador institucional de elaboración del ICE es del 49.8%, dicho porcentaje estimado por parte de los encuestados es del 63.9% (promedio), esgrimiendo que las razones para no llegar al 100% son, fundamentalmente: exceso de carga de trabajo y alta presión de reocupación de camas (38,9%), falta de tiempo (29.1%) y desconocimiento de que el paciente se va (no planificación del alta, falta de comunicación con el equipo médico) (25.7%). Finalmente, y como acciones de mejora para elaborar el 100% de los ICE, un 23,4% propone el conocimiento previo de altas y mayor coordinación enfermera-médico. El 18,3% demanda una menor presión asistencial, considerando el 17,1% que distribuir el ICE por turnos y comenzar su elaboración desde el ingreso, ayudaría a su completa implantación.

Discusión

La elaboración del ICE se ha considerado esencial por numerosos autores como elemento articulador de continuidad de cuidados. A pesar de ello, en España, la literatura consultada indica que el porcentaje de elaboración oscila entre el 17,7% y cifras cercanas al 100%, dependiendo de las características de la institución. En nuestro hospital, se ha querido pulsar la opinión y razones por las que el ICE no era ampliamente elaborado, habiendo conseguido con este estudio identificar acciones de mejora que, una vez implantadas a lo largo del primer semestre de 2015, han conseguido elevar la cumplimentación y elaboración del ICE desde un 49.8% en 2014, hasta un 69.7% actual, casi un 40% más.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Alonso M, Aparicio C, Arroyo C, Carrión L, Chico RM, de Armas JM, et al. La continuidad de cuidados en enfermería: un instrumento de mejora en la coordinación entre niveles asistenciales. Premio Profesor Barea. 3.ª Edición 2004; 89-103.

China MC, Villamandos R, Alonso M, Chico RM, Rodríguez MP, Duarte G. Gestionando cuidados a través de metodología enfermera . ENE Revista de enfermería. 2007; 0: 40-55.

Cruzado C, Bru A, González R, Aída S. Valoración del informe de continuidad de cuidados por enfermeras de atención primaria. Enferm Cardiol. 2008;15(45):21-5.

Martínez LE, Cantero ML. Informe de cuidados en enfermería: revisión de su situación actual. Enferm. glob. [revista en la Internet]. 2013 Oct [citado 2015 Sep 14]; 12(32): 336-45. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412013000400020&lng=es.

AUTORES/AUTHORS:

Maialen Gorricho Genua

TÍTULO/TITLE:**LA SEGURIDAD EN EL USO CORRECTO DEL PORT-A-CATH; UNA INTERVENCIÓN EN ALUMNOS DE ENFERMERÍA**

La incidencia del cáncer ha aumentado en las últimas décadas y es una de las enfermedades que más ha impactado en la calidad de vida de los pacientes. En la mayoría de los casos los tratamientos son agresivos, a largo plazo y requieren tecnología y técnicas especializadas, como la implantación de catéteres venosos centrales (CVC) de larga duración, como por ejemplo en Port-A-Cath, para su segura y correcta administración.

Estos constituyen la principal alternativa a la administración de fármacos intravenosos por vía periférica debido a que permiten la infusión de sustancias complejas como la quimioterapia.

Se calcula que más 400.000 pacientes tienen implantados CVC en el mundo. Estos catéteres ofrecen múltiples ventajas, pero las infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con los CVC son significativas, en términos de morbi-mortalidad y gasto sanitario.

Debido al carácter multidisciplinar de la enfermería, en ocasiones se deben realizar técnicas con las que no se está familiarizado. Por ello, existe una amplia variedad de documentación relacionada con la técnica, pero ésta no garantiza una buena praxis provocando un aumento del riesgo de complicaciones.

Objetivos:

Evaluar el impacto de una intervención destinada al uso seguro de los reservorios Port-A-Cath en estudiantes de enfermería de 3º y 4º grado de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia Salus Infirmorum (UPSA), Madrid. Sensibilizar al futuro profesional de enfermería, sobre la importancia de la seguridad del paciente. Identificar el uso correcto de los reservorios como aportación a la seguridad en la atención al paciente. Mejorar los conocimientos teórico-prácticos sobre el manejo del Port-A-Cath y a su vez, mejorar la confianza en los alumnos a la hora de realizar la técnica.

Metodología:

Se realizó un estudio cuasi-experimental de intervención, a modo de taller teórico-práctico, en alumnos de 3º y 4º curso de enfermería. La evaluación se realizó con un diseño pretest-postest ad-hoc con el fin de valorar de qué punto partían los alumnos y si se cumplían los objetivos previstos. Se realizaron 3 cuestionarios para valorar en nivel de conocimientos previo, inmediatamente posterior y al cabo de 4 semanas, para valorar la retención de conocimientos.

En la primera fase se realizó una revisión bibliográfica en fuentes científicas además de una búsqueda de Protocolos y Guías de Práctica Clínica de diferentes hospitales para realizar un dossier formativo. Para apoyar el apartado teórico se prepararon herramientas específicas como un dispositivo que emulaba el pecho de un paciente con reservorio así como presentación en PowerPoint y un vídeo docente.

Resultados:

58 sujetos participaron voluntariamente con un seguimiento del 100% (53,2% de la muestra seleccionada). La nota media en el pretest de nivel de conocimientos fue de 5,29 puntos sobre 10, frente a 9,5 del postest inmediato, y al cabo de 4 semanas: 8,6 puntos. El 100% de los alumnos consideraron que el taller les fue de utilidad, habían adquirido nuevos conocimientos y su

concienciación sobre la importancia del buen manejo del catéter había aumentado. El 96,5% refirieron sentirse más seguros y el 98,2% tener los conocimientos necesarios para realizar la técnica. El 86,3% de los alumnos que pudieron ejecutar la técnica entre el 2º y 3º cuestionario refirieron ser más conscientes de la importancia del buen manejo. Los alumnos de 4º curso y los que previamente habían consultado protocolos, obtuvieron mejores calificaciones.

Discusión:

A pesar de haber abundante documentación, su lectura y aplicación no está demostrada. Por el tipo de estudio, los hallazgos tenían escasa capacidad de generalización, sin embargo, a nivel particular, los resultados fueron muy relevantes. El seguimiento del 100% demostró interés de los participantes. Los alumnos de 4º curso obtuvieron mejores calificaciones, en parte por un nivel mayor de conocimientos y horas de prácticas clínicas realizadas. Sin embargo, los estudios previos en relación con la salud no aseguraban un mayor nivel de conocimientos. La calificación media en el 3º cuestionario (4 semanas después de la intervención) descendió, dejando abierta una línea de investigación de cara a analizar la adquisición de conocimientos a posteriori de los alumnos.

Conclusiones:

Se demostró que la intervención educativa a modo de taller fue efectiva a la hora de incrementar los conocimientos teórico-prácticos, la concienciación sobre la buena praxis a la hora de realizar la práctica y la seguridad de los alumnos de 3º y 4º curso de Enfermería de Salus Infirmorum (UPSA), Madrid. Los alumnos refirieron ser más conscientes de la importancia de la seguridad en relación al uso correcto del Port-A-Cath. Demostraron conocer la técnica e identificar su uso correcto. La intervención aumentó la seguridad y confianza de los alumnos a la hora de realizar la técnica, además de incrementar los conocimientos. La necesidad de formación continua a modo de intervención es esencial puesto que la disponibilidad de documentación no asegura la buena praxis.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía más relevante:

- Teichgraber 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.
- Corella Calatayud JM, Fuster Diana C, Vázquez Prado A, Corella Mas JM, Galbis Caravajal JM, Mas Vila T, et al. Reservorios, accesos venosos de larga duración. Abordaje y complicaciones. 2014ª ed. Sociedad Valenciana de Cirugía; 2014.
- Freiré E, Iglesia ADI, Rodríguez C, López MA, González M, Peleteiro R, et al. Totally implantable central venous devices (Port-A-Cath) in oncological patients: Review of complications. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2008;15(7):451-462.
- Freytes CO, Reid P, Smith KL. Long-term experience with a totally implanted catheter system in cancer patients. *J Surg Oncol* 1990 Oct;45(2):99-102.
- Carrero Caballero MC. Actualización enfermera en accesos vasculares y terapia intravenosa. Cuidados de los catéteres centrales de larga duración. 1st ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2008.
- Alvarado Y. Cuidados enfermeros: inserción de aguja en el reservorio venoso subcutáneo. 2013.
- Worth LJ, Slavin MA, Brown GV, Black J. Catheter-related bloodstream infections in hematology: time for standardized surveillance? *Cancer* 2007 Apr 1;109(7):1215-1226.
- Prandoni P, Piccioli A, Girolami A. Cancer and venous thromboembolism: an overview. *Haematologica* 1999 May;84(5):437-445.
- Wenzel RP, Edmond MB. The impact of hospital-acquired bloodstream infections. *Emerg Infect Dis* 2001 Mar-Apr;7(2):174-177.
- Kuo YS, Schwartz B, Santiago J, Anderson PS, Fields AL, Goldberg GL. How often should a port-A-cath be flushed? *Cancer Invest* 2005;23(7):582-585.
- Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Protocolos y procedimientos de cuidados generales. Manejo de catéteres venosos

centrales de larga duración. 2014

-Manrique FG, Barrera LF, Chaparro DF, Fernández AR. Autocuidado y eficacia de las intervenciones educativas en enfermería. Innovación y transferencia de conocimiento. Escuela superior de Enfermería de Coimbra. 2015.

-Rodríguez-Gázquez MA, Arredondo-Holguín E, Herrera-Cortés R. Efectividad de un programa educativo en enfermería en el autocuidado de los pacientes con insuficiencia cardíaca: ensayo clínico controlado. . Rev Latino-Am Enfermagem 2012 Apr;20(2):296-306.

-García Yúfera O. Guía rápida para solucionar incidencias durante el manejo del Catéter de Hickman y Reservorio (Material Docente). Hospital General Universitario Gregorio Marañón. 2014.

AUTORES/AUTHORS:

Laura Fernandez Díez, Raquel García Nieto, Alicia Martínez Municio

TÍTULO/TITLE:

Herramientas en el abordaje de los estados de ansiedad usadas por el personal de enfermería de Atención Primaria

OBJETIVOS:

Dentro del ámbito de Atención Primaria; en los CS de Pinto, Parla y Griñón:

- Conocer las herramientas usadas por el personal de enfermería en relación al tratamiento no farmacológico de los estados /trastornos de ansiedad.
- Describir los conocimientos de los profesionales de enfermería sobre la recomendación de las diferentes tipos de terapia no farmacológica para el manejo de los trastornos de ansiedad.
- Conocer las necesidades de formación percibidas en intervenciones con pacientes con trastornos de ansiedad por los profesionales de enfermería.
- Saber el tipo de seguimiento por parte de enfermería (en consulta individual y/o grupal) de pacientes con trastornos de ansiedad agudos y/o recurrentes.
- Conocer el grado de implicación asistencial de enfermería en talleres grupales (de carácter anual) para el abordaje de trastornos de ansiedad.
- Describir las principales barreras y/o impedimentos autopercibidas del personal de enfermería a la hora de llevar a cabo las citadas técnicas.
- Indagar sobre el uso de terapias cognitivo-conductuales por el personal enfermero de Atención Primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Tipo de Estudio: estudio epidemiológico observacional descriptivo.

Población de Estudio: Profesionales de enfermería de los CS de Griñón, Parla y Pinto , que cumplan con los criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión y de Exclusión:

o Criterios de Inclusión:

- Personal de enfermería de AP de los CS de las localidades de Pinto (Cs. Pinto y Cs. Parque Europa), Parla (Cs. Isabel II, Cs. San Blas y Cs. Las Américas) y Zona Básica de Griñón (Cs. Griñón, Cons. Torrejón de Velasco, Cons. Torrejón de la Calzada, Cons. Batres, Cons. Serranillos del Valle, Cons. Cubas de la Sagra y Cons. Casarrubuelos).

- Contrato laboral mayor de 6 meses con el mismo CIAS

o Criterios de Exclusión:

- Enfermeros y enfermeras de Pediatría.
- Personal eventual o temporal (menos de 6 meses de contrato laboral).

Tamaño muestral y muestreo: 82 profesionales

Herramienta de recogida de datos: Se ha utilizado un cuestionario anónimo autoadministrado diseñado por las tres autoras del proyecto. Dicho cuestionario está basado en las recomendaciones la GPC para el manejo de pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Primera ed. Madrid: Plan nacional para el SNS del MSC; 2008.

RESULTADOS:

La participación fue de un 68,3%. De los 56 encuestados, 11 fueron hombres (19,6%) y 45 mujeres (80,4%). La distribución por grupos de edad fue de 18-45 años (42,9%) y mayores de 45 años (57,1%).

Según tiempo trabajado en atención primaria, el 30% entre 6-10 años; 21% entre 11-20 años; y un 35%, más de 20 años. El 86% no posee titulación como especialista. Un 79% no posee experiencia laboral en salud mental.

Un 86% coinciden con las GPC en que la primera elección de tratamiento frente a la ansiedad es el tratamiento no farmacológico. Sin embargo, un 11% eligen el tratamiento farmacológico.

Sobre los tratamientos no farmacológicos, un 57% coincide con las GPC en que la primera elección son las técnicas mixtas (individual y grupal). Sin embargo un 26% de los encuestados creen que la primera elección es la terapia individual.

A pesar de que hasta un 86% de los encuestados tienen el conocimiento de que la primera elección de tratamiento para los trastornos de ansiedad es el tratamiento no farmacológico, hasta un 80% de los encuestados no los realiza.

Hasta un 75% de los encuestados ha recibido formación en la técnica de respiración abdominal, el mismo porcentaje que los aplica. Sin embargo, a pesar de que hasta un 43% de los encuestados han recibido formación sobre las técnicas de visualización y relajación progresiva de Jacobson, solamente la aplica entre un 19 y un 34%. Hasta un 83% tampoco utiliza las técnicas cognitivas como tratamiento de los trastornos de ansiedad.

Las barreras autopercibidas por los profesionales para llevar a cabo las técnicas de relajación, fueron: la falta de tiempo, de formación, de confianza en ese tipo de y tratamientos, carencia de espacios adecuados, falta de motivación por parte del personal de enfermería, falta de sensibilidad por parte de los profesionales, y el no reconocimiento del personal de enfermería como profesional que pueda intervenir en ese tipo de técnicas.

DISCUSIÓN:

A pesar de que la ansiedad es un motivo de consulta importante en AP, y de que en estos tiempos de crisis, este dato se ha visto incrementado, el número de intervenciones realizadas desde el personal de enfermería no se corresponde con esta frecuencia de consultas, ni con las recomendaciones de la GPC.

Los profesionales de Atención Primaria estudiados, coinciden en su mayoría en poseer escasa experiencia y formación en las áreas de salud mental. Sin embargo, en las preguntas sobre conocimientos, la mayoría de ellos demuestran conocer las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria.

Implicaciones para la practica clínica: la formación en salud mental de los enfermeros de atención primaria, puede mejoraría el tratamiento de los pacientes con trastorno de ansiedad a través del incremento de las intervenciones no farmacológicas frente a la ansiedad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1 y 2. Alberdi Sudupe, J y Castro Dono, C. Ansiedad Generalizada en Adultos. 15-12- 2013; Disponible en: <http://www.fisterra.com>. Acceso el 07/10, 2014

- 3, 6 y 9. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10. Pág. 21 y 24
- 4 y 7. Tello-Bernabé et al: Effectiveness of a clinical practice guideline implementation strategy for patients with anxiety disorders in primary care: cluster randomized trial. *Implementation Science* 2011 6:123, Pág. 2
5. Somers JM, Goldner EM, y cols. Prevalence and Incidence Studies of Anxiety Disorders: A Systematic Review of the Literature. 2006; 51(2)
- 8 Gili M, Roca M, McKee M y Stuckler, D. The Mental Health risk of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres. *Eur J Public Health* 2010 2013; 23:103-108
- 10 y 11. Garrido Picazo M. Manejo de la ansiedad en Atención Primaria. *Formación continuada Terapéutica en Atención Primaria* 2008; 34(8):407-410
12. Botargues MM, Lewin G. Manejo de los desórdenes por ansiedad en Atención Primaria. *Therapeutics Letter en español traducido con la autorización de Therapeutics Letter # 18, febrero/ marzo/ abril 1997*. Disponible en <http://www.ti.ubc.ca/pages/letter18.htm>
13. Petruzello SJ, Landers DM y cols. A meta-analysis on the anxiety-reducing effects of acute and chronic exercise. *Sports Medicine*. 1991; 11:143-82
14. Burgos Varo ML, Ortiz Fernández MD, y cols. Intervención grupal en los trastornos de ansiedad en Atención Primaria: técnicas de relajación y cognitivo-conductuales. *SEMERGEN*. 2006; 32(5):205-10. Pág. 207
15. Soriano González J. Estudio Cuasi-experimental sobre las terapias de relajación en pacientes con ansiedad. *Enfermería Global Revista electrónica trimestral de enfermería* 2012 Abril 2012(26):42

AUTORES/AUTHORS:

Antonio Garcia Garcia, Montse Biosca Freixanet, Begoña Acón Orea, Nuria Llurba Cunillera, Celia Cuellas Roca, Nuria Huguet Otero, Mariona Rocaspana Garcia, Marta Rubí Cabrera, Josefina Minguella

TÍTULO/TITLE:

LA ANSIEDAD Y EL NERVIOSISMO COMO DESENCADENANTES DE REACCIONES VASOVAGALES EN LOS DONANTES DE SANGRE

INTRODUCCIÓN: Del total de reacciones adversas relacionadas con la donación de sangre notificadas en el 2012 en Cataluña, un 85 % correspondieron a reacción vasovagal (RVV), según estudio realizado por el Banc de Sang i Teixits (BST). Las RVV suelen ser de carácter leve en la mayoría de los casos, aunque pueden evolucionar hacia presentar sintomatología más grave. El personal de enfermería, debe identificar y tratar este tipo de reacciones de la forma más adecuada para evitar que el donante se autoexcluya. Por esa razón decidimos realizar un estudio para ver la relación entre los estados de ansiedad y nerviosismo (A/N) y la aparición de RVV en el donante de sangre (D/S).

OBJETIVOS: 1.- Analizar La relación entre los estados de A/N y la aparición de RVV. 2.- Comparar la frecuencia de presentación de casos con A/N entre los diferentes grupos de edad.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo de tipo observacional, longitudinal y retrospectivo. A partir de las de reacciones adversas(RA) de D/S en los años 2013-2014 del BST Lleida, se elaboran tablas con los casos de RVV y las causas que las produjeron. Se calcularon las frecuencias esperadas y se analizaron los resultados mediante el test chi-cuadrado. Se compararon también los porcentajes de casos según causa por grupos de edad. De una población total de 236 RVV, se obtuvo una muestra n=157 RVV para un nivel de confianza de 95 % y $p < 0.05$. **RESULTADOS:** Partiendo inicialmente de una población de 236 RVV, obtuvimos que las situaciones asociadas más frecuentemente a episodios de RVV fueron: ayuno superior a 5 horas (ayuno > 5h) (23.3%), A/N (22.8%), Reacciones previas R/P (22.3%), calor excesivo (17.8%) y aprensión (13.8%). Observamos que, después del ayuno > 5h, los estados de A/N son la segunda situación que más frecuentemente se asocia a una RVV por lo cual basaremos nuestro estudio únicamente en estas dos variables. Se excluyen del estudio las RVV asociadas a R/P por la dificultad de conocer el contexto o situación en que éstas tuvieron lugar. Con el test chi-cuadrado obtenemos un resultado de 8.83 con $gl=4$ y $p=0.065$. Del porcentaje de estados de A/N que desembocan en RVV, encontramos que el 43.48% pertenecen a donantes en edad entre 18-25 años, el 28.26% entre 26-35 años, el 15.22% entre 36-45 años y el resto a donantes con edad superior a 45 años. **DISCUSIÓN:** Podemos concluir que el estado de A/N tiene relación con la presentación de un cuadro de RVV, con una significación estadística del 6.5%. Se evidencia también una mayor frecuencia de asociación A/N-RVV en donantes entre 18-25 años puesto que es el grupo con mayor porcentaje de donantes de primera vez. Deberemos, entonces, orientar nuestras actuaciones hacia utilizar técnicas de distracción y/o relajación, en las primeras donaciones, para intentar disminuir el riesgo de padecer una RVV.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Chóliz Montañés M. TÉCNICAS PARA EL CONTROL DE LA ACTIVACIÓN: Relajación y respiración. Facultad de Psicología Universidad de Valencia.
- Vidal J., Contreras E., Elies F. Reacciones adversas a la donación de sangre. Revista online. 23 de febrero 2007.

AUTORES/AUTHORS:

Marly Ryoko Amaya, Eliane Cristina Sanches Maziero, Francine Taporosky Alpendre, Elaine Drehmer de Almeida Cruz

TÍTULO/TITLE:

COMPROBACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LAS LISTAS DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA DE UN HOSPITAL DE ENSEÑANZA

Objetivo: Analizar el registro de la información relativa a la identificación del paciente quirúrgico. Método: La investigación cuantitativa, retrospectiva y documental, realizada en 2013, en el Centro Quirúrgico de un hospital de enseñanza en el sur de Brasil. Los documentos consultados fueron las listas de verificación de cirugías ortopédicas realizadas entre enero de 2011 y junio de 2012. Los datos fueron relacionados los períodos preoperatoria inmediata e intraoperatoria, alimentación de hojas en Excel® y analizado mediante el uso de la estadística descriptiva. Resultados: Se analizaron 257 listas de verificación, la comprobación de la identidad del paciente se registró en 89,1% (n=229) de los pacientes en la etapa de recepción de la paciente, 98,1% (n=252) antes de la inducción de la anestesia y 95,2% (n=219) antes de la incisión quirúrgica. Discusión: Los datos demuestran que en cualquier etapa la comprobación de la identificación del paciente fue completamente verificada/registrada. Ante la gravedad representada por el cambio del paciente quirúrgico, la verificación y registro de la identidad es tarea esencial para garantizar que la asistencia se da a la persona correcta¹. Considerando los riesgos para la seguridad del paciente, en 2013 el Ministerio de Salud de Brasil determinó mediante el protocolo de identificación del paciente para orientar y establecer buenas prácticas de atención en todas las instituciones de salud² que sigue, la recomendada por Programa de Cirugía Segura Salva Vidas de la Organización Mundial de la Salud¹. Esto indica la adopción de lista de verificación que incluye artículos de conferencias relacionadas con la prevención de los errores relacionados con la cirugía del paciente errado, procedimiento o sitio quirúrgico equivocado¹. Los resultados muestran que en el hospital del estudio persiste el riesgo de cambio del paciente quirúrgico, lo que requiere de estrategias para promover la seguridad quirúrgica y la observación de las directrices gubernamentales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. World Health Organization (WHO). The Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives. World Alliance for Patient Safety. Geneva, 2009.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.095 de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União. 2013 set. 24; Seção 1. p. 113.

AUTORES/AUTHORS:

RAÚL SOTO CÁMARA, MARÍA INMACULADA SANTAMARIA CUESTA, MARÍA CELESTE SANTIAGO VALLADOLID, MARÍA DEL ROSARIO PÉREZ CARRETERO, MARGARITA HERNANDO PEREZ, MARÍA SANTAMARÍA FRANCÉS, RICARDO MIGUEL BARREIRO

TÍTULO/TITLE:

¿ES NECESARIO HUMIDIFICAR EL OXÍGENO ANTES DE SU ADMINISTRACIÓN? - INVESTIGACIÓN SECUNDARIA

INTRODUCCIÓN

La oxigenoterapia se define como la administración de O₂ a concentraciones mayores que la existente en el aire ambiental (21%), con la finalidad de prevenir y/o tratar los síntomas y manifestaciones clínicas de la hipoxia tisular y otros trastornos, ya sean agudos o crónicos

Las características físicas de este O₂ suplementario (temperatura 10-15 °C - 0 mg/ml de humedad absoluta) difieren de las consideradas como fisiológicas (temperatura 37 °C - 44 mg/ml de humedad absoluta), siendo necesario su humidificación previa a la administración, ya que la inspiración de flujos elevados de O₂ con bajo nivel de humedad puede sobrecargar la capacidad de acondicionamiento de la mucosa nasal, provocando alteraciones en la estructura y función del sistema traqueobronquial así como disconfort en el paciente

Sin embargo, en la práctica clínica, existe cierto grado de variabilidad en cuanto a la humidificación del O₂ para evitar la sequedad y el enfriamiento del tracto respiratorio, en especial cuando se administra a flujos bajos, no superiores a 5 l/min

OBJETIVO

Identificar la mejor evidencia científica disponible que permita evaluar la efectividad de la humidificación del O₂, suministrado al paciente mediante dispositivos de bajo flujo, en la reducción de los riesgos asociados a su uso, justificando, o no, su empleo rutinario

METODOLOGÍA

Siguiendo un esquema de investigación previamente establecido y de acuerdo con las disposiciones recogidas en la Declaración PRISMA, se realizó una revisión de la literatura disponible, consultando la versión electrónica de las principales BD de referencias bibliográficas de revistas primarias (BVS, CINAHL, CUIDEN, IBECS, LILACS, MEDLINE, ScIELO) y de BD bibliográficas de RS (COCHRANE, JBI), entre enero y abril de 2015, utilizando como palabras clave los DeCs y MeSH adecuados al objetivo del estudio, combinados mediante operadores booleanos, junto con términos libres truncados. Se seleccionaron todos los estudios cuyo diseño metodológico fuera ECA, ECNA, RS ó MA, publicados en inglés y/o castellano, sin limitación temporal, que comparasen el uso del humidificador frente a la no humidificación del O₂ en pacientes adultos con ventilación espontánea, sometidos a oxigenoterapia de bajo flujo, en la reducción de sequedad nasal y boca, sangrado de nariz, dolor de cabeza, producción de esputo y molestias de pecho. Se realizó una búsqueda secundaria de la bibliografía citada en los artículos seleccionados. La selección de los estudios y la evaluación de su calidad metodológica se realizó por pares, de forma independiente y ciega, resolviendo las posibles discrepancias

por consenso, y en caso de no lograrlo mediante la participación de un tercer evaluador

RESULTADOS

Se identificaron un total de 167 trabajos, que tras una primera lectura y evaluación del título y resumen, se descartaron 149 al no estar relacionados con el tema objeto de revisión, no ajustarse a los criterios de inclusión ó estar duplicados. Al realizar la búsqueda secundaria a partir de las referencias bibliográficas de las 18 publicaciones seleccionadas, se localizó 1 nuevo artículo. Tras la lectura crítica del texto completo, 5 de los 19 trabajos obtuvieron una puntuación mínima que garantizase el cumplimiento de los criterios de validez metodológica establecidos en las listas de chequeo CASPe, distribuidos de la siguiente manera: 4 ECA y 1 ECNA

DISCUSIÓN

El número total de pacientes adultos valorados en los 5 EC asciende a 654, especificándose únicamente en 2 de ellos el proceso de aleatorización. En 4 estudios, la muestra está formada por pacientes hospitalizados con prescripción de O₂ a bajo flujo; en 1 por sujetos sanos y pacientes con EPOC sin experiencia previa con el O₂. Al grupo experimental se le administra O₂ humidificado, al grupo control sin humidificar; únicamente en 1 trabajo, todos los sujetos pasan por ambas situaciones. En cuanto al enmascaramiento, 1 de ellos es doble ciego, 1 es ciego simple y los 3 restantes no se especifica. El flujo oscila entre 1 y 5 l/min, siendo lo más habitual 4 l/min. El dispositivo de bajo flujo utilizado es la cánula nasal, usándose en 1 de ellos también mascarilla. Para la humidificación se utiliza humidificador de burbujas en todos los casos, excepto en 1 estudio que no se especifica. La variable resultado presente en todos los estudios es la sequedad nasal, si bien en la mayoría de ellos también valoran la sequedad de garganta, el dolor de cabeza o las molestias en el pecho. Los resultados obtenidos en todos ellos no son concluyentes ya que, aunque se encuentran diferencias estadísticamente significativas, éstas no son clínicamente relevantes. Todos los estudios analizados son de de calidad media-baja

Por ello, al no existir evidencia científica que justifique la humidificación del O₂ a flujos bajos, inferiores a 4-5 l/min, se debería evitar su uso generalizado, limitándose a determinados pacientes que presenten sequedad de mucosas o sangrado nasal

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Andres D, Thurston N, Brant R, Flemons W, Fofonoff D, Ruttimann A, et al. Randomized double-blind trial of the effects of humidified compared with nonhumidified low flow oxygen therapy on the symptoms of patients. *Canadian Respiratory Journal*. 1997; 4(2): 76-80
- Bailey P. Oxygen delivery systems for infants, children, and adults Monografía en Internet. Torrey SB & Parsons PE, (Ed): Uptodate; 2015. (acceso 01/02/2015). Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- Campbell EJ, Baker MD, Crites-Silver P. Subjective effects of humidification of oxygen for delivery by nasal cannula. A prospective study. *Chest*. 1988; 93(2): 289-93
- Esquinas-Rodriguez AM, Scala R, Soroksky A, BaHamam A, Klerk A, Valipour A, Chiumello D, Martin C, Holland AE. Clinical review: Humidifiers during non-invasive ventilation - key topics and practical implications. *Critical Care* 2012, 16:203-10
- Estey W. Subjective effects of dry versus humidified low flow oxygen). *Respir Care* 1980; 25(12): 1143- 1144
- Long L, Yu-gui L, Gen-mei W, Wei W, Shao-fang W, Zan L, Yan C. Influence of humidification or non-humidification on oxygen

humidity during low-mid volume oxygen inhalation through nasal cannula. Chinese Journal of Practical Nursing. 2010; 26(17): 1-2

- Miyamoto K, Nishimura M. Nasal dryness discomfort in individuals receiving dry oxygen via nasal cannula. Respiratory Care. 2008; 53(4): 503-4

AUTORES/AUTHORS:

José Antonio Simarro Blasco, Mónica Bascuñana Blasco, Milagros Noheda Recuenco, Nuria Abanades Bascuñana, Ana Teresa Ruiz Durán, Isabel Martínez Toledo, M^a Mar González Valverde, Nuria Chicano Sanz, Patricia Abanades González

TÍTULO/TITLE:

Estudio regional sobre la percepción de la calidad de vida profesional del personal

Introducción:

Trabajamos entre el 40 y 65% de los días del año. Las instituciones hacen muchas valoraciones de la calidad relacionada con el paciente (procesos clínicos, satisfacción,...), pero, con frecuencia, dejan de lado al profesional.

Objetivos:

Conocer la calidad de vida profesional (CVP) de enfermeras en Castilla la Mancha y las dimensiones asociadas. Identificar las posibles diferencias en CVP entre las enfermeras de las distintas provincias de Castilla la Mancha

Material y métodos:

Estudio observacional, analítico y transversal de la CVP percibida por enfermeras de Castilla la Mancha durante los meses enero-marzo 2015. Se utilizó el cuestionario CVP-35, se hizo anónimo on-line con variables demográficas y laborales. Se difundió a través de las direcciones de enfermería, colegios profesionales y facebook en grupos profesionales de enfermería. Se valoraron los cuestionarios que habían contestado la categoría profesional "enfermera" y provincia de Castilla la Mancha. Análisis estadísticos SPSS 15.0 mediante prueba de ANOVA y el test de Kruskal-Wallis. Significación $p < 0.05$. Intervalo confianza 95%.

Resultados:

Cuestionarios válidos 701. Dimensión (D) Apoyo directivo 4,38(1,51); D. Cargas de trabajo 6,52(1,44); D. Motivación intrínseca 7,33(1,14); Comparando las 5 provincias hay diferencias en Cargas de trabajo con $p = 0,025$). La pregunta peor valorada es Mi empresa tata de mejorar la calidad de vida de mi puesto 2,52(2,05). Y el mejor Mi trabajo es importante para la vida de otras personas 8,89(1,51).

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

La CVP entre las enfermeras es similar a otros estudios locales realizados en España. Destaca la baja percepción de las preguntas relacionadas con el apoyo directivo.

Direcciones y colectivos profesionales deberían hacer una evaluación más exhaustiva de los problemas laborales y mejorar la CVP, con lo que aumentaría la calidad en cuidados y atención sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. FAYERS, P. M. y MACHIN, D. (2000): Quality of Life. Assessment, Analysis and Interpretation. Chichester, John Wiley & Sons.
2. Moreno Jiménez, B; Ximénez Gómez, C. Evaluación de la calidad de vida. Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. Madrid: Siglo XXI, pp. 1045-1070. 1996.
3. Glatzer E, Zapf W. (Hrsg). Lebesqualität in der Bundesrepublik. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft; 1984.
4. Noll, H. Towards a European System of social Indicators: Theoretical framework and System Architecture. En Hagerty, M.R. et al. (Eds.) Assessing Quality of Life and Living Conditions to Guide National Policy. Dordrecht, Lluwer (2002).
5. Fernández-Mayorales Fernández G., Rojo Pérez F. Calidad de Vida y Salud: Planteamientos conceptuales y métodos de investigación. Territoris. Universitat de les Illes Balears 2005. Núm. 5, pp 117-135.
6. García Sánchez S. La qualitat de vida profesional como a avantatge competitiv. Revista de Qualitat, 1993; 11:4-9.
7. Varela-Centelles PI, et al. Satisfacción laboral de los odontólogos y estomatólogos del servicio gallego de salud. Rev. Esp. Salud Pública, 2004; 78 (3): 399-402.

8. Wang, Y.N., Shyu, Y.I., Chen, M.C. & Yang, P.S. Reconciling work and family caregiving among adult-child family caregivers of older people with dementia: effects on role strain and depressive symptoms. 2011. *J Adv Nurs*, 67(4), 829-840.
9. Amelsvoort Van, L.G., Jansen, N.W., Swaen, G.M., Van den Brant, P.A. & Kant I. Direction of shift rotation among threeshift workers in relation to psychosocial health and work-family conflict. 2004. *Scand J Work Environ Health*, 30, 149-156.
10. Peiró, J., Silla, I., Sanz, T., Rodríguez, J. & García, J. Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria. 2004. *Psiquis*, 25, 129-140.
11. Sánchez González, R et al. Calidad de vida profesional de los trabajadores de Atención Primaria del Área 10 de Madrid. *Medifam* 2003; 13(4): 291-296.
12. García Sánchez S. La qualitat de vida professional com a avantatge competitiu. *Revista de Qualitat*. 1993;11:4-9.
13. Villarín Castro, A; Méndez García, MS; Zuzuárregui Gironés, MS; Sánchez Serrano, S; Conejo Ocaña, R. Calidad de vida profesional en trabajadores del área de atención primaria de Toledo. *Rev. Calidad Asistencial*. 2015;30(1):4-9.
14. Fernández Martínez O, et al. Percepción de la Calidad de vida profesional de los médicos residentes de dos hospitales de distinto nivel asistencial. *Medicina de Familia (And)* 2007; 2: 11-18.

AUTORES/AUTHORS:

M^ª Desirée Vallelado García

TÍTULO/TITLE:

CONOCIMIENTO Y USO DE LA TARJETA AMARILLA EN ENFERMERÍA

OBJETIVOS

- Evaluar el grado de conocimiento sobre la notificación de reacciones adversas por parte de las enfermeras de Atención Primaria en diversos centros de Valladolid.
- Evaluar el grado de notificación de reacciones adversas por parte de las enfermeras de Atención Primaria en diversos centros de Valladolid.
- Evaluar el uso de la tarjeta amarilla ante cualquier sospecha de reacción adversa.

MÉTODO

Ámbito: Atención Primaria

Diseño del estudio: Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo-comparativo, transversal.

La muestra con la que se ha trabajado es el conjunto de enfermeras y enfermeros de 3 Centros de Salud de Valladolid (n=31)

Materiales: Se ha realizado una hoja de información al participante en la que se describe brevemente el propósito del estudio y los beneficios de éste, recalcando el anonimato de la participación. Se ha elaborado una encuesta para medir el grado de conocimiento actual de enfermería dentro del ámbito de Atención Primaria en Valladolid. El cuestionario, anónimo, consta de una primera parte en la que se incluyen datos socio demográficos (sexo, edad, año de promoción, tiempo trabajado en Atención Primaria). El resto de preguntas van dirigidas a los términos "farmacovigilancia" y "tarjeta amarilla" para, así, valorar el conocimiento que posee enfermería de atención primaria acerca de éstos y evaluar el grado de notificación de reacciones adversas. Además, el estudio cuenta con el informe favorable del CEIC del área de Valladolid encuestada.

Análisis estadístico: Los resultados se presentan en forma de frecuencias y porcentajes, utilizando el programa estadístico SPSS v. 20.

RESULTADOS

La muestra con la que se ha trabajado es de n=31, con un total de 3 hombres (9.7%) y 28 mujeres (90.3%) con edades comprendidas entre 25 y 62 años. En cuanto al tiempo trabajado, el rango es entre 0 y 36 años trabajados y la mediana de 19. De 31 personas encuestadas, 29 conocen el significado de farmacovigilancia (93.5%). Respecto a la tarjeta amarilla, un 71% (n=22) conoce su existencia y su función en contraposición a un 29% (n=9) que la desconoce. Tan sólo 7 profesionales de enfermería (22.54%) utilizan la tarjeta amarilla para notificar sospechas de reacciones adversas a medicamentos, mientras que 24 enfermeras (77.45%) lo consultan con el médico.

De los profesionales de enfermería encuestados conocedores de la tarjeta amarilla (n=22), 7 profesionales (31.82%) afirman haber notificado alguna vez:

- El 22.73% notifica siempre

- Un 4.55% lo hace casi siempre

- El 4.55% restante afirma que notifica pocas veces

El 54.55% (n=22) no notifica porque dice no saber bien la manera de hacerlo y del 13.64% restante no hay datos sobre notificación pero sí son conocedores de la tarjeta amarilla.

El 100% del personal de enfermería encuestado considera importante la notificación de reacciones adversas medicamentosas.

De 31 enfermeras, un 80.6% está interesado en aprender a notificar:

- 9 de ellas (29.03%) no tienen conocimientos acerca de la tarjeta amarilla

- 4 (12.90%) conocen la tarjeta amarilla y han notificado anteriormente, por lo que quieren aumentar su formación

- 12 (38.71%) conocen la tarjeta amarilla pero no saben cómo notificar

DISCUSIÓN

El conocimiento acerca de la farmacovigilancia en los centros de Atención Primaria de Valladolid encuestados es alto, 29 de 31 profesionales de enfermería lo conocen (93.5%) pero al hablar de tarjeta amarilla el grado de conocimiento baja al 71% (22 enfermeras).

El grado de notificación enfermera de RAM, es bastante bajo (22.54%), siendo la causa mayor un desconocimiento sobre el modo de acceder a la tarjeta amarilla y/o cumplimentarla. Esta infra notificación no tiene como responsables a los profesionales de enfermería, quienes consideran importante notificar y, además, les gustaría aprender a hacerlo. La poca documentación y fuentes que existen acerca de este tema tienen mucho que ver, por lo que sería útil la impartición de cursos para su formación y animar a todos los profesionales a elaborar artículos y noticias sobre este tema que aún muchos desconocen.

De los medicamentos notificados destacan las vacunas con diferencia, pero hay una lista muy numerosa de fármacos en el mercado que pueden dar reacciones adversas y no son notificadas por las enfermeras, sino por los médicos, y es deber tanto suyo como de estos profesionales dejar constancia de ello mediante la tarjeta amarilla.

Implicaciones para la práctica clínica

La eficiencia de la tarjeta amarilla depende del número de notificaciones recibidas, especialmente las de fármacos que han sido comercializados recientemente y las referidas a reacciones adversas graves y, aún, desconocidas. Por tanto, es de gran utilidad la participación del personal de enfermería en la notificación de reacciones adversas a medicamentos ya que cuantas más sospechas se notifiquen, mayor será la seguridad del paciente.

Tras observar el escaso conocimiento y uso de este sistema de farmacovigilancia, se debe insistir en la importancia que tiene notificar, impartir cursos, crear campañas y animar al personal a dar a conocer este tema y participar en él.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1) Real Decreto 1344/2007, de 11 de octubre, por el que se regula la Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano. Boletín Oficial del Estado, núm. 262. 1 de noviembre 2007.
- 2) Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios. Boletín Oficial del Estado, núm. 262. 1 noviembre 2007.
- 3) Ley 29/2006 26 de julio. Boletín Oficial del Estado núm. 315. 31 diciembre 2009.
- 4) Centro de Farmacovigilancia de Castilla y León. Boletín de la Tarjeta Amarilla. [Internet]; 2013. Disponible en:

http://www5.uva.es/cesme/?page_id=103

Mesa de Comunicaciones 24: Práctica clínica**Concurrent Session 24: Clinical Practice****AUTORES/AUTHORS:**

Sümeyye Kaya, Merve Vicir, Bayram Alan, Nurcan Ertug

TÍTULO/TITLE:

Comparison of individualized care perceptions of surgical patients and nurses

Introduction

Individualized care is the base of nursing philosophy, morality, ethics and it implements selfhood, integrity and uniqueness of humanity.

Aim

The aim of this study is to determine individualized care perceptions of surgical patients and nurses.

Material and Method

A descriptive design was used in the study. This study was conducted with surgical patients and nurses at the two university hospitals in Ankara, on March to May, 2015. The population consisted of 57 nurses and 275 patients. The demographic data were collected through a questionnaire developed by the author based on literature. Individualized care perceptions of surgical patients and nurses were collected by Individualized Care Scale-Patient (ICS-P) and Individualized Care Scale-Nurse (ICS-N). Both scales have two subscales: A and B. Each subscale includes 17 items which rated 1-5. The higher score indicates the higher perceptions. The Percentage, One-Way Anova, Student-t test, and Kruskal Wallis test were used to evaluate the data. The study was approved by an ethical committee.

Results

Mean age of the patients was 46±16,55. 86% of nurses and 57,8% patients were female. Most of the nurses (64,9%) had bachelor degree. The mean ICS-P/A score was 3,48 while the mean ICS-N/A score was 4,42. Similarly, the mean ICS-P/B score was 3,50 while the mean ICS-N/B score was 4,39. These differences were found statistically significant ($p=0,000$).

Conclusions

Individualized care perceptions of surgical patients and nurses were different from each other. Individualized care perceptions of surgical nurses were higher than patients. The demographic characteristics of surgical nurses and patients did not affect individualized care perceptions.

Key Words

Nursing care, individualized care, patients

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Suhonen, R. ve ark. , Nurses' perceptions of individualized care:An international comparison. Journal of Advanced Nursing,2011
2. Suhonen, R., Schmidt, L. A., Radwin, L., Measuring individualized nursing care: Assessment of reliability and validity of three scales, Journal of Advanced Nursing,2007, 59(1): 77–85
3. Suhonen, R., Valimaki, M., Leino-Kilpi, H., Katajisto, J., Testing the individualized care model. ScandinavianJournal of Caring Sciences,2004, 18:27-36.
- 4.. Rasooli A., Zamanzadeh V., Rahmani A. , Shahbazpoor M. , Patients' Point of View about Nurses' Support of Individualized Nursing Care in Training Hospitals Affiliated with Tabriz University of Medical Sciences , Journal of Caring Sciences, 2013, 2(3), 203-209
5. Idvall E.,Berg A., Katajisto J., Acaroglu,R., Luz M., Efstathiou G.,Maria M., Kanan N.,Leino-Kilpi H., Lemonidou C., Papastavrou E.,Sendir M, Suhonen R., Nurses' Sociodemographic Background and Assessments of Individualized Care , Journal of Nursing Scholarship, 2012; 44:3, 284–293

AUTORES/AUTHORS:

Umran Uyanik

TÍTULO/TITLE:

DETERMINING THE SATISFACTION OF INPATIENTS TREATED IN TURGUT ÖZAL UNIVERSITY MEDICAL FACULTY HOSPITAL SURGICAL SERVICE

Hospitals are services establishments performing a large portion of health care services and having important functions for the creation of a healthy society. Patient satisfaction is defined as the main informative measuring authority showing the quality of care for the patient and "the level of patient's expectations' coverage"¹. In addition to the above definition; the patient satisfaction can be defined as in general terms the services provided to meet the patient's expectations or defined as well as the perception of the patients for the services provided. This study is carried out to determine the status of satisfaction about the physical condition of services, doctors, nurses, and cleaning and food services for the inpatients in Turgut Özal University Medical Faculty Hospital Surgical Wards. A total of 140 patients participated in this sectional study. The survey is prepared to assess the satisfaction of inpatients, admission and discharge procedures, patient rights, medical services, nursing services, cleaning services, room comfort, and it was composed of 74 questions, including overall assessment of socio-demographic characteristics. Face to face interview technique was used in talks. Statistical evaluation of data was performed using SPSS 16 program. The ages of the patients who agreed to participate in the study ranged from 13 years to 81 years (n=126). The mean age of $38.0 \pm (14.279)$ was found being the standard error. Turgut Özal University Medical Faculty Hospital Surgical Wards inpatients' satisfaction from the Hospital Services was found as 92.9% and satisfaction from the overall quality of the Hospital was found as 89.8%. The patient satisfaction from the medication provided by the Doctor care was found as 94.3%. The patient satisfaction from the medication provided by the Nurse care was found as 94.8%. Satisfaction from the cleanliness of the hospital was 94.6%. And satisfaction from the food services was 72.6%. In addition, the proportion of inpatients recommending the hospital to the other patients was found as 92.9%.

As a result, major factors affecting positively for the overall satisfaction of patient care were the physicians' care and time allocation to the patients, nurse's attention and nurse's smiling face and being practical, cleanliness and comfort of the environment, politeness and respectful services, respect for privacy and providing informing to the patients.

Key words: Patient Satisfaction, Health Services, Quality

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Millutinovic D, Simin D, Brkic N, Brkic S. The patient satisfaction with nursing care quality: the psychometric study of the Serbian version of PSNCQ questionnaire. *Scand J Caring Sci.* 2012;26(3):598-606.
2. Kim Y, Figueroa ME, Martin A, Silva R, Acosta SF, Hurtado M, et al. Impact of supervision and selfassessment on doctor-patient communication in rural Mexico. *Int J Qual Health Care* 2002;14:359-367.
3. Keating NL, Green DC, Kao AC, Gazmararian JA, Wu VY, Cleary PD. How are patient's specific ambulatory care experiences related to trust, satisfaction, and considering changing physicians? *J Gen Intern Med* 2002;17:29-39
4. Merkouris A, Ifantopoulus P, Lanara V, Lemondou C. Patient satisfaction: a key concept for evaluation and improving nursing services, *Journal of Nursing Management.* 1999;7(1):19-28.
5. Sener HY. Improving patient satisfaction in health services: An application at Dumlupinar University Kutahya Evliya Celebi Education & Research Hospital. *European Journal of Business and Management.* 2014;6(30). www.iiste.org ISSN 2222-1905 (Paper) ISSN 2222-2839 (Online).
6. Zarei E, Daneshkohan A, Pouragha B, Marzban S, Arab M. An empirical study of the impact of service quality on patient satisfaction

in private hospitals, IranGlobal Journal of Health Science. 2015; 7(1) ISSN 1916-9736 E-ISSN 1916-9744 Published by Canadian Center of Science and Education.

7.Mpinga EK, Chastonay P. Satisfaction of patients: A right to health indicator? Health Policy 2011;100(2–3):144-50.

8.Lei P, Jolibert A. A three-model comparison of the relationship between quality, satisfaction and loyalty: an empirical study of the Chinese healthcare system. Lei and Jolibert BMC Health Services Research 2012;12:436

<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/436>

9.Hayes E. Nurse practioners and managed care: Patient satisfaction and intention to adhere to nurse practioner plan of care. Journal ofAmerican Academy of Nurse Practioners 2007;19(8):418-426.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves VIII**Session of Oral Brief Presentations VIII****AUTORES/AUTHORS:**

Ernestina Silva, Marina Macedo, Daniel Silva

TÍTULO/TITLE:

EXPERIENCIAS DE PADRES DE NIÑOS CON DIABETES MELLITUS INAUGURAL

Introducción: La Diabetes Mellitus tipo 1 es una enfermedad crónica en expansión que afecta cada vez más a los niños y adolescentes, lo que implica cambios en los hábitos de vida y mayores costes humanos, sociales y económicos. Las repercusiones se sienten no sólo por los niños y los adolescentes sino también por sus padres, por lo que es necesario que los profesionales de salud proporcionen apoyo a los padres.

Objetivos: con este estudio queremos identificar los sentimientos experimentados por los padres antes del diagnóstico de la Diabetes Mellitus tipo I a su hijo, a entender las experiencias de los padres en el cuidado de un hijo diabético y a reflexionar sobre la influencia de atención por parte de profesionales de la salud en la aceptación y la adaptación a la enfermedad por parte del niño, adolescente y su familia.

Métodos: es un estudio de carácter cualitativo, fenomenológico, exploratorio-descriptivo. Se utilizó la entrevista semiestructurada y realizamos 14 entrevistas a los padres de los niños o adolescentes con diabetes, que están acompañados en la consulta externa en un Centro Hospitalario de la región norte de Portugal. Las entrevistas tuvieron lugar en abril de 2014.

Resultados: Surgieron diez categorías de análisis: 1 - impacto de la diabetes en la familia; 2 - las emociones de los padres; 3 - cambios en la vida familiar; 4 - cambios en la nutrición familiar; 5 - el desarrollo del rol de los padres frente a la diabetes; 6 - las experiencias con los otros hijos; 7 - temores experimentados por los padres; 8 - apoyo recibido; 9 - opinión sobre el apoyo de profesionales de la salud; 10 - las sugerencias de los padres.

Observamos que los participantes del estudio sienten las consecuencias de la diabetes en la vida personal y social exigiendo una reestructuración en la dinámica familiar, incluyendo modificaciones en la alimentación. Los padres revelaron sentimientos de miedo, ira, culpa, tristeza y preocupación. En este sentido, es importante desarrollar nuevas habilidades en los padres para adaptarse a la nueva situación. Si los padres pueden superar las dificultades pueden más fácilmente mantener el control de la enfermedad. Fue evidente en los sentimientos de los padres el miedo y la ansiedad sobre el futuro del niño debido a complicaciones derivadas de la diabetes.

Verificamos que el apoyo de los profesionales de la salud en general y de las enfermeras en particular es de gran importancia en el proceso de aceptación y adaptación de los padres, niños y adolescentes a la diabetes.

Conclusión: Creemos que esta investigación puede ser relevante y útil para apoyar a profesionales de la salud en la práctica clínica para promover la adaptación del comportamiento de la enfermedad y el desarrollo de un nuevo rol paterno a través de la práctica de la gestión del régimen terapéutico contribuyendo a mejorar la calidad de vida del niño, adolescente y su familia.

Palabras clave: Diabetes, niño, adolescente; Los padres; Responsabilidad parental; Sentimientos; Modificaciones dietéticas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (2012). *Viver com a diabetes* (3ª ed.). Lousã: Lidel.

Barroso, R., G., & Machado, C. (2010). Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psychologica*, 52 (1), 211-229.

Recuperado em

http://www.academia.edu/1294639/Definicoes_Dimensoes_e_Determinantes_da_Parentalidade_Definitions_Dimensions_and_Determinants_of_Parenting

Bilous, R. W. (2010). *Compreender a diabetes* (2ª ed.). Porto: Porto Editora.

Corrêa, A. (2010). *Diabetes Mellitus na infância e adolescência: Vivência dos pais em relação à alimentação do seu filho* (Trabalho de conclusão de curso). Universidade Estadual do Centro-Oeste. Recuperado em

[http://www.unicentro.br/graduacao/denu/documentos/tcc/2010/TCC%2021-2010%20\(ADRIELLE%20CORR%C3%8AA\).pdf](http://www.unicentro.br/graduacao/denu/documentos/tcc/2010/TCC%2021-2010%20(ADRIELLE%20CORR%C3%8AA).pdf)

Gregory, J. M., Moore, D. J., & Simmons, J. H. (2013). Type 1 Diabetes Mellitus. *Pediatrics in Review*, 34, 203-215.

Leal, D. T., Fialho, F. A., Dias, I. M. Á. V., Nascimento, L., & Arruda, W. C. (2012). A vivência dos familiares de crianças e adolescentes portadores de diabetes mellitus tipo I. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 14 (1), p. 189-196. Recuperado em

http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a22.pdf

Martins, E. M. C. S., Ataíde, M. B. C., Silva, D. M. A., & Albuquerque, M. (2013). Vivencia de mães no cuidado à criança diabética tipo I. *Rev Rene*, 14 (1), 42-49. Acedido em <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1332/pdf>

Observatório Nacional da Diabetes (2013). *Diabetes: Factos e números 2013: Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Lisboa: OBS.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde (2011). *Diagnóstico e classificação da Diabetes Mellitus*. Lisboa: DGS.

Recuperado em <http://www.dgs.pt/ms/7/default.aspx?pl=&id=5519&access=0>

AUTORES/AUTHORS:

Celia Álvarez-Bueno, Iván Cavero-Redondo, Miriam Garrido-Miguel, Noelia Martínez-Espinosa, Ana Díez-Fernández, María José González-López, Minerva Velasco-Abellán, Alberto Bermejo-Cantarero, Ana Isabel Cobo-Cuenca

TÍTULO/TITLE:

Prevalencia de delgadez, sobrepeso y obesidad en escolares españoles de 4-6 años en 2013. Situación en contexto europeo.

Objetivos: Tanto el exceso de peso como la delgadez se relacionan con diversos problemas de salud que pueden continuar hasta la edad adulta. Los objetivos de este estudio fueron: 1) estimar la prevalencia de delgadez, sobrepeso y obesidad en escolares de 4-6 años de las provincias de Cuenca y Ciudad Real (España), mediante criterios IOTF y OMS; y 2) comparar estas cifras con las de otros estudios europeos.

Métodos: Estudio observacional-transversal que incluyó a 1585 escolares realizado en septiembre de 2013. Las mediciones de peso y talla fueron realizadas por enfermeras entrenadas y mediante procedimientos estandarizados. El estatus ponderal se definió según los criterios de la IOTF y la OMS. Los resultados se compararon con diferentes estudios europeos seleccionados de acuerdo a los criterios: i) tamaño muestral superior a 100; ii) medidas antropométricas no auto-informadas; iii) inclusión en la muestra de al menos un grupo de edad similar a la de los escolares de nuestro estudio

Resultados: Según criterios de la IOTF la prevalencia de delgadez, sobrepeso y obesidad fue del 20,51%, 11,84% y 8,58%, respectivamente; y del 3,97%, 13,92% y 10,79% cuando se utilizaron criterios de la OMS. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo ni provincia para ninguna categoría de estatus ponderal. Con ambos criterios, la prevalencia de delgadez fue menor a medida que aumentaba la edad, mientras que la prevalencia de sobrepeso/obesidad fue mayor en los escolares de mayor edad, para ambos criterios. Según criterios de la IOTF, ninguno de los estudios seleccionados proporcionó información sobre la prevalencia de delgadez en los niños de 4 a 6 años. Dos estudios españoles describieron la prevalencia de sobrepeso y obesidad para ese rango de edad: uno de ellos, que no mostraba estimaciones por sexo, describió valores del 20,1% de sobrepeso y del 9,3%, de obesidad; el otro, informó de cifras de sobrepeso/obesidad del 30,1% en niños y del 34,7% en niñas. En Portugal, las últimas estimaciones de sobrepeso/obesidad en este grupo de edad alcanzan el 26,1% en niños y el 34,1% en niñas. Ninguno de los estudios analizó la prevalencia de las diferentes categorías de estatus ponderal según criterios de la OMS para niños de 4-6 años.

Discusión: La prevalencia de exceso de peso podría haber tocado techo en España, aunque continúa siendo un importante problema de salud pública. El aumento de la prevalencia de bajo peso debería ocupar un lugar relevante en las intervenciones de salud pública.

Implicaciones: Nuestros resultados tienen importancia desde el punto de vista de la salud pública ya que sirven para monitorizar la evolución del exceso de peso en escolares, un problema que, aunque parece haber tocado techo en cuanto a prevalencia en España, todavía sigue siendo una amenaza para la salud y la calidad de vida de aproximadamente uno de cada cuatro escolares. Además nuestros datos alertan sobre el preocupante crecimiento de otro problema, el del bajo peso, que sería conveniente vigilar estrechamente, y analizar cuáles han sido los principales determinantes de esta situación en futuros estudios.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Cole, T. J., & Lobstein, T. (2012). Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatric obesity*, 7(4), 284-294.
- (2) Onis, M. D., Onyango, A. W., Borghi, E., Siyam, A., Nishida, C., & Siekmann, J. (2007). Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World health Organization*, 85(9), 660-667.

AUTORES/AUTHORS:

ROSA M^a ALVAREZ DIEZ, MARÍA GONZÁLEZ GALLEGU, M^a JOSÉ RAMOS CARBAJO, ANA ISABEL BARRANCO SAN MARTÍN, LAURA FEITO PRIETO, PABLO MARQUÉS VEGA, OLGA ALVAREZ ROBLES

TÍTULO/TITLE:

ANÁLISIS DE LA VARIACIÓN EN EL PATRÓN DEL DESAYUNO DE NUESTROS ESCOLARES TRAS INTERVENCIONES EDUCATIVAS DURANTE 2 AÑOS

Un desayuno equilibrado debe constar al menos de la triada básica (leche, cereales y fruta), aportar el 25% de energía diaria, dedicarle al menos un tiempo de 15 minutos y realizarlo en familia.

OBJETIVOS**GENERAL**

Conocer las variaciones en el patrón de alimentación en el desayuno de los niños de 6 a 8 años y de 12 a 14 años de edad de la Zona Básica de Salud Ponferrada II que acuden a la revisión del niño sano, en el periodo de septiembre de 2014 a febrero de 2015, tras haber realizado intervenciones educativas (individuales y comunitarias) dirigidas a niños de 4 a 6 años y de 10 a 12 años en estudio preintervención (septiembre de 2012 a febrero de 2013).

ESPECÍFICOS:

- Conocer los cambios, tras intervenciones educativas en:
 - o Las características del desayuno que realizan los niños de 6 a 8 años y de 12 a 14 años de edad cuando desayunan solos o en familia los días de clase y fines de semana, comparando con los niños de 4 a 6 años y de 10 a 12 años en estudio preintervención.
 - o El porcentaje de niños que realizan un desayuno dedicándole 15 minutos o más.
 - o La relación entre:
 - El hábito del desayuno y el exceso de peso.
 - El exceso de peso (sobrepeso/obesidad) y la procedencia de los padres.
- Conocer cuántos niños de 4 a 8 años toman biberón.

METODOLOGÍA

Diseño: Estudio poblacional cuasi-experimental de antes y después, longitudinal y prospectivo.

Ámbito de estudio: Zona Básica de Salud Ponferrada II del Área de Salud "El Bierzo".

Sujetos de estudio: Niños que acuden a Revisión del Niño Sano: de 4 a 6 años (n=258) y de 10 a 12 años (n=228) en el periodo septiembre 2012/ febrero 2013. De 6 a 8 años (n= 247) y de 12 a 14 años (n= 186) en el periodo septiembre 2014 / febrero 2015 tras intervenciones educativas dirigidas tanto a padres/tutores como a los niños. Total 919 niños.

Variables:

- Edad: niños de 4 a 14 años.
- Procedencia de los padres: grupo minoritario (inmigrantes y etnia gitana) y grupo mayoritario (resto de niños a estudio).
- Tiempo empleado en desayunar menor y superior a 15 minutos.
- Desayuna la triada básica: lácteos, cereales y fruta.
- Días laborales y fines de semana: solos o en familia.
- Peso de los niños a estudio valorando el percentil de IMC (Kg/m²) según las gráficas Orbegozo: normopeso < percentil 85, sobrepeso percentil 85 -95 y obesidad > percentil 95.
- Toma biberón en el desayuno.

Recogida de datos: La obtención de datos se efectuará por las enfermeras en la consulta de pediatría durante la revisión del Niño

Sano, mediante:

- Encuesta a cuidadores/responsables de los niños de 4 a 8 años y a los niños de 10 a 14 años en presencia de aquellos.
- Historia informatizada MEDORA del niño.
- Hoja de Registro de datos de las variables elegidas (Programa Microsoft Office Excel).
- Hoja de instrucciones consensuada para unificar criterios de recogida de datos.

Los datos serán procesados y analizados mediante el programa EPI INFOTM Los resultados se expresarán en función de los objetivos específicos establecidos. El análisis de datos y los resultados obtenidos se presentarán sobre un total de 919 niños.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos se presentan en términos de porcentajes comparando los resultados del estudio pre-intervención (2012/13) con los del estudio post-intervención (2014/15).

- Realizan la triada básica el 9.68% de los niños que desayunan solos y 13.85 % de los que desayunan en familia en el estudio preintervención frente al 6.82% y 25.% respectivamente en estudio postintervención.
- Dedicar menos de 15 minutos al desayuno el 69.4% de los niños en el 1er estudio, frente el 60.6% en el estudio postintervención
- Toman biberón el 11% de los niños de 4 a 6 años en el estudio preintervención, mientras que de los niños estudiados en 2014/15 ninguno lo toma.
- El 100% de los niños que no desayunan tiene exceso de peso en el estudio preintervención frente al 47.1% en estudio postintervención.
- Encontramos exceso de peso en el 28.1 % de niños de padres del grupo minoritario frente al 17.1 % de los de padres del grupo mayoritario en el 1er estudio, frente al 34.1 % y 18.20 % respectivamente en el estudio postintervención.

DISCUSIÓN.CONCLUSIONES

Tras planificar y realizar intervenciones educativas comparando las dos muestras, podemos concluir:

- La obesidad se mantiene en ambos estudios entre un 7-8% mientras que el sobrepeso aumenta del 6% al 14% del total de los niños a estudio.
- A mayor edad de los niños a estudio mejora la realización de un desayuno completo (triada básica); aunque aumenta el número de niños que no desayuna siendo superior el porcentaje en los adolescentes de 12 a 14 años.
- En niños que nunca desayunan el exceso de peso (sobrepeso y obesidad) es superior frente a los que siempre desayunan.
- El porcentaje en el exceso de peso en niños de padres de grupos minoritarios es aproximadamente el doble que en el resto de niños estudiados.

IMPLICACION PARA LA PRÁCTICA

Consideramos que las intervenciones educativas para fomentar un desayuno saludable se deben iniciar a edades tempranas, mantenerlas en el tiempo, implicando a todos los niveles de la comunidad (familia, educadores, sanitarios) para conseguir mejores resultados en salud a largo plazo en la población infantil del Área de Salud del Bierzo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

.- Molinero O, Castro-Piñeiro J, Ruiz J.R, González Montesinos J.L, Mora J, Marqués S. Conductas de salud en escolares de la provincia de Cádiz.

Nutr Hosp 2010; 25:280-289.

2.-Galiano Segovia MJ, Moreno Villares JM. El desayuno en la infancia: más que una buena costumbre. Acta Peditr. Esp 2010; 68: 403-408.

- 3.- González-Gross M, Gómez-Lorente J.J, Valtueña J, Ortiz J.C, Meléndez A. La "Pirámide del estilo de vida saludable" para niños y adolescentes. *Nutr Hosp* 2008; 23: 159-168.
- 4.- Ayechu Díaz A, Durá Travé T. Dieta Mediterránea y adolescentes. *Nutr. Hosp.* 2009; 24: 751-762.
- 5.-Portela Pérez JM. El desayuno y su influencia en el rendimiento escolar. *Innovación y experiencias educativas* 2009; 15:1-8
- 6.-Díaz Méndez C, Gómez Benito C, Aranceta Bartrina J, Contretas Hernández J, González Alvarez M, García Arnaiz M, Herrera Racionero P, León Arce A, Luque E, Menéndez Tatterson M. *Alimentación, Consumo y Salud*. 1ª ed. Barcelona: Fundación la Caixa, 2008.
- 7.-Torresani M E, Giusti L, Acosta S, Raspini M, Dona A. Calidad del desayuno según horario escolar en los adolescentes del colegio ILSE UBA *Rev. Esp. nutr. Comunitaria* 2009; 15:123-128.
- 8.- González Rodríguez MP, Rosa Morales V. Los adolescentes que consumen comida rápida y no desayunan tienen más riesgo de ser obesos en la vida adulta. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2008; 10:125-9.
- 9.- Neumark-Sztainer D, Eisenberg E, Story M, Fulkerson A, Proyecto EAT "Comer entre adolescentes" de la Escuela Pública de la Universidad de Minnesota. *Rev pediatrics Adolesc Med* 2008; 162:17-22.
- 10.-Nickals T. Concern over Reddy to eat breakfast cereals. *Journal of the American Dietetic Association*. 2008; 108:1616-1617.
- 11.- Herrero Lozano R, Fillat Ballesteros J C. Influencia de un programa de educación nutricional en la modificación del desayuno en un grupo de adolescentes. *Nutr. Clín. Diet. Hosp.* 2010; 30:26-32.
- 12.- González García G, Rodríguez Martínez G, Romero Noreña A, Fuentes Fernández-Espinar J, Torrente Aznar T, Álvarez Sauras M.L, Delgado Bueno A, Rodríguez Torento M, Garagorri Otero J.M. Influencia de la etnia y el sexo en el ingesta de alimentos como factores de riesgo de malnutrición en escolares. *Act. Pediatric Esp.* 2009; 67(10):493-497.

AUTORES/AUTHORS:

María Dolores López de la Isidra Sánchez-Ajofrín, Diana San Miguel Simonín, Ana Rodríguez Gonzalo, María Galindo Ferrer, Laura García Ramos, María de los Dolores Navarrete Zampaña, José María Irúzun Mateos, Ana Yanguas Gómez, Victoria María Déniz González

TÍTULO/TITLE:

Eficacia de un programa educativo para la mejora de la adherencia al tratamiento inhalatorio en niños con fibrosis quística

1. OBJETIVOS

El objetivo principal de nuestro estudio es evaluar la eficacia de la implementación de una intervención educativa enfermera en pacientes de 0 a 18 años en relación a la disminución del número de exacerbaciones.

Dentro de los objetivos secundarios encontramos: conocer las características sociodemográficas y clínicas, evaluar la función respiratoria, la calidad de vida y los conocimientos previos de los sujetos a estudio; conocer las variables a estudio que interfieren en la intervención; evaluar la adherencia al tratamiento inhalatorio antes y después de la intervención.

2. MÉTODOS

Se trata de un estudio cuasiexperimental pre y post test con dos grupos: grupo control (constituido por los pacientes incluidos en el estudio en el período anterior a un año del período de estudio) y grupo cuasiexperimental (constituido por los pacientes en el período de estudio al que se le aplicará la intervención educativa enfermera) para evaluar su efecto sobre el número de exacerbaciones.

Previo a la intervención se realizará un estudio descriptivo evaluando: calidad de vida, cuestionario de calidad de vida para FQ validado al castellano (α Cronbach=0.60-.76), conocimientos previos, cuestionario de conocimientos previos (KR-20=0.77-.92) y grado de adherencia al tratamiento, escala Likert de 7 puntos; reevaluándose a los dos meses de cada intervención educativa.

Se llevará a cabo en la Unidad de FQ del Hospital Universitario Ramón y Cajal con una duración de aproximadamente 4 meses. Se incluirán en el programa a los pacientes de la unidad cuya edad se encuentre entre 0 y 18 años, divididos en tres rangos para operativizar las variables: 0 a 3, 4 a 10 y 11 a 18 años.

Los criterios de inclusión serán: pacientes con diagnóstico establecido de FQ que tengan al menos una figura cuidadora de referencia con quien acudan a la consulta y pacientes con diagnóstico establecido de FQ con tratamiento inhalatorio habitual.

Como criterios de exclusión: existencia de proceso patológico agudo asociado a otra patología no pulmonar que afecte a la función respiratoria durante el período de estudio, participación previa en programas educativos sobre tratamiento inhalatorio en otros centros y/o asociaciones, hijos/as de personal sanitario y desconocimiento del uso de las TICS.

Las variables analizadas fueron:

- Variable principal o dependiente: número de exacerbaciones, valoradas a través de la historia clínica.
- Variable independiente: intervención educativa: constituida por un programa de formación educativa presencial y un programa formativo online.

El programa de formación presencial consistirá en impartir sesiones individuales de 30 minutos a cada paciente junto con sus padres, madres, familiares y/o cuidadores principales en formato teórico-práctico, la mitad del tiempo los contenidos serán expuestos a través de diapositivas de forma teórica y la otra mitad del tiempo se aplicarán los conocimientos adquiridos a través de la práctica, mostrando un feedback entre paciente-enfermera. Con el fin de conseguir los objetivos de cada una de las sesiones se seguirá la metodología enfermera NANDA-NIC-NOC.

3. RESULTADOS

Los resultados fueron evaluados pre y post test. Se incluyeron en el estudio 22 pacientes, con diagnóstico de FQ. Las variables clínicas recogidas relacionadas con el peso y las relacionadas con la valoración de la función pulmonar, obtenidas a través de espirometría, se procedió a la realización del análisis de normalidad a las variables, mediante la prueba Komogorov-Smirnov (KS),

cuando el resultado fue negativo se optó por ofrecer la mediana y el rango intercuartílico, visualizando una mejora de 0,04 puntos en el volumen forzado en un segundo (FEV1) y 0,19 en la capacidad vital forzada (CVF). En cuanto al NOC: Conocimiento: conducta sanitaria, encontramos un aumento en el grueso "conocimiento sustancial. En el registro de actividad diaria mejoran 6 de las 11 dimensiones evaluadas, las cuales tras un análisis de correlación (KS) mostró que 3 variables tenían una distribución normal. El número de exacerbaciones, no varió con respecto al año anterior.

4. DISCUSIÓN

Nuestros resultados no apoyan la validez de la hipótesis de partida, dado que el tamaño muestral de partida no nos permite obtener resultados significativos.

La variabilidad de parámetros clínicos en el paciente pediátrico, nos impide hacer correlaciones entre los datos obtenidos, disminuyendo la potencia estadística, y aunque se hayan desarrollado intervenciones de educación para el autocuidado en la FQ, no se han conseguido datos significativos para relacionar una mejora en el estado de salud de estos pacientes con las intervenciones educativas propuestas, con lo cual se debe seguir evaluando e investigando nuevos métodos educativos para demostrar una mejora en el caso que la hubiera.

Con la implantación de una intervención educativa se pretende una mejora de la adherencia terapéutica así como una disminución de la variabilidad de la información, por otra parte es importante conseguir un aumento motivacional desde la infancia para mantener la conducta de adherencia en la etapa adolescente para así disminuir las complicaciones futuras de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Savage E, Beirne PV, Ni-Chroinin M, Duff A, Fitzgerald T, Farrell D. Self-management education for cystic fibrosis (Review). The Cochrane Library. 2011. Issue 7.
- Smyth AR, Bell SC, Bojcin S, Bryon M, Duff A, Flume P, Kashirskaya N, Munck A, Ratjen F, Schwarzenberg SJ, Sermet-Gaudelus I, Southern KW, Tacetti G, Ullrich G, Wolfe S. European Cystic Fibrosis Society Standards of Care: Best Practice guidelines. *J Cyst Fibros*. 2014;13:23-42.
- Sánchez E, Bernal Prados F, Llamazares C. Controlando la fibrosis quística. Barcelona: SEPAR;2012. ISBN: 978-84-940108-2-8.
- Beydon N. Pulmonary function testing in young children. *Paediatr Respir Rev*. 2009;10:208-11.
- Eigen H, Bieler H, Grant Dea. Spirometric pulmonary function in healthy preschool children. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001;163:619-23.
- White T, Miller J, Smith GL, McMashon WM. Adherence and psychopathology in children and adolescents with cystic fibrosis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2009;18:96-104.
- Stallings VA, Stark LJ, Robinson KA, Feranchak AP, Quinton H. Evidence-Based Practice Recommendations for Nutrition-Related Management of Children and Adults with Cystic Fibrosis and Pancreatic Insufficiency: Results of a Systematic Review. *J Am Diet Assoc*. 2008;108:832-839.
- Eakin MN, Bilderback A, Boyle MP, Mogayzel PJ, Riekert KA. Longitudinal association between medication adherence and lung health in people with cystic fibrosis. *J Cyst Fibros*. 2011;10(4):258-264.
- Quittner, AL, Zhang, J, Marynchenko, M, Chopra PA, Signorovitch, J, Yushkina, Y, Riekert KA. Pulmonary medication adherence and healthcare utilization in cystic fibrosis. *Chest*. 2014; 146(1):142-51.
- Downs JA, Roberts CM, et al. Benefits of an education program on the self-management of aerosol and airway clearance treatments for children with cystic fibrosis. *Chronic Respiratory Disease*. 2006. 3: 19-27.
- Bartholomew L, Parcel G, Seilheimer D, Czyzewski D, Spinelli S. Development of a health education program to promote. *Health Educ Q*. 1991;18:429-43.
- Bartholomew L, Sockriderb M, Seilheimerb D. Performance objectives for the self-management of cystic fibrosis. *Patient Educ Couns*. 1993;22(1):15-25.

Eng TR, Gustafson DH, Henderson J, Jimison H, Patrick K. Introduction to evaluation of interactive health communication applications. Science Panel on Interactive Communication and Health. Am J Prev Med. 1999 Jan;16(1):10-5.

Lorig KR, Ritter PL. Internet-based chronic disease self-management: a randomized trial. Med Care. 2006;44(11):964-971.

AUTORES/AUTHORS:

M^º Almudena Pousada González, Raquel Junquera Fernández, Ana García Fernández, Irene Mera Prieto, Paula Zurrón Madera

TÍTULO/TITLE:

PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: ¿INFRADIAGNOSTICADOS E INFRATRATADOS?

INTRODUCCIÓN

Se han atribuido diversos factores de riesgo asociados al desarrollo de estas patologías en pacientes con trastorno mental grave. Cuyo seguimiento es la alternativa más eficaz, sin embargo, la mayoría no tienen un seguimiento específico y están infratratados. Los pacientes con trastorno mental grave tienen un menor acceso a los recursos sanitarios, por tanto una inequidad injustificable en el tratamiento.^{1,2,3,4} Además todavía hay discrepancias en la prestación de cuidados que contribuyen a desenlaces desfavorables para la salud física.⁵

Conocer la evolución de las causas asociadas a enfermedades mentales graves debe ser un objetivo primordial para evaluar la efectividad de las medidas terapéuticas existentes y el éxito de las estrategias de prevención.

OBJETIVOS

Identificar el nivel de infradiagnóstico y prevalencia de pacientes infratratados.

MÉTODO

Estudio descriptivo. A pacientes con trastorno bipolar o esquizofrenia. Las variables utilizadas fueron todas las patologías registradas para la muestra medidas con respuestas dicotómicas si/no y variables de parámetros analíticos y antropométricos. La recogida de datos se ha realizado mediante hojas de registro diseñadas para tal fin. El análisis se ha realizado con el paquete estadístico spss. Utilizaremos el cálculo de porcentajes, medias y desviaciones típicas.

RESULTADOS

Reclutados un total de 122 pacientes, con una media de 43,29 años, 44,26% mujeres y 55,74% hombres. 59,02% tenían esquizofrenia y 40,98% trastorno bipolar. Enfermedades más prevalentes detectadas: obesidad 43,4%, hipertrigliceridemia 19,81%, dislipemia 15,09%, hipercolesterolemia 10,38%, diabetes tipo 2 7,55% e hipertensión arterial 6,6%. Sin embargo, en pacientes sin diagnóstico de obesidad, un 22,13% tenía un índice de masa corporal mayor a 27, indicativo de este diagnóstico, por tanto tenemos una prevalencia real de obesidad de un 65,53%, no identificada previa al estudio. Además, el 5,73% de los pacientes sin diagnóstico de hipertrigliceridemia obtuvo valores de triglicéridos superiores a 200mg/dl, lo que elevaría la prevalencia para esta enfermedad a un 25,54% de la muestra. Por otro lado, el 5,73% tenían un infradiagnóstico en hipercolesterolemia, ya que obtuvieron valores de colesterol mayores a 240mg/dl, por tanto la prevalencia real para esta patología resulta 16,11%.

Un 3,27% de la muestra obtuvo en la analítica valores de glucemia mayores a 126mg/dl, que pueden ser indicativos de diabetes, y en caso de confirmarse el diagnóstico elevaría la prevalencia para esta patología hasta un 10,82%.

Teniendo en cuenta aquellos sin diagnóstico de hipertensión arterial, un 3,27% fueron clasificados en el estudio como hipertensión arterial grado II, después de varias tomas separadas en el tiempo. Elevando la prevalencia de esta patología hasta un 9,87%.

Además de la patología infradiagnosticada, existen una serie de parámetros que deben ser evaluados en presencia de diferentes patologías para los cuales se identificaron las siguientes determinaciones: Pacientes con obesidad: solamente el 34,04% tenía el seguimiento del protocolo de manera completa. Pacientes con diabetes recibían un mejor control de su patología, aun así, el 25% no tenía una monitorización completa de los parámetros. El protocolo para enfermos con hipertensión arterial fue realizado en el 57,14%, sin embargo no en los restantes, por último, el seguimiento protocolizado para dislipemias, lo recibió el 41,46%, tampoco la totalidad de la muestra.

DISCUSIÓN

Los datos nos muestran las prevalencias de infradiagnóstico detectadas en la muestra, que aún no siendo alarmantemente elevadas

para algunas de ellas, si lo son para otras como la obesidad, factor de riesgo predictor de muchas enfermedades que causan graves discapacidades y comorbilidades a nivel global. Por otro lado, la evaluación del seguimiento y tratamiento que reciben los pacientes con trastorno mental grave, con patologías somáticas diagnosticadas, es totalmente impreciso, pues muchos de los pacientes han sido infratados, no recibiendo la atención médica que precisan. Datos verdaderamente sorprendentes se han registrado para patologías como la hipertensión arterial y el escaso nivel de seguimiento para las dislipemias.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Se identifica la evidencia demostrada en la bibliografía, el escaso nivel de diagnóstico y tratamiento en pacientes con trastorno mental grave. Aunque las sociedades de psiquiatría referentes en nuestro país y diversas organizaciones a nivel nacional y global, consideraron la magnitud real del problema, se debe continuar con la evaluación y difusión de éste alcanzando niveles de prevención acordes a las necesidades.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Tidemalm D, Waern M, Stefansson CG et al. Excess mortality in persons with severe mental disorder in Sweden: a cohort study of 12 103 individuals with and without contact with psychiatric services. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2008;4:23.
2. McIntyre RS, Soczynska JK, Beyer JL et al. Medical comorbidity in bipolar disorder: re-prioritizing unmet needs. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20:406-16.
3. Mitchell AJ, Malone D, Doebbeling CC. Quality of medical care for people with and without comorbid mental illness and substance misuse: systematic review of comparative studies. *Br J Psychiatry* 2009;194:491-9.
4. Kisely S, Smith M, Lawrence D et al. Inequitable access for mentally ill patients to some medically necessary procedures. *CMAJ* 2007;176:779-84. *J Psychiatry* 2009;194:491-9.
5. Mitchell AJ, Malone D, Doebbeling CC. Quality of medical care for people with and without comorbid mental illness and substance misuse: systematic review of comparative studies. *Br J Psychiatry* 2009;194:491-9.

AUTORES/AUTHORS:

María Teresa Baena Ariza, Isabel Domínguez-Sánchez, Mar Faus Sanoguera, Estefanía Moreno Marchena, Marta Lima-Serrano, Joaquín Salvador Lima-Rodríguez

TÍTULO/TITLE:

Discapacidad intelectual en niños y adolescentes: influencia en la familia y la salud familiar.

Introducción: La familia es una unidad biopsicosocial, que mantiene un determinado comportamiento frente a la salud y su pérdida. Entre sus funciones destacan las de cuidarse y enseñar a cuidar a sus miembros con el objetivo de promover la salud, el bienestar y el desarrollo de éstos, manteniendo la dinámica familiar adaptándose a las situaciones de crisis (Lima, Lima & Sáez 2009). Cuidar a un miembro de la familia puede suponer un impacto en sus componentes, especialmente cuando este sea un niño o adolescente con discapacidad intelectual (DI), al ser esta un factor que repercute en el funcionamiento y la salud familiar (Povee, Roberts, Bourke, & Leonard, 2012). La DI se caracteriza por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa, y suele originarse antes de los 18 años (Verdugo Alonso & Schalock, 2011). En España hay casi 300.000 personas con discapacidad intelectual.

Las enfermeras están en contacto con este tipo de familias y deben conocer las repercusiones que la discapacidad de un miembro (niño o adolescente) tiene sobre ellas.

Objetivo: Se propuso conocer el estado actual de conocimiento sobre la discapacidad intelectual en niños y adolescentes y su influencia sobre la unidad familiar, y cómo afecta a los padre/madre/cuidador, a los hermanos y a la salud familiar.

Metodología. Siguiendo las recomendaciones de la declaración PRISMA, se ha llevado a cabo un proceso de búsqueda, selección, obtención y análisis de los estudios localizados. La búsqueda se realizó en siete bases de datos: PubMed, Scopus, CINAHL, Psycinfo, Psycodoc, Dialnet y la Biblioteca Cochrane Plus. Finalmente, atendiendo a una serie de criterios de inclusión (publicación en los últimos cinco años, en español, inglés, portugués, italiano o francés, que incluyeran texto completo y abordaran el tema de estudio). Se seleccionaron 20 artículos cuya calidad resultó moderada-alta según QATSO y CASPe.

Resultados. La discapacidad de un miembro provoca gran cantidad de altibajos en la familia, alterando tanto el bienestar como la calidad de vida familiar (Chadwick et al., 2013). Según el grado de alteración y los niveles de estrés familiar serán directamente proporcional al grado de discapacidad intelectual que presente el individuo (Svraka, Loga & Brown, 2011; Rillotta et al., 2012). Con frecuencia, la familia y sobre todo la madre (en la medida en que pasa más tiempo con la persona que presenta DI), suele tener preocupaciones sobre lo que ocurrirá con el futuro de su hijo. Entre dichas preocupaciones se incluyen ¿qué pasará con su familiar cuando ellos hayan muerto, cambien las circunstancias y ellos ya no puedan hacerse cargo del cuidado o cuando el niño o adolescente termine el colegio? (Rillotta et al., 2012; Chadwick et al., 2013). Muchos cuidadores esperan que sus otros hijos se hagan responsables del cuidado de sus hermanos con discapacidad intelectual (Raghavan et al., 2013). Igualmente les preocupan las relaciones sentimentales o la vida en pareja de sus hijos con DI. Algunos familiares piensan que sería inapropiado que tuvieran relaciones románticas o sexuales, debido al reducido nivel de desarrollo cognitivo y social que presentan, aunque otros no ven tan descabellada la posibilidad de que tenga este tipo de relaciones (Chadwick et al., 2013).

La calidad de vida de los padres se ve perjudicada porque disminuyen las posibilidades de la familia de tener tiempo libre, para realizar actividades de ocio o simplemente descansar del cuidado. Un factor determinante del bienestar del padre y de la madre de niños con DI es la calidad de vida conyugal (Norlin & Broberg, 2013). Las familias en las que las madres reciben apoyo emocional de su pareja y de otros miembros de la familia y que tienen mayor sentido de familiaridad presentan mayor calidad de vida familiar que las que reciben menos o directamente no lo reciben (Cohen, 2014).

Los hermanos también se pueden ver afectados por la DI de alguno de ellos. Entre las principales consecuencias destacan la disminución de la socialización fraternal, el menor apoyo emocional o emotivo por parte de los padres, el aumento de las

responsabilidades y el afrontamiento de la situación por parte de estos, resultando de gran importancia para estas las medidas de soporte sociales (Chadwick et al., 2013)

Sobre a la salud familiar, pueden aparecer conflictos que dificulten el clima social (Miller et al., 2012). Estas familias suelen tener menor resistencia por la dificultad para acceder a los soportes y ayudas necesarios, presentando en ocasiones problemas de afrontamiento relacionados con el estigma social que afecta a la discapacidad intelectual. Sin embargo es frecuente que estas familias tengan una adecuada integridad familiar (Miller et al., 2012), al fomentarse los vínculos familiares y realizar modificaciones de roles para mantener el funcionamiento familiar.

Conclusiones. La revisión de la literatura muestra que las alteraciones en las familias con hijos con discapacidad intelectual son más importantes de lo que parecen o es comúnmente conocido. Por ello, es de suma importancia que las enfermeras sepan identificar dichas alteraciones para poder ayudar a estas familias a mantenerse en buen estado de salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Cohen, S. R., Holloway, S. D., Domínguez-Pareto, I., & Kuppermann, M. (2014). Receiving or believing in family support? Contributors to the life quality of Latino and non-Latino families of children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 58(4), 333–45. doi:10.1111/jir.12016
- Chadwick, D. D., Mannan, H., Garcia-Iriarte, E., McConkey, R., O'Brien, P., Finlay, F., Harrington, G. (2013). Family voices: life for family carers of people with intellectual disabilities in Ireland. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities: JARID*, 26(2), 119–32. doi:10.1111/jar.12003
- Lima-Rodríguez, JS., Lima-Serrano, M., Sáez-Bueno, A. (2009) Intervenciones enfermeras orientadas a la familia. *Enfermería Clínica*: 19 (5): 280-3.
- Miller, E., Buys, L., & Woodbridge, S. (2012). Impact of disability on families: grandparents' perspectives. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 56(1), 102–10. doi:10.1111/j.1365-2788.2011.01403.x
- Norlin, D., & Broberg, M. (2013). Parents of children with and without intellectual disability: couple relationship and individual well-being. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 57(6), 552–66. doi:10.1111/j.1365-2788.2012.01564.x
- Povee, K., Roberts, L., Bourke, J., Leonard, H. (2012). Family functioning in families with a child with a Down syndrome: A mixed methods approach. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 56(10), 961–973.
- Raghavan, R., Pawson, N., & Small, N. (2013). Family carers' perspectives on post-school transition of young people with intellectual disabilities with special reference to ethnicity. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 57(10), 936–46. doi:10.1111/j.1365-2788.2012.01588.x
- Rillotta, F., Kirby, N., Shearer, J., & Nettelbeck, T. (2012). Family quality of life of Australian families with a member with an intellectual/developmental disability. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 56(1), 71–86. doi:10.1111/j.1365-2788.2011.01462.x
- Svraka, E., Loga, S., & Brown, I. (2011). Family quality of life: adult school children with intellectual disabilities in Bosnia and Herzegovina. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 55(12), 1115–22. doi:10.1111/j.1365-2788.2011.01434.x
- Verdugo Alonso, M. Á., & Schalock, R. L. (2011). Últimos Avances En El Enfoque Y Concepción De Las Personas Con Discapacidad Intelectual. *Revista Española Sobre Discapacidad Intelectual*, 4, 7–21.

AUTORES/AUTHORS:

ANA MARIA MARCHAL TORRALBO, JAVIER MONTES HIDALGO, CECILIA BRANDO GARRIDO, M^a MAR ISNARD BLANCHAR, BEATRIZ FERNÁNDEZ NÁJAR, JOAQUIN TOMÁS SÁBADO

TÍTULO/TITLE:

Detección del riesgo suicida en la consulta escolar de enfermería.

OBJETIVOS

En los últimos 25 años, las tasas de suicidio han experimentado en los jóvenes un aumento muy importante (1), especialmente en estudiantes (2), adquiriendo en algunos países dimensiones de verdadera epidemia (3). Las causas podrían deberse a los diferentes factores estresantes propios del mundo educativo que pueden desembocar en depresión, ansiedad e ideación suicida (4). El objetivo de este trabajo es evaluar el riesgo suicida por parte de la enfermera escolar en estudiantes de ciclos formativos.

MÉTODOS

Diseño: estudio observacional de tipo transversal y correlacional.

Sujetos: Participaron 102 Estudiantes de grado formativo, 74 Mujeres y 28 hombres, pertenecientes a un Instituto de Educación Secundaria del área metropolitana de Barcelona, con una edad media de 19,67 (DT=6,14) años.

Instrumentos: los participantes respondieron de forma voluntaria un cuestionario anónimo y autoadministrado que contenía, entre otros instrumentos, La forma española (5) de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS) (6) La RS es un instrumento autoaplicado diseñado para evaluar el riesgo suicida, que contiene quince preguntas con formato de respuesta dicotómico (sí/no), incluyendo preguntas referentes a intentos autolíticos previos, la intensidad actual de la ideación y sentimientos, como la depresión y la desesperanza. Cada respuesta positiva puntúa un punto, con un rango de posibles puntuaciones totales entre 0 y 15. Los autores de la versión española proponen los 6 puntos como punto de corte, de manera que una puntuación igual o superior a 6 indica riesgo suicida

RESULTADOS

Las puntuaciones medias en la RS fueron de 3,63 (DT=2,63). Un total de 20 estudiantes (19,6%) presentaban puntuaciones iguales o superiores a seis puntos, lo que indica riesgo suicida. Del análisis de los ítems individuales destaca que 30 estudiantes (29,4%) han pensado alguna vez en suicidarse, 8 (7,8%) han comentado su decisión con alguien y 12 (11,8%) han intentado en alguna ocasión quitarse la vida

DISCUSIÓN

Los datos obtenidos permiten afirmar que existe un considerable riesgo suicida en los participantes en el estudio, poniendo en evidencia la necesidad de implementar programas de intervención (7), especialmente enfocados en la detección precoz de trastornos mentales, abuso de sustancias y problemas emocionales y familiares (1). En este sentido, la enfermera escolar constituye una figura primordial en cuanto mantiene una relación de confianza y proximidad con el estudiante, garantizando en todo momento, la confidencialidad de la información que se le proporciona (8).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Valtueña JA. El suicidio juvenil en Suiza: una auténtica epidemia. *Jano* 2003; 64(1478):28
2. Goetz CS. Are you prepared to SAVE your nursing student from suicide? *J Nurs Educ* 1998; 37(2):92-5.
3. Tomás Sábado J. Factores psicológicos relacionados con el riesgo suicida en estudiantes de Enfermería. *Metas* 2009; 12(2): 67-74
4. Tomás Sábado J. Gómez Benito J. Valoración del riesgo suicida en una muestra de estudiantes de enfermería; 2008. (En línea)

(fecha de acceso: 20 de febrero de 2009). URL disponible en: <http://psiquiatria.com/imprimir.ats?34355>

5. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ et al. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. Arch Neurobiol (Madr) 1998;61(2):143-52
6. Plutchik R, Van Praag H, Conte HR, Picard S. Correlates of suicide and violence risk, I: the suicide risk measure. Compr Psychiatry 1989,30: 296-302
7. Barés MA, Gispert R, Puig X, Freitas A, Ribas G, Puigdefàbregas A. Evolución temporal y distribución geográfica de la mortalidad por suicidio en Cataluña y España (1986-2002). Gac Sanit 2006; 20: 473-80.
8. Cornock, M-. 2011. Confidentiality: the legal issues. Nursing Children and Young People, 23(7) pp. 18–19.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21987976>

AUTORES/AUTHORS:

Ana Belén Salamanca Castro, Amelia Amezcua Sánchez, Sara Sánchez Castro, María Estela Maeso Fernández, Pedro Caballero Álvarez, Diana de la Fuente Aparicio

TÍTULO/TITLE:

Estudio ITESA: efectividad de una intervención educativa para la reducción del sexismo ambivalente en adolescentes

Introducción

Los adolescentes son un grupo poblacional especialmente influenciado por los valores predominantes de la sociedad en la que desarrollan (1), donde aún hoy en día existen prejuicios sexistas ambivalentes (2). Pero también es en la adolescencia cuando la persona construye su identidad propia y diferenciada y, gracias al pensamiento formal, puede modificar los modelos y expectativas desarrolladas anteriormente (3); y por este motivo, es en esta etapa vital cuando se desarrollan la mayor parte de intervenciones educativas para promover las relaciones de pareja igualitarias y romper, desde la educación, los estereotipos y prejuicios relacionados con el género forjados desde la niñez. Además, es en la adolescencia cuando generalmente comienzan las relaciones de noviazgo, en las que se establecen ya distintos roles para cada miembro de la pareja (4). Una revisión sistemática evaluó los efectos de intervenciones de prevención en parejas que no conviven o dating violence, obteniendo a los 12 meses resultados contradictorios en cuanto a su efectividad (5).

Objetivo

Evaluar la efectividad de una intervención educativa realizada en alumnos de primer curso de Educación Secundaria Obligatoria de Madrid sobre los prejuicios sexistas ambivalentes.

Métodos

Se realizó un ensayo clínico grupal en el que centros de Educación Secundaria sitios en Madrid fueron asignados aleatoriamente al grupo experimental o al control, obteniéndose una muestra de 477 sujetos (el tamaño muestral calculado era de 278 sujetos, asumiendo un error alfa de 0.05, un error beta de 0.20 y un efecto esperado de 0.3). El grupo experimental recibió, además de la formación en igualdad obligatoria, tres sesiones educativas previamente pilotadas, que suponen la variable independiente del estudio. Fueron incluidos alumnos matriculados en primer curso de enseñanza secundaria, y se excluyeron aquellos alumnos que tenían diagnosticados problemas relacionados con la comunicación, quienes no comprendían castellano y quienes asistían a las aulas de educación especial. La medición de la variable dependiente se hizo mediante el cuestionario validado Inventario de Sexismo Ambivalente (ISA) para adolescentes, que contiene una escala de sexismo hostil y otra de sexismo benévolo, administrándose el cuestionario en ambos grupos al inicio del curso académico y a los 6, 12 y 18 meses la primera recogida.

Resultados

En la primera medición se recogieron 405 cuestionarios correctamente cumplimentados (200 en el grupo experimental y 205 en el grupo control), pero a los 18 meses, en el grupo control quedaban 53 sujetos de los que iniciaron el estudio y 117 en grupo experimental. Esto hizo necesario ponderar los grupos para equiparar el número de sujetos, con lo que la potencia del estudio pasó a ser del 56,3% con el fin de mantener la significación estadística de $\alpha=0.05$.

A los 18 meses no hay diferencias en las puntuaciones de sexismo hostil ($p=0.467$) ni en las de sexismo benévolo ($p=0.271$) entre el grupo de intervención y el de comparación, por lo que la hipótesis planteada es rechazada.

En cuanto a las puntuaciones de sexismo en ambos grupos se observa que, mientras que para el sexismo hostil se mantienen prácticamente constantes, las de sexismo benévolo disminuyen paulatinamente, siendo los valores de este último mayores en todos los momentos que los del sexismo hostil.

Si se comparan las puntuaciones de sexismo hostil en función del sexo de los sujetos, existen diferencias en ambos grupos, que se mantienen durante todo el seguimiento ($p<0.01$). Las puntuaciones de sexismo hostil son mayores en los chicos que en las chicas.

Sin embargo, en el caso de sexismo benévolo, observamos que en el grupo control solo hay diferencias en función del sexo para las puntuaciones obtenidas al final del seguimiento (18 meses), y en el grupo de intervención las había al inicio y nuevamente a los 12 meses.

Discusión

Parece, por tanto, que modificar los prejuicios ligados al género precisa un cambio socio-cultural, siendo necesarias para ello estrategias de intervención macro para sensibilizar a toda la sociedad hacia un cambio de actitud, como el Convenio de Estambul establece, incluyendo dentro de los programas de estudios oficiales y del material didáctico recursos sobre igualdad y papeles no estereotipados de género, como dar visibilidad a la mujer a lo largo de la historia, puesto que ha habido mujeres que han sido relevantes para la historia de la humanidad pero son desconocidas porque en los libros educativos no son mencionadas (6). En cuanto a las puntuaciones obtenidas en cada subescala, las mayores puntuaciones en sexismo benévolo pueden ser explicadas porque el sexismo hostil es más fácil de identificar y socialmente es más rechazado que el sexismo benévolo. Asimismo, las menores puntuaciones otorgadas por las chicas en ambos tipos de sexismo, pueden ser debidas al mayor interés de las jóvenes en modificar los patrones culturales que les pueden resultar perjudiciales en su vida cotidiana.

En cualquier caso, debemos destacar que la principal limitación del estudio es el alto porcentaje de pérdidas, que hace que puedan no haberse detectado diferencias por este hecho. Sería necesario calcular un elevado porcentaje de pérdidas en futuras investigaciones.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Adolescencia, violencia y entornos. En: Silva Divero I, coord. La adolescencia y su interrelación con el entorno. Instituto de la Juventud. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. Madrid: 2007. p. 57-118
2. Hernando Gómez A. La prevención de la violencia de género en adolescentes. Una experiencia en el ámbito educativo. *Apuntes psicol.* 2007; 25(3):325-40.
3. Díaz Aguado MJ. Adolescencia, sexismo y violencia de género. 2003 Ene-Jun [Citado 7 sep 2015]; 22(1): [aprox. 8 pant]. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1053>
4. Poó AM, Vizcarra MB. Diseño, implementación y evaluación de un programa de prevención de la violencia en el noviazgo. *Ter Psicol.* 2011 dic; 29(2):213-223.
5. Mytton J, DiGiuseppi C, Gough D, Taylor R, Logan S. Programas escolares de prevención secundaria de la violencia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. [Citado 10 mar 2010] Disponible en: <http://212.169.42.7/newgenClibPlus/pdf/CD004606.pdf>
6. Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011. *Boletín Oficial del Estado*, 6 de junio de 2014, nº 137, p. 42946. [Citado 7 sep 2015] Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2014/06/06/pdfs/BOE-A-2014-5947.pdf>

AUTORES/AUTHORS:

Ana Ruiz Iglesias, Verónica Jiménez Guillén, Raquel Domínguez Rivero, Jose María Díaz Pérez, Eloísa Del Ojo Galván, Alberto Hermida Rivas, Daniel Germán Guzmán Guzmán, Marta Muñoz Mendoza, María Gavilán Triviño

TÍTULO/TITLE:

El conocimiento de los adolescentes sobre sexualidad y anticoncepción en centros públicos y privados de Sevilla.

OBJETIVO: Analizar el conocimiento de adolescentes de 4º de ESO y 2º de Bachillerato sobre sexualidad, métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual diferenciando entre géneros y centros públicos y privados.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo transversal correlacional, realizado durante los meses de noviembre de 2014 a enero de 2015 en la Universidad de Sevilla. Muestra no probabilística formada por estudiantes de institutos localizados en dicha provincia. Se empleó una encuesta anónima, cerrada y validada por expertos. La estadística descriptiva e inferencial se hizo mediante el programa IBM SPSS Statics 22. Las variables fueron organizadas y comparadas en función del curso, género e institución.

RESULTADOS: De los 454 alumnos encuestados, 238 son de sexo femenino y 213 del masculino; 260 pertenecen a 4º de ESO y 164 a 2º de Bachillerato; 244 a entidades públicas y 210 a privadas.

En cuanto al sexo, los porcentajes obtenidos en cada una de las preguntas realizadas han sido semejantes, excepto en la número 18: "Si mis padres me pillaran con preservativos se enfadarían mucho conmigo", donde un 45% (107) de las encuestadas se posicionan en "totalmente o bastante de acuerdo", mientras que un (56)% (119) de los encuestados en "totalmente o bastante en desacuerdo".

Por otro lado, se observan diferencias entre los alumnos dependiendo del curso al cuál pertenecen, sobre todo, en los aspectos relacionados con las infecciones de transmisión sexual y embarazo según tipología de relaciones sexuales (27.7% vs 14%); (31% vs 30%); (36.5% vs 35.3%); (23.4% vs 15%);(40.7% vs 48.7%); (45.4 % vs 41.4%).

Teniendo en cuenta la institución, los porcentajes obtenidos han sido semejantes en un 90% de las preguntas, a excepción de la número 18, anteriormente citada, donde un 27.8% (68) están "totalmente o bastante de acuerdo", un 47.55% (116) se posicionan en "totalmente o bastante en desacuerdo" y un 24% (58) "Ni de acuerdo ni en desacuerdo" en las instituciones públicas. Por el contrario, en las instituciones privadas, un 37.1% (78) están "totalmente o bastante de acuerdo", un 35.7% (75) se posicionan en "totalmente o bastante en desacuerdo" y un 27.2% (57) "Ni de acuerdo ni en desacuerdo".

DISCUSIÓN: Al igual que ha quedado reflejado en estudios anteriores, el déficit de conocimientos presente en los adolescentes es bastante considerable. Se observa cómo los alumnos van adquiriendo poco a poco nociones, aunque quizás estas no sean las adecuadas. En cuanto al sexo no observamos diferencias a nivel descriptivo. Al contrario ocurre con las instituciones; mientras los alumnos pertenecientes a institutos públicos demuestran mayores conocimientos en sus respuestas, influidos por distintos talleres sobre sexualidad llevados a cabo en sus centros de estudio; los de institutos privados presentan más vacilaciones y refieren menos formación en la materia.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA: Son necesarias más formaciones relacionadas con la sexualidad y anticoncepción en los centros públicos, concertados y privados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

González MI. Teen sexuality. Medwave 2004 Dic;4(9):e1919 doi: 10.5867/medwave.2004.09.1919. publicado el 01/10/2004

Shutt-Aine, Jessie, and Matilde Maddaleno. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: implicaciones en programas y políticas. Washington, DC: OPS, 2003.

De Velasco AM. Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud: Guía práctica para padres y educadores. Editorial Pax México; 2004.

Apuntes Enfermería Reproductiva 2014/2015.

Soto Martínez O, Franco Bonal A, Franco Bonal A, Silva Valido J, Velázquez Zúñiga GA. Embarazo en la adolescencia y conocimientos sobre sexualidad. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2003;19(6):0-.

Linares ET, López MJL, Delgado CR, Vilariño CS. Conocimiento y utilización de los métodos anticonceptivos y su relación con la prevención de enfermedades de transmisión sexual en jóvenes. Anales de psicología. 2003;19(1):81-90.

González JC. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en una población adolescente escolar. Rev.salud pública. 2009;11(1):14-26.

Gascón Jiménez J, Heredia Quiciós J, Navarro Gochico B, Heredia Quiciós A. Comportamiento sexual de los escolares adolescentes en la ciudad de Córdoba. Atención primaria. 2003;32(6):355-60.

García Imia I, Ávila Gálvez E, Lorenzo González A, Lara Carmona M. Conocimientos de los adolescentes sobre aspectos de la sexualidad. Revista Cubana de Pediatría. 2002;74(4):0-

Clemens SL, Faulkner WC, Browning EB, Murray JS, Alcott LM, Stowe HB, et al. Primary Title. J Appl Theory PubYear PubDateFreeForm;Volume(Issue):StartPg-OtherPg.(1,3-6)

Romo Martínez, J. M. (2008). Estudiantes universitarios y sus relaciones de pareja: de sus experiencias y proyectos de vida. Revista mexicana de investigación educativa, 13(38), 801-823.

Seoane, P. J., Capurro, C. T., Castro, C. N., Corbo, C. D., Pereira, C. N., de Educación Sexual, P., & Rossi—Coordinador, M. D. El cuidado de sí en niñas, niños y adolescentes Discursos y prácticas cotidianas sobre sexualidad y derechos en el sistema educativo nacional.

GONZÁLEZ, Juan C. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en una población adolescente escolar. Rev. salud pública, 2009, vol. 11, no 1, p. 14-26.

GONZÁLEZ, María Isabel. Sexualidad adolescente. Medwave, 2004, vol. 4, no 09.

AUTORES/AUTHORS:

Carolina González Hernando, Pedro Gabriel Martín Villamor, Verónica Velasco González, Reyes Velázquez Barbado, Carlos Duránte Fernández

TÍTULO/TITLE:

Aprendizaje híbrido o Blended Learnig en el Grado en Enfermería

Objetivo: Evaluar la efectividad y el funcionamiento de un blog educativo "Edublog Enfermería" para consolidar los procesos de enseñanza-aprendizaje presencial.

Metodología: El estudio se ha realizado en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Valladolid. Diseño descriptivo longitudinal. Los datos recogidos engloban el periodo del 10 febrero al 23 de mayo de 2015. El blog se implementó para ser utilizado por 122 estudiantes de 2º curso de Grado en Enfermería durante un cuatrimestre académico del año 2014-2015 y, por 4 profesores que seleccionaron contenidos e insertaron enlaces, videos, fotografías, gráficos, tablas, encuestas, tutoriales, twits, etc. Para el análisis de los datos se utilizó el Programa Google Analytics. Variables: número de usuarios que visitan el blog, páginas más vistas, duración media de la visita, porcentaje de visitas nuevas (para evaluar la fidelidad de los visitantes), datos sociodemográficos (sexo, edad, país), sistema (navegador que usan los visitantes, el sistema operativo y proveedor de servicios), móvil (qué sistema operativo usan los visitantes móviles). Se siguió la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Resultados:

- Páginas vistas en total: 13.462
- Páginas vistas por sesión 1,77, duración media de la sesión 1 minuto y 56 segundos, nuevos visitantes 74%.
- Las páginas más vistas: Investigación: bibliotecas y buscadores 477 vistas, ¿quiénes somos? 451, libros y guías 410 y revistas 260.
- Los post más visitados: 1º-"Mapas conceptuales para Aprendizaje Basado en Problemas", 2º-Disco de la OMS para elección de método anticonceptivo, 3º Cáncer de cuello uterino y 4º Parto normal
- La mayoría de las visitas provienen del campus virtual de la Universidad de Valladolid
- El sistema operativo más usado ha sido Windows 55,6%, IOS 24,7%
- El sistema operativo móvil más utilizado IOS 71,8% y Android 25,7%
- El 89,78% son mujeres y el 10,22% hombres, con una franja de edad de 25-34 años el 34% y en segundo lugar, de 18-24 años el 30%
- Han visitado el blog desde: España con el 84% del total de visitas, Estados Unidos 10%, 2,09% provienen de Francia, 1,8% de países de Latinoamérica y un 0,74% de Alemania.

Discusión: En el informe de Educación Superior 2015 "NMC Horizon Report" los expertos están de acuerdo en el avance en los entornos de aprendizaje que son flexibles y que guían la innovación. El aprendizaje híbrido (Blended Learning) incluye el aprendizaje presencial y en línea. Las metodologías semipresenciales centradas en el estudiante que favorecen el aprendizaje autónomo y también el colaborativo se están extendiendo y han hecho que muchos profesionales de la educación superior se replanteen el proceso de enseñanza-aprendizaje y la necesidad de incorporar éstas herramientas de la web 2.0 (blogs, wikis, redes sociales, etc) a la educación superior.

Conclusión: Los blogs son de gran utilidad en educación, gratuitos y fáciles de usar. Complementan la enseñanza presencial, permiten el aprendizaje colaborativo, sirven como buscadores a través de enlaces específicos y hacen desaparecer barreras geográficas y de tiempo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Johnson, L, Adams Becker, S, Estrada, V, and Freeman, A. (2015). NMC Horizon Report: Edición Educación Superior 2015. Austin, Texas: The New Media Consortium . Disponible en:<http://cdn.nmc.org/media/2015-nmc-horizon-report-HE-ES.pdf>
2. González Hernando C, Martín Villamor PG, Velasco González V; Velázquez Barbado R.2015. Edublog Enfermería. Disponible en : <http://enfermeriauva.blogspot.com.es/>
3. Trujillo Torres JM, Aznar Díez I, Cáceres Reche M. Análisis del uso e integración de redes sociales colaborativas en comunidades de aprendizaje de la Universidad de Granada(España) y Liverpool(Reino Unido). [Online].; 2015 [cited 2015 junio 30. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/view/46380/45945>
4. González Ruiz C. Redes sociales y edublogs como herramientas de aprendizaje colaborativo. En: Metodologías de aprendizaje colaborativo a través de las tecnologías. Salamanca: Eds Universidad Salamanca; 2012.
5. González R, García F, Gonzalo N. Los edublogs como herramienta facilitadora en comunidades virtuales de aprendizaje. Relada. 2011; 5

AUTORES/AUTHORS:OLGA ISERN-FARRÉS, M^a CARMÉ SANSALVADOR-COMAS, MONTSERRAT FARO-BASCO, XAVIER PALOMAR-AUMATELL**TÍTULO/TITLE:**

SIMULACIÓN CLÍNICA EN EL GRADO EN ENFERMERÍA. SATISFACCIÓN DEL ALUMNADO

Introducción: El Espacio Europeo de Educación Superior hace especial hincapié en el uso de metodologías de enseñanza-aprendizaje innovadoras, fundamentadas en competencias. La simulación clínica cumple con estos requisitos (innovación y formación competencial) por lo que son muchos los centros universitarios que la han incorporado como método educativo para los estudiantes de enfermería. Es una técnica que aporta destreza, habilidad mental y capacidad de respuesta asertiva (Moule, 2008). El aprendizaje mediante la simulación de alta fidelidad está altamente aceptado entre los estudiantes de enfermería. En la Facultad de Ciencias de la Salud y el Bienestar de la UVic-UCC es el primer año que se aplica la simulación de alta fidelidad como método de aprendizaje y nos propusimos constatar el grado de satisfacción de los estudiantes porque está asociada a una mayor implicación en el proceso y una mayor motivación para el aprendizaje (Negrao, Amado, Carneiro y Mazzo, 2014) asimismo también nos servirá para poder detectar aspectos de mejora en la aplicación del método.

Objetivo: Evaluar el grado de satisfacción en simulación clínica de los estudiantes matriculados en las asignaturas Practicum II, Practicum III, Practicum VI y Atención al Paciente Crítico de segundo, tercero y cuarto curso del Grado en Enfermería .

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo-transversal con los estudiantes matriculados en las asignaturas Practicum II, Practicum III, Practicum VI y Atención al Paciente Crítico, de segundo, tercero y cuarto curso. Para la recogida de datos se utilizó el cuestionario de satisfacción adaptado del "Cuestionario de satisfacción del Aula de Simulación Clínica de la Universidad de Cantabria". Se incluyeron los datos sociodemográficos edad, género, curso académico, asignatura matriculada, número de periodos de práctica y experiencia laboral en el ámbito sanitario. El cuestionario constaba de 15 preguntas relacionadas con actitudes y habilidades personales en simulación clínica orientadas al grado de satisfacción del estudiante en la adquisición de habilidades técnicas, de comunicación, de trabajo en equipo, pensamiento crítico, toma de decisiones, motivación y valoración general de la experiencia, en un ambiente controlado. Las preguntas eran valoradas con una escala del 1 al 5, siendo 1 muy en desacuerdo y 5 muy de acuerdo. El alumno cumplimentaba el cuestionario después del debriefing.

Resultados: Se obtuvieron un total de 238 respuestas. El 79,8% eran mujeres y el 20,2% hombres. La edad media era de 24 años. En relación a la experiencia de simulación el 92,4% de los estudiantes están de acuerdo o muy de acuerdo que la experiencia clínica ha sido muy satisfactoria. Una amplia mayoría (97,5%) consideran la simulación como un método docente útil. Los espacios donde se desarrolla la simulación son realistas para el 88,5%. El 84% afirman haber mejorado las habilidades y el 96,2% están de acuerdo y muy de acuerdo en el desarrollo de su capacidad de razonamiento crítico y de toma de decisiones. Los casos simulados se adaptan a los conocimientos teóricos del 94,9%. Destaca que un 25,4% no ha aumentado su seguridad y confianza con la realización de la simulación. Para el 95,4% ha contribuido a integrar la teoría y la práctica. Sólo el 8,5% no se han sentido motivados a aprender con esta metodología. El 91,9% consideran útil visualizar las grabaciones de la simulación. El 12,7% de estudiantes consideran que la duración del caso no es la adecuada. La capacitación del profesorado es adecuada para el 97% de los encuestados. Sólo el 5,5% considera que la simulación no fomenta la comunicación entre los miembros del equipo. Al 97% les ha ayudado a priorizar las actuaciones de enfermería y para el 87,8% ha mejorado su competencia clínica.

Discusión: Los resultados obtenidos indican un elevado grado de satisfacción que nos anima a continuar con la simulación como metodología docente para el aprendizaje. No obstante para mejorar la confianza y seguridad de los estudiantes es necesario aumentar el número de experiencias clínicas simuladas y que estas puedan ser observadas por el grupo clase mientras el grupo simulación realiza la experiencia. Otras medidas serían permitir entrenamientos previos a la simulación y garantizar la visualización de su actuación para analizarla, evaluarla y que propongan las competencias a mejorar.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Juguera, L., Díaz Agea, J.L., Pérez, M.L., Leal, C., Rojo, A., Echevarría, P. (2014). La simulación Clínica como herramienta pedagógica. Percepción de los alumnos de Grado en Enfermería de la UCAM. *Enfermería Global*, 33, 175-190.
- Sanjuan, A., Marco, D., García, N., & Castejon ME. (2014). Simulación Clínica para aumentar la seguridad de los pacientes. Satisfacción del alumnado. En XII Jornadas de redes de Investigación en Docencia Universitaria: 3 y 4 de julio de 2014 (pp. 1928-1943). Alicante: Universidad de Alicante.
- Leal Costa, C., Díaz Agea, J.L., Rojo Rojo, A., Juguera Rodríguez, L., López Arroyo, M.J. (2013) Practicum y simulación clínica en el Grado en Enfermería, una experiencia de innovación docente. *REDU: Revista de Docencia Universitaria*, 12 (2): 42-451. Disponible en: <http://www.red-u.net>.
- Ruiz, S. (2012). Simulación Clínica y su utilidad en la mejora de la seguridad de los pacientes [Trabajo Fin de Grado]. Universidad de Cantabria.
- Negrao, R.C., Amado J.C., Carneiro, M. F., Mazzo, A. (2014). Satisfacción de los estudiantes con las experiencias clínicas simuladas: Validación de escala de evaluación. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 22(5): 709-15.
- Leal, C., Juguera, L., Pardo, M., Martín, R.M., Díaz Agea, J.L. (2015). Evaluación del curso de instructores en simulación clínica de la Universidad Católica de Murcia (UCAM). *Revista enfermería docente*; Enero-Junio(103):8-14.
- Moule, P., Wilford, A., Sales, R., Lockyer, L. (2008). Student experience and mentor views of the use of simulation for learning. *Nurse Education Today*; 28, pp. 790-797.

AUTORES/AUTHORS:

Ángel Romero-Collado, Edurne Zabaleta del Olmo, Marta Raurell-Torredà, Carolina Rascón Hernán, Anna Bonmatí Tomàs, Carme Malagón Aguilera, Erica Homs Romero

TÍTULO/TITLE:

Contenidos en farmacología y productos sanitarios en las asignaturas de grado en Enfermería en España.

Objetivo

Cuantificar los contenidos en farmacología y productos sanitarios en las asignaturas de grado en Enfermería en España.

Métodos

Estudio transversal de los planes de estudios 2013-2014 de los centros registrados el Registro de Universidades, Centros y Títulos. Se analizaron los planes y los contenidos de las asignaturas accesibles en la web del centro. Se excluyeron los centros que tenían menos de un 50% de las asignaturas accesibles en línea. Mediante un formulario ad hoc, dos investigadores evaluaron independientemente los planes. Se recogieron las siguientes variables: tipo de centro; número de asignaturas y tipo; créditos por asignatura; número de asignaturas: específicas de farmacología; con contenidos relacionados con farmacología; que incluyeran en su título o en su contenido el término "prescripción enfermera", diferenciando entre las asignaturas de farmacología y el resto; que incluyeran el término "producto sanitario" en su título o en su contenido y, número de créditos de asignaturas optativas necesarios para completar el grado. Las variables cualitativas se expresan con frecuencias absolutas y relativas; las cuantitativas con la media y la desviación estándar (DE).

Resultados

Ciento diez (96,5%) centros cumplieron los criterios de inclusión. Mayoritariamente, el grado se impartía en Escuelas Universitarias de Enfermería (31,6%) y Facultades de Ciencias de la Salud (19,3%) y de Enfermería (14,9%). Se analizaron 3261 (94,2%) asignaturas obligatorias. La media de asignaturas obligatorias fue de 30,3 (DE 3,5) y de optativas 9,9 (DE 6,6). En todos los centros se impartía, como mínimo, una asignatura de farmacología, con una media de créditos de 6,9 (DE 1,9); además una de cada tres asignaturas obligatorias incluía contenidos relacionados con farmacología y productos sanitarios. En ocho (7,3%) centros aparecía el término "prescripción enfermera" en el título de al menos una asignatura, en 22 (20%) en los contenidos de la asignatura de farmacología y en 15 (13,6%) en los de otras asignaturas. Las áreas temáticas con más contenidos fueron los prácticums y enfermería del adulto y de cuidados especiales, con 330, 160 y 76 asignaturas respectivamente. Ninguna asignatura optativa contenía el término "prescripción enfermera", sólo una "productos sanitarios" en el título y 60 (11,3%) presentaron contenidos relacionados con farmacología.

Discusión

Todos los planes de estudios incluyen una asignatura de farmacología, además el contenido relacionado con farmacología y productos sanitarios es elevado. Por ello, en la formación de pregrado se adquieren las competencias necesarias para poder prescribir de manera segura medicamentos y productos sanitarios no sujetos a prescripción médica. No obstante, en el Real Decreto 1/2005 (Gobierno de España, 2015), se contempla la necesidad de realizar formación de 6 ECTS para las enfermeras de cuidados

generales y 6 ECTS para la enfermera para cuidados específicos (especialistas).

En la actualidad, la prescripción enfermera se realiza en la práctica clínica diaria, ya sea de forma autónoma o mediante protocolos (Cabrera-Jaime, Estrada-Masllorens, & Fernández-Ortega, 2011; Romero-Collado, Homs-Romero, Zabaleta-del-Olmo, & Juvinya-Canal D, 2014) y, además, cualquier ciudadano puede comprar un medicamento no sujeto a prescripción médica o producto sanitario sin necesidad de receta.

Implicaciones para la práctica clínica. Las enfermeras pueden obtener la capacitación para prescribir medicamentos y productos sanitarios no sujetos a prescripción médica, mediante el título de enfermera.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

-Cabrera-Jaime, S., Estrada-Masllorens, J.M., & Fernández-Ortega, P. (2011) Conocimiento y satisfacción de la aprobación de la prescripción enfermera (Ley 28/2009) en enfermeras de formación de máster y especialidad de la Universidad de Barcelona. *Enfermería Clínica*, 21, 84-90.

-Gobierno de España. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2008) Registro de Universidades, Centros y Títulos (RUCT). Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/ruct/home#>, acceso el 14 de setiembre de 2015.

-Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, Boletín Oficial del Estado 177. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2015/07/25/pdfs/BOE-A-2015-8343.pdf>, acceso el 28 de julio de 2015.

-Romero-Collado, A., Homs-Romero, E., Zabaleta-del-Olmo, E., & Juvinya-Canal, D. (2014) Nurse prescribing in primary care in Spain: legal framework, historical characteristics and relationship to perceived professional identity. *Journal of Nursing Management*, 22, 394-404.

-Zabalegui, A., & Cabrera, E. (2009). New nursing education structure in Spain. *Nurse Education Today*, 29, 500-504.

AUTORES/AUTHORS:

MARTA LÓPEZ DE LA OSA PLATAS , ÓSCAR ÁLVAREZ LÓPEZ , ALBERTO HERNANDEZ DE BENITO, IGONE GUADALUPE DIAZ SOLIÑO, MARÍA DEL PILAR PLATAS OCAÑA, MARIA ISABEL BUCETA TORO , MARÍA LÓPEZ DE LA OSA PLATAS

TÍTULO/TITLE:

LA COMUNICACIÓN EN ENFERMERÍA: ¿UNA ASIGNATURA PENDIENTE?

Objetivo general: Conocer la opinión de los enfermeros/as tutores de prácticas clínicas de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia Salus Infirmorum de Madrid sobre la comunicación que ofrecen a los pacientes y familias en su ejercicio profesional.

Se ha desarrollado un estudio descriptivo y transversal dividido en dos fases.

En la primera se empleó un guión preestablecido y para la segunda fase del estudio se desarrolló un cuestionario de elaboración propia, compuesto de la información obtenida como resultado del grupo de discusión y de la revisión bibliográfica previa.

Los resultados obtenidos del grupo de discusión se clasifican en la percepción de enfermería en la comunicación con el paciente, en la comunicación con la familia, las dificultades en el proceso de comunicación y las posibles mejoras que proponen para mejorar dicho proceso.

En la primera categoría expuesta lo que se aprecia en el grupo frente a esta cuestión es una rotunda afirmación a que el enfermero debe presentarse siempre, ya que con una acción tan sencilla y muchas veces rápida, se obtienen numerosos beneficios. Como dice el sujeto 6: "Favorece todo el estado de salud. Si aumentamos el vínculo de confianza del paciente en nosotros, disminuyen los gastos. Son cosas positivas en todos los sentidos". Además el uso de la empatía con los pacientes provoca que la comunicación sea una herramienta valorada como imprescindible.

En la segunda categoría, existe coincidencia en el discurso de los participantes en la consideración de que el trato con la familia debe ser cercano e informarles sobre los ámbitos que deban.

La participación de la familia en el cuidado del paciente es apreciado por todos los enfermeros, independientemente del tipo de servicio o nivel en el que desarrollan su actividad.

La tercera categoría muestra las dificultades que encuentran los profesionales en el ámbito comunicativo, destacando la carga de trabajo, "la dificultad de empatizar por bloqueos propios" y la sensación de inseguridad, en la mayoría de los casos por no saber usar los recursos necesarios por falta de formación

En la última categoría surgen posibles mejoras predominando: el que los profesionales hagan conciencia de la importancia de la comunicación, la necesidad de formación de los profesionales elaborando sesiones clínicas y un cambio necesario en la mentalidad de los responsables de la gestión hospitalaria.

Se destaca el predominio de las mujeres con un 89,19% de la muestra total, con una media de edad de la experiencia laboral de los sujetos de estudio de 21,7 años.

El 38,7% de los profesionales enfermeros consideran que el deseo del paciente y de la familia es siempre recibir una información de calidad. Sin embargo, un alto porcentaje de los encuestados consideran que muchos pacientes desconocen su estado concreto de enfermedad por falta de comunicación de los profesionales. La totalidad de los sujetos de estudio consideran que se debe informar a las familias. Para ofrecer información, el 64% afirma que siempre usa un lenguaje asequible y adaptado al nivel cultural de cada paciente. La comunicación no verbal es empleada por un 66,7%. El 69,4% considera que siempre es importante disponer de habilidades comunicativas para tratar a los pacientes y a las familias.

El 60,4% de los sujetos experimenta dificultades emocionales cuando un paciente crítico pregunta sobre su estado de salud. La responsabilidad de comunicarse con el paciente y las familias les genera cansancio físico y psíquico algunas veces a un porcentaje del 53,2%. Son identificados problemas éticos y/o jurídicos ante la toma de decisiones relacionadas con la información algunas veces por el 58,6%.

Gran parte de la muestra de estudio reconoce no disponer en su unidad de un protocolo específico sobre la comunicación con el paciente y las familias.

Un 58,6% de los profesionales declara no haber recibido formación específica sobre el ámbito de la comunicación con el paciente y la familia. El 42,3% de los encuestados considera que tan solo algunas veces existe criterio en la unidad en el tema de la comunicación con el resto del equipo multidisciplinar.

Sólo el 38,7% de los encuestados identifican que el deseo del paciente y de la familia es siempre recibir una información de calidad, en este resultado puede influir la experiencia profesional de enfermeros con pacientes o familias conflictivas generándoles un estado de tensión, por el desconocimiento o desmotivación de los profesionales. Por el contrario, se aprecia una cierta situación de ambivalencia en la que a pesar que el 59,5% de los encuestados manifiestan la necesidad de informar siempre a los /familias, el 79,3% reconoce que muchos pacientes desconocen su estado concreto de enfermedad por falta de comunicación de los profesionales, situación que puede sugerir que los profesionales evidencian la existencia de problemas en la comunicación proporcionada a los pacientes.

Por último, exponer la importancia de poder realizar futuras líneas de investigación que permitan indagar en las conclusiones obtenidas en el presente estudio con el fin de poder conocer en mayor profundidad una de las áreas más importantes en el cuidado del paciente y de la familia, la comunicación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Martín Padilla, E. Sarmiento Medina, P. Ramírez Jaramillo, A. Influencia de la comunicación del profesional de la salud en calidad de la atención a largo plazo. *Rev Calid Asist.* 2014; 29 (3): 135- 142.
- García Laborda, A; Rodríguez Rodríguez, JC. Factores personales en la relación terapéutica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.* 2005; 25(96): 29-36.
- Domínguez Nogueira, C. Expósito Hernández, J. Barranco Navarro, J. Pérez Vicente, S. Dificultades en la comunicación con el paciente de cáncer y su familia: la perspectiva de los profesionales. *Rev Calidad Asistencial.* 2007; 22(1): 44-9.
- Zaforteza Lallemand, C. Prieto González, S. Canet Ferrer, T.P. Díaz López, Y. Molina Santiago, M. Moreno Mulet, C. Et al. Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas. *Enferm Intensiva.* 2010; 21 (1):11-19.
- Juvé Udinaa, ME. Farrero Muñoz, S Matud Calvoc, C. Monter de Prata, D. Fierro Barrabés, G. Marsal Serrae, R. Reyes Martin, C. ¿Cómo definen los profesionales de sus competencias asistenciales? *Nursing.* 2007; 25(7): 50-61.
- Santana Cabrera, L. Yañez Quintada, B. Martín Alonso, J. Ramírez Montesdeoca, F. Roger Marrero, I. Susilla Pérez de la Blanca, A. Actividades de comunicación del personal de enfermería con los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Enferm Clin.* 2009; 19 (6): 335- 9.
- Consejo General de Enfermería Española. Código Deontológico de la Enfermería Española. Código deontológico de la Enfermería Española. Madrid, CGEE. 1989.
- García Laborda, A. Rodríguez Rodríguez, JC. Factores personales en la relación terapéutica. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría.* 2005; 25 (96): 29- 36.
- Ulla, S. Arranz, P. Arguello, Mª T. Cuevas, T. Dificultades de comunicación percibidas por los profesionales de enfermería en un hospital general. *Enferm Clínica.* 2002; 12(5): 217- 223.
- Aneiros Castro, M. Satisfacción con la información recibida en un Servicio de Urgencias. *Metas de Enferm.* 2013; 16(3): 22-9.

AUTORES/AUTHORS:

Ana M. Fernandez Araque, Ana L. Caballero Navarro

TÍTULO/TITLE:

Satisfacción laboral del profesorado universitario en las Facultades de Enfermería Españolas.

OBJETIVO: El objetivo es analizar la satisfacción del profesorado que imparte docencia a tiempo completa, en Escuelas y/o Facultades de Enfermería públicas españolas a través de siete dimensiones que influyen en la Satisfacción laboral.

MÉTODO: Estudio descriptivo transversal. Los sujetos de estudio fueron 228 profesores que imparten docencia en Facultades/Escuelas de Enfermería públicas españolas a tiempo completo y pertenecientes al departamento de Enfermería. Las Facultades fueron seleccionadas en base a criterios de representatividad, antigüedad y número de acceso superior a 60 estudiantes, y con el objetivo de representar a cada Comunidad y ciudad Autónoma.

La variable dependiente analizada fue la satisfacción con su trabajo (ST). Las variables independientes se dividieron, por un lado en variables sociodemográficas y laborales: sexo, edad, estado civil, Facultad a la que pertenece, categoría académica, años de antigüedad, título universitario y formación postgrado. Y por otro lado en las correspondientes a los ítems que formaban cada dimensión estudiada: organización en el trabajo, actividad investigadora, actividad de gestión, comunicación y coordinación, formación, dedicación y por último la propia satisfacción con su trabajo. El instrumento utilizado consta de un apartado con las variables sociodemográficas, expuestas anteriormente, y siete dimensiones a estudio, elaboradas partir del cuestionario sobre Satisfacción Laboral del personal docente e investigador realizado y validado por la Unidad de Calidad de la Universidad de Salamanca en 2004 (1). Las seis primeras dimensiones con cinco opciones de respuesta cada una, desde "totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo pasando por en desacuerdo, indiferente y de acuerdo" pasadas a escala Likert (1 a 5). Y la última dimensión con tres preguntas relacionadas directamente con la Satisfacción con su trabajo con escala Likert del 1 (nada satisfecho) al 10 (más satisfecho).

RESULTADOS: La tasa de respuesta en nuestro estudio es de un 48,6%. La edad media fue de 46 años (el rango de edad con mayor porcentaje fue de 35-55 con un 55,1%) y la media de antigüedad como profesor universitario en enfermería fue 16 años (el rango de años de antigüedad con un mayor porcentaje fue de 10 a 20 años con un 48,2% de los participantes en el estudio).

El perfil sociodemográfico y laboral observado fue docente mujer (el 61.5% fueron mujeres), con una edad comprendida entre 35 y 55 años (55%), en su mayoría con pareja (71%), con cuidados familiares a su cargo (65%), entre 10 y 20 años de antigüedad como docente en enfermería y mayoritariamente titular de universidad (49%). En cuanto a su titulación universitaria se observó que de los profesores participantes en el estudio un 63% fueron enfermeros, un 18% fueron médicos y otro 18% eran licenciados en otras titulaciones como biología, psicología, farmacología y bioquímica principalmente.

Las Variables que explican el 49.1% de la variabilidad en la ST que perciben los profesores de nuestro estudio son : la antigüedad como profesor universitario (<20 años o > 20 años) ($p= 0.002$), la satisfacción con las asignaturas que los profesores tienen asignadas en su departamento ($p< 0.001$), la satisfacción con la proyección Nacional/Internacional de mi investigación ($p< 0.001$), alcanzar a responder las exigencias del sistema universitario actual ($p= 0.002$) y tener una alimentación variada ($p= 0.007$).

DISCUSION: La satisfacción laboral del profesorado del estudio es similar a la obtenida en otros nacionales (2-5) e internacionales en profesorado universitario (6-8), no específico de docentes de enfermería; sin embargo si difiere en cuanto a la satisfacción con la investigación destacando la insatisfacción en este apartado de los docentes enfermeros. La satisfacción laboral de los profesores docentes de enfermería es mayor que la evidenciada en estudios de profesionales de enfermería realizados en el ámbito asistencial (9-11). Las áreas mejor valoradas y coincidentes con otros estudios son: "Dedicación del profesor a su trabajo", "Organización docente" y entre las peor valoradas: la "Actividad investigadora" y "Actividad de gestión". En este último caso no coincidimos con las encuestas de la universidad de Salamanca (1), en relación a la dimensión peor valorada, donde en ambas es la comunicación, y en nuestro estudio es la actividad investigadora.

Destacar que en relación con la última encuesta de Calidad de Vida del Trabajo, realizada por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social (12). La media de ST de la población general en España es 7.1, estando por debajo de la obtenida del profesorado universitario de enfermería de nuestro estudio 7.38, aunque no es comparable la población. Concluimos destacando que las variables que más explican la variabilidad con la satisfacción laboral en este colectivo son tener menos de 20 años de antigüedad como profesor, estar satisfecho con las asignaturas que imparte, estar satisfecho con la proyección nacional/internacional de su investigación y responder a las exigencias del sistema universitario actual. Este estudio aporta información relevante para la prevención del deterioro en la calidad laboral de nuestro profesorado y sistema educativo superior.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Universidad de Salamanca [sede web]. Salamanca: Usal; 2006 [acceso el 10 de mayo de 2011]. Encuesta de satisfacción laboral 2004-2005 al Personal Docente e Investigador de la Universidad de Salamanca. Disponible en: http://qualitas.usal.es/PDF/Encuesta_satisfaccion_PDI.pdf
- (2) Frías M.R. Estudio de satisfacción del profesorado en la Universidad Pública Española. *Empiria: Revista de metodología de ciencias sociales*. 2006; 11: 175-204.
- (3) Herranz J. La calidad de vida, el trabajo y la salud de los profesores universitarios. [tesis doctoral]. Alicante: Departamento de psicología de la salud, Universidad de Alicante; 2004.
- (4) Martínez M., Moreno B., Ferrer R. Calidad de vida del profesorado universitario: el desgaste profesional. (Propuesta metodológica y resultados). *Rev. Acciones e Investigaciones Sociales [revista en internet]* 2009; 27: 131-169.
- (5) Jiménez F., Jara M.J., Celis E.R. Burnout, apoyo social y satisfacción laboral en docentes. *Psicología Escolar e Educativa*. 2012; 16(1): 125-134.
- (6) Álvarez D. Satisfacción y fuentes de presión laboral en docentes universitarios de Lima metropolitana. *Persona*. 2007; 10:49-97.
- (7) Verdugo J., Guzmán J., Moy N., Meda R., González O.. Factores que influyen en la calidad de vida de profesores Universitarios. *Psicología y salud*. 2008; 18 (1): 27-36.
- (8) Rojas B Maylén L, Zapata H Johana A, Grisales R Hugo. Síndrome de Burnout y satisfacción laboral en docentes de una institución de educación superior, Medellín, 2008. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública [serial on the Internet]*. 2009 May [cited 2015 Aug 31]; 27(2): 198-210.
- (9) Parra S, Paravic T. Satisfacción laboral en enfermeras/os que trabajan en el sistema de atención médica de urgencias (SAMU) / Job satisfaction of nurses working at the emergency medical assistance service . *Cienc. enferm dic*. 2002; 8(2): 37-48.
- (10) Berrios Martos M.P., Augusto Landa J.M., Aguilar Luzón M.C. Inteligencia emocional percibida y satisfacción laboral en contextos hospitalarios: Un estudio exploratorio con profesionales de enfermería. *Index Enferm [revista en la Internet]*. 2006.
- (11) Lousinha, Alba, Guarino, Leticia. Diferencias individuales como moderadoras de la relación estrés-salud en docentes universitarios. *Summa psicológica UST (En línea)*, 2013; 10(1), 73-84.
- (12) Encuesta de Calidad de vida en el trabajo. Año 2010. Ministerio de empleo y seguridad social. Disponible en:

<http://www.empleo.gob.es/estadisticas/ecvt/Ecvt2010/index.htm> NIPO: 790-11-074-3.

AUTORES/AUTHORS:

MIRIAM LEÑERO CIRUJANO

TÍTULO/TITLE:

PERCEPCIÓN DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA SOBRE LA FORMACIÓN EN EL HUMOR COMO ELEMENTO CLAVE DEL CUIDADO ENFERMERO

Objetivos: Identificar la necesidad de formación en las propiedades terapéuticas del humor y su utilización como elemento clave en el cuidado enfermero en los estudiantes de 3º de Grado de Enfermería de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid.

Métodos: Se diseñó un estudio descriptivo transversal dirigido a los estudiantes de 3º de Grado de Enfermería de la promoción 2012-2016 de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid. La recogida de la información se llevó a cabo durante el mes de Diciembre de 2014 mediante la cumplimentación voluntaria de un cuestionario autoadministrado de elaboración propia. El cuestionario constaba de variables socio-demográficas –sexo y edad- y 7 ítems relacionados con la necesidad formativa en el humor. La puntuación de los ítems se puntuó de acuerdo a una escala tipo Likert de 5 puntos -1 “Totalmente en desacuerdo”, 2 “En desacuerdo”, 3 “Indiferente”, 4 “De acuerdo” y 5 “Totalmente de acuerdo”-. El análisis descriptivo se realizó con el paquete SPSS v. 20.0. Se trabajaron con las técnicas descriptivas de cada ítem–medidas de frecuencia, porcentajes, medianas, rangos intercuartílicos y técnicas gráficas -. Para simplificar el análisis estadístico de los datos, se recodificaron las variables cuantitativas ordinales de las puntuaciones de los ítems en variables categóricas -“No” (puntuación 1-2), “Indiferente” (puntuación 3), “Sí” (puntuación 4-5). Las variables cualitativas se expresaron en tanto por cien y las cuantitativas, en media (desviación estándar).

Resultados: La muestra total encuestada fue de 138 estudiantes de enfermería, con 22 hombres (15,90%) y 116 mujeres (84,10%) con una media de edad de 21,6 años ($\pm 2,14$). Todos ellos coincidieron en contemplar al humor como una estrategia beneficiosa para la salud, incluso aplicable en situaciones tan delicadas como puede ser en el contexto de los cuidados paliativos (70,28%). Pero reconocieron que no todo tipo de humor está considerado como “válido” en cuanto al objetivo de aportar éste un beneficio terapéutico para la salud (73,18%). Tan sólo un 7,97% afirmó conocer la inclusión del humor como intervención enfermera en la NIC y un 31,16% aseguró conocer la forma de integrarlo terapéuticamente en los planes de cuidados. La gran mayoría (97,83%) manifestó interés por conocer cómo utilizar el humor como intervención y estrategia enfermera en el cuidado del paciente. Sin embargo, sólo el 3,62% de los alumnos había recibido formación sobre este ámbito en la Facultad y el 4,34%, durante las prácticas clínicas. Por ello, la mayoría de los estudiantes de enfermería demanda actualmente más formación sobre el empleo terapéutico del humor tanto dentro del aula (89,85%) como dentro el periodo de prácticas clínicas en los diferentes ámbitos de atención sanitaria (91,31%).

Discusión: En este estudio se ha evidenciado la necesidad de una mayor formación en las propiedades terapéuticas del humor y su utilización como elemento clave en el cuidado enfermero en los estudiantes de enfermería. Y cómo, bajo su perspectiva, esta demanda formativa no está siendo satisfecha. Esta situación de formación insuficiente puede conllevar a una cierta inseguridad en la aplicación del humor una vez los estudiantes sean profesionales de la salud, privando al paciente y a su entorno de los beneficios terapéuticos que puede brindar esta intervención enfermera, tal y como indican otros estudios realizados. Es muy probable que si se forma al alumnado sobre el uso del humor terapéutico, éstos puedan desarrollarlo tanto a nivel personal como profesional, pudiéndose favorecer de los beneficios que puede aportar el mismo. Por ello, la inclusión del humor en los planes de estudios de

enfermería, así como el fomento y desarrollo de líneas de investigación que versen sobre los diferentes aspectos del humor terapéutico, son elementos esenciales para dotar a este campo de una sólida base de conocimiento científico con el objetivo de generar mayor evidencia y conseguir mejores resultados en la práctica clínica diaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Adamle KN, Chiang-Hanisko L, Ludwick R, Zeller RA, Brown R. Comparing teaching practices about humor among nursing faculty: an international collaborative study. *Int J Nurs Educ Scholarsh*. 2007 Jan;4(1):1-16.

Carbelo B. El humor en la relación con el paciente. Una guía para los profesionales de la salud. Barcelona: Masson; 2005.

Chabeli M. Humor: a pedagogical tool to promote learning. *Curationis*. 2008 Sep;31(3):51-9.

Chauvet S, Hofmeyer A. Humor as a facilitative style in problem-based learning environments for nursing students. *Nurse Educ Today*. 2007 May;27(4):286-92.

Chiang-Hanisko L, Adamle K, Chiang LC. Cultural differences in therapeutic humor in nursing education. *J Nurs Res*. 2009 Mar;17(1):52-61.

Chiarello MA. Humor as a Teaching Tool: Use in Psychiatric Undergraduate Nursing. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2010 Aug;48(8):34-41.

Duffin C. Send in the clowns. *Nurs Manag*. 2009 Jun; 16(3):22-24.

Englert LM. Learning with laughter: Using humor in the nursing classroom. *Nurs Educ Perspect*. 2010 Feb; 31(1):48-9.

Jáuregui E, Carbelo B. El sentido del humor en las profesiones de la salud. *Enferm Clín*. 2007 Mar;17(2):53-5.

Jáuregui E, Fernández JD. Risa y aprendizaje: el papel del humor en la labor docente. *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado*. 2009 Dic; 23 (3):203-15.

Leef B, Hallas D. The Sensitivity Training Clown Workshop. Enhancing Therapeutic Communication Skills in Nursing Students. *Nurs Educ Perspect*. 2013 Jul/Aug;34(4):260-4.

Lei SA, Cohen JL, Russell KM. Humor on Learning in the College Classroom: Evaluating Benefits and Drawbacks From Instructors' Perspectives. *J Instruc Psychol*. 2010 Jan;37(4):326-31.

Leñero M. La aplicación del humor como intervención enfermera en el manejo de una enfermedad oncológica terminal: a propósito de un caso. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología)* [Internet]. 2014 [citada 5 May 2015];6(3):328-380. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/1715/1731>.

McCreaddie M, Wiggins S. The purpose and function of humour in health, health care and nursing: a narrative review. *J Adv Nurs*.

2007 Mar;61(6):584-95.

Moore K. Is laughter the best medicine? Research into the therapeutic use of humour and laughter in nursing practice. *Whitireia Nursing Journal*. 2008 Nov;15:33-7.

Mora R. La risa como tratamiento médico: una opción complementaria/alternativa en educación y atención sanitarias. *Med Clin*. 2011 Feb;136(3):111-5.

AUTORES/AUTHORS:

Graça Pimenta, José Carlos Carvalho, Júlia Martinho, José Luís Nunes Ramos

TÍTULO/TITLE:

La depresión y la satisfacción con el apoyo social en los estudiantes de enfermería

Resumen:

Este estudio forma parte del proyecto "Depresión: factores de riesgo y intervención comunitaria" que tiene como objetivo caracterizar la población con síntomas depresivos en cada uno de los contextos en estudio y definir un proyecto de intervención integral - diagnóstico, tratamiento y seguimiento en cuanto a la sintomatología depresiva.

El proyecto de investigación está organizada por los sub-estudios (Estudio 1: Potencial cognitivo en ancianos; Estudio 2: Depresión y riesgo de suicidio en jóvenes del ensino superior; Estudio 3: Cuidadores de usuarios con depresión y demencia y Estudio 4: Gestión de los síntomas depresivos en la familia).

Usamos el método mixto (estudios cuantitativos y cualitativos) para que se complementen entre sí en el cumplimiento de los objetivos previstos.

El abordaje a los participantes (mayores, estudiantes del ensino superior, cuidadores y familias) se realizará en un único acceso (contemplando un instrumento con las diferentes variables en estudio, aunque el análisis se efectúe en diferentes momentos).

Las técnicas de recolección de datos son diferenciados (cuestionarios, entrevistas, grupos focales) teniendo en cuenta el acceso preferencial y facilitador de los participantes.

Este artículo expone los resultados del segundo sub-estudio acerca de los estudiantes del ensino superior con depresión y riesgo de suicidio.

Palabras clave: Depresión; Apoyo social; Enfermería; Estudiantes.

Introducción:

Algunos autores creen que hay diferentes factores de estrés al largo de un curso universitario dependiendo del nivel en que se encuentra el estudiante. La educación en salud es emocionalmente agotadora (Radcliffe & Lester 2003). Actualmente, el énfasis se ha dado a la ayuda social como factor de moderación o incluso predictor de depresión (Steptoe et al., 2007; Sumer, et al., 2008).

Objetivos: analizar la relación entre la depresión y la satisfacción con el apoyo social de los estudiantes de enfermería.

Método: Estudio cuantitativo, transversal, descriptivo correlacional, en una escuela pública del norte de Portugal.

La muestra fue no probabilística intencional constituida por (420 estudiantes 30% de la población estudiada).

La recolección de datos se hizo "online" de noviembre a diciembre de 2013, siendo su relleno voluntario. Contestaron el Inventario de Depresión de Beck con 21 ítems que evalúan la percepción de cada uno de los síntomas de depresión y la escala de satisfacción con el soporte social, con 15 ítems de respuesta tipo Likert con 5 opciones.

Se realizó un análisis comparativo de los datos mediante la prueba t de Student comparando las diferencias entre los sexos en

cuanto a la frecuencia de depresión y la satisfacción con el soporte social, el chi-cuadrado para examinar la independencia de las variables y las correlaciones de Pearson para verificar las asociación entre variables.

Resultados: Perfil de los encuestados: 88,3% sexo femenino, 91,9% solteros, edad media de 22,4 años (desviación estándar: 4 años).

El 57,4% de los participantes afirman percibir no tener depresión. 32,4% afirman sentirse con depresión leve, 7,6% con depresión moderada y el 2,6% con depresión severa, siendo que de los participantes que afirman tener depresión (40,81% son hombres y el 59% mujeres).

Existe una correlación moderada estadísticamente significativa entre la depresión y la satisfacción con el apoyo social $r=0.659$ $p=0.000$ y la correlación entre la depresión y las diferentes sub escalas de satisfacción con el apoyo social, significativos a un nivel de ($p < 0,01$). La depresión y la satisfacción con las amistades $r=0.561$ $p=0.000$; La depresión y la intimidad $r=0.613$ $p=0.000$; La depresión y la satisfacción con la familia $r=0.502$ $p=0.000$.

Hay una débil correlación estadísticamente significativa entre la depresión y la satisfacción con las actividades sociales $r=0.298$ $p=0.000$. Una muy débil correlación negativa entre los intentos de suicidio y las sub escalas de satisfacción Amigos $r= - 0,140$ $p = 0,004$ Satisfacción con la intimidad $r= - 0,199$ $p= 0,000$, la satisfacción con la familia $r= - 0,185$ $p = 0,000$ y la satisfacción general con la escala de apoyo social $r= - 0,193$ $p= 0,000$.

Discusión: Numerosos estudios han demostrado que La depresión puede interferir significativamente con la vida diaria, las relaciones sociales y el bienestar general del adulto adolescente o joven y que los síntomas depresivos en la adolescencia se correlacionan con bajos niveles de auto - estima y la aptitud sociales (Devine et al, 1994; Fleming, 2005; Mellor et al, 2008)

Los estudiantes de salud durante su carrera académica, se confrontan con sentimientos y situaciones que causan dolor psicológico, y puede conducir a pensamientos de suicidio como una solución para poner fin a este sufrimiento psicológico (Pereira, 2013).

Implicaciones para la práctica: Este tipo de estudios facilita y permite comparaciones con otros grupos de edad. Además, refleja el estado actual de la juventud y ayuda a determinar las intervenciones de salud mental que pueden ponerse a disposición de los jóvenes adultos

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Argimon, IIL, Terroso, LB, Barbosa, AS, Lopes, RMF (2013) Intensidade de sintomas depressivos em adolescentes através da escala de depressão de Beck (BDIII) Boletim Academia Paulista de Psicologia, 33 (85), 354-372

Araya, R., Montero-Marin, J., Barroilhet, S., Fritsch, R. & Montgomery, A. (2013). Detecting depression among adolescents in Santiago, Chile: sex differences. BMC Psychiatric.13 (4), 122-128

Beck, A. T.; Steer, R. A.; Brown, G. K.(1996) Manual for Beck Depression Inventory – II.San Antonio. TX: Psychological corporation

Beck, A.T.; Steer, R.A; Grisham, J.R. (2000) Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68 (3), 371-377.

Devine, D., Kempton, T., & Forehand, R. (1994). Adolescent depressed mood and young adult functioning: A longitudinal study. Journal of Abnormal Child Psychology, 22, 629 – 640.

Fleming, M. (2005) – Entre o medo e o desejo de crescer. Psicologia da Adolescência. Porto: Edições Afrontamento.

Hefner J, Eisenberg D (2009) Social support and mental health among college students. *Am J Orthopsychiatry*, 79(4):491-9

Masten, R, Tušák, M, Zalar, B. & Zihel, S. (2009). Stress, coping and social support in three groups of university students. *Psychiatria Danubina*, 21 (1), 41–48.

Mellor, D. et al., (2008) – Need for belonging, relationship satisfaction, loneliness, and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*. 43 (3), 213- 218.

Osman, A., Barrios, F., Gutierrez, P. M., Williams, J. E. & Bailey, J. (2008). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory–II in nonclinical adolescent samples. *Journal of Clinical Psychology*, 64(1), 83-102.

Pereira, A. (2013) – Dor psicológica e ideação suicida em estudantes. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre. Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro.

Radcliffe, C & Lester, H (2003). Perceived stress during undergraduate medical training: a qualitative study. *Med Educ.*;37(1):32-8.

Sümer, S., Poyrazli, S., & Grahame, K. (2008). Predictors of depression and anxiety among international students. *Journal of Counseling and Development*, 86(4), 429-437

Stephoe A, Tsuda A, Tanaka Y, Wardle J (2007) Depressive symptoms, socio-economic background, sense of control, and cultural factors in university students from 23 countries. *Int J Behav Med* 14 (2) 97–107

AUTORES/AUTHORS:

M^a FUENSANTA HELLIN GIL, M^a PILAR FERRER BAS, GUADALUPE RUIZ MERINO, ANTONIA GARCÍA VERDÚ, ANA PATRICIA NAVARRO EGEA, MERCEDES LÓPEZ IBÁÑEZ

TÍTULO/TITLE:

ACCESIBILIDAD Y APLICABILIDAD DE LOS PROTOCOLOS DE CUIDADOS ENTRE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

OBJETIVO: Los protocolos de enfermería del Área 1 Murcia-Oeste han experimentado una evolución significativa en los últimos 5 años, iniciándose en 2009 con la actualización de la guía y de los existentes, para seguir un formato corporativo, y comenzando su difusión a través de la intranet del hospital. La guía de protocolos ha sufrido varias modificaciones posteriores, en 2011-2012, 2013 y 2014, incorporándose nuevos apartados, normativas o procedimientos al realizar o actualizar un protocolo. Desde 2010, se exponen y aprueban en la Comisión de Cuidados, y en 2012 se realizó una búsqueda de todos los existentes por unidad que necesitaban ser revisados, o reconvertidos a manual, creándose una guía corporativa de manuales, para actualizar los existentes, hacer nuevos o reconvertir los protocolos que lo precisen.

En los últimos meses, se han actualizado todos los protocolos de enfermería del H. General del H.C.U.V. Arrixaca, además de incorporar otros nuevos, contabilizándose hasta el primer semestre de 2015, un total de 50 ediciones (incluyendo la guía) y 6 manuales de procedimientos, actualizándose 21 de los 30 protocolos incluidos en la intranet (70%).

Para conocer la información que tienen los profesionales de enfermería sobre los protocolos, el alcance de su difusión mediante los métodos habituales, y su aplicabilidad en la práctica clínica, se realiza este estudio para describir la situación real de los protocolos entre los profesionales de enfermería, y continuar avanzando hacia la excelencia en los cuidados.

MÉTODO: Se diseñó un cuestionario con 2 bloques de preguntas, uno de tipo sociodemográfico, incluyendo edad, sexo, antigüedad en la unidad y en el hospital, y otro relacionado con el conocimiento, accesibilidad y aplicabilidad de los protocolos, finalizando con 2 preguntas abiertas. En cuanto a la accesibilidad, se ha distinguido entre formato electrónico y formato papel, además de diferenciar a la hora de consultarlos entre sí es el texto completo o sólo los algoritmos incluidos en cada protocolo.

Tras su validación mediante pilotaje en una muestra definida, donde no se obtuvo ninguna alegación relacionada con las preguntas que incluye o su grado de comprensión a la hora de realizar su cumplimentación, se distribuyó en todas las unidades del H. General y Materno-Infantil, en función del número de profesionales de enfermería que trabajan en ellas. En una población total de 763 profesionales (461 de unidades especiales y 302 de no especiales), con una confianza del 95% ($p=0,05$), un 90% de proporción de conocimiento de los protocolos, y un 10% de diferencia de proporciones mínima a detectar, la muestra fue de 87 profesionales de unidades especiales y 57 de no especiales, representativos de todas las unidades. Se procedió a su análisis descriptivo y estadístico, estableciendo cruces de variables entre las de carácter sociodemográfico con las relacionadas con el tema de los protocolos, utilizando la prueba de Chi-Cuadrado a través del programa SPSS versión 19.0.

RESULTADOS: En una población donde el 79,86% son mujeres, con edad media de 44 años, antigüedad en el hospital de más de 20 años y en la unidad de 5 a 10 años, el 56,25% de los encuestados no conoce los protocolos de enfermería, y el 46,53% no los aplica. El 51,38% no sabe acceder a ellos, a pesar de que el 35,41% los considera muy útiles.

El conocimiento y la accesibilidad están relacionados significativamente con la antigüedad en el hospital, siendo los profesionales de 5 a 10 años los que menos conocen y acceden a los protocolos, frente a los de 10 a 20 años, que a su vez utilizan más los algoritmos en papel. Los profesionales que puntúan más la utilidad de los protocolos son aquellos que los conocen y acceden más, los aplican habitualmente y suelen consultarlos.

Cualitativamente, los motivos por los cuales no se consulta o aplican los protocolos, serían: desconocimiento para acceder a ellos, aumento en las cargas de trabajo, y confiar más en la propia experiencia o la de los compañeros, consultando aquellos que son propios de la unidad cuando surgen dudas.

En cuanto, a las sugerencias/aportaciones de los profesionales, destacan las relacionadas con mejorar la difusión y presentación de los protocolos.

DISCUSIÓN: Con este estudio, se demuestra la relación entre el conocimiento y acceso a los protocolos con su aplicabilidad, resaltando que predominan en los profesionales con más antigüedad en el hospital.

Se ha obtenido un área de mejora en cuanto a la difusión de los protocolos, que facilite el acceso a ellos y fomente su aplicabilidad en la práctica clínica diaria, además de evidenciar la importancia de hacer monitorizaciones periódicas sobre la presencia de los protocolos en las unidades y su utilidad práctica. Nuestro hospital figura como uno de los 3 que realiza este tipo de monitorizaciones, dentro del grupo de hospitales Oligopsonio.

En cuanto a la aplicabilidad en la práctica clínica, la protocolización de actividades de enfermería mediante formato corporativo contribuye a mejorar los indicadores de cuidados, evita la variabilidad en la práctica clínica, optimiza los recursos, mejora la calidad de la asistencia sanitaria y mantiene la seguridad del paciente, siempre unida a una adecuada difusión, accesibilidad y formación de los profesionales de enfermería encargados de aplicarlos en la práctica.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Saturno, P.J. (2008). Encuesta de satisfacción, encuesta de expectativas, encuesta tipo informe. Manual del Máster en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 6: Participación del usuario en los programas de gestión de la calidad. Unidad Temática 36. Universidad de Murcia. 2ª edición.
- Saturno, P.J. (2008). Fases de construcción de una encuesta. Selección de ítems, formulación de preguntas y diseño del cuestionario. Manual del Máster en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 6: Participación del usuario en los programas de gestión de la calidad. Unidad Temática 37. Universidad de Murcia. 2ª edición.
- H.C.U.V. Arrixaca. (2014). 00.00 Guía para la realización de protocolos. [intranet]. Arrinet-Áreas-Enfermería-Guías y protocolos. Edición 05.
- Sánchez Ancha, Yolanda; González Mesa, Francisco Javier; Molina Mérida, Olga; Guil García, María. (2011). Guía para la elaboración de protocolos. Biblioteca Lascasas; 7(1).
- Subdirección General de Calidad Asistencial. (2013). Programa EMCA. Documentación del curso: "Protocolos y vías clínicas". Código 1309. 2013

AUTORES/AUTHORS:

Manuela Muñoz Sánchez, M^a José López Montesinos, Francisco Javier Fernández Montoya, Beatriz F. Ros Muñoz

TÍTULO/TITLE:

LAS RECLAMACIONES EN URGENCIAS HOSPITALARIAS COMO ELEMENTO DE PARTICIPACIÓN DEL CIUDADANO EN SU SALUD Y SEGURIDAD. EVOLU

La demanda de asistencia en los servicios de urgencias ha ido incrementándose en los últimos años, siendo el servicio de urgencias, en muchas ocasiones, el primer contacto del paciente con el hospital, si este contacto no es satisfactorio, en términos de dar respuesta a lo que los usuarios necesitan y esperan, se pueden producir reclamaciones y quejas.

Por lo general, según la bibliografía consultada los usuarios opinan que la calidad científico técnica es buena, sin embargo, no tienen la misma percepción del trato recibido. Estudiar la calidad asistencial a través de las quejas, reclamaciones y sugerencias de los usuarios de un servicio es una magnífica manera de conocer las oportunidades de mejora que han detectado nuestros usuarios. Por ello, analizamos las reclamaciones en urgencias de un hospital comarcal en zona costera, en el segundo semestre de 2012 a 2014, por ser donde puede que se den más reclamaciones.

Objetivos. Analizar la situación documental de reclamaciones y quejas como oportunidad de mejora. Determinar los motivos de queja en el servicio de urgencias hospitalarias de nuestros usuarios en el segundo semestre de 2012, 2013 y 2014. Identificar si existe variación en cuanto a motivos de queja durante estos años. Identificar las quejas y reclamaciones relacionadas con enfermería y con los demás colectivos. Identificar si existe diferencia de género.

Material y Métodos. Estudio transversal y descriptivo de las reclamaciones y queja registradas en urgencias de un hospital comarcal de la Región de Murcia durante el 2º semestre de los años 2012, 2013 y 2014. Se ha seleccionado el 2º semestre por tratarse de un hospital de zona costera, por lo que la estacionalidad puede ser importante.

Los datos se han obtenido de la base de datos corporativa SUGESAN, donde se registran todas las quejas, reclamaciones, sugerencias y agradecimientos de pacientes del Servicio Murciano de Salud, se vuelcan a Excel 2007, se han codificado las variables numéricamente y se han analizado los datos.

Resultados. 1. Las reclamaciones al servicio de urgencias fueron el 23% del total de reclamaciones del hospital en el año 2012, el 27% en 2013 y en 2014 el 18% del total. En el año 2012 hubo 109 reclamaciones en urgencias del hospital, de ellas, el 64% se produjeron en el 2º semestre. En 2013 hubo 105 reclamaciones, el 69,5% en el 2º semestre y en 2014 hubo un total de 104 reclamaciones el 71% en el 2º semestre. La tasa de reclamaciones supone un 0,0023% tanto en 2012 como en 2013 y un 0,0022% en 2014.

2. Los principales motivos de reclamación han sido en 2012, 2013 y 2014 respectivamente:

Demora en la asistencia: (67, 46,6 y 43 % respectivamente), trato (7, 23 y 20%).

Disconformidad con diagnóstico o tratamiento (13, 11 y 13%).

Planificación organización y coordinación (7, 11 y 16%).

El resto de motivos (6, 8,4 y 8%). Las reclamaciones al servicio de urgencias supusieron un 23% en 2012, un 27% en 2013 y en 2014 un 18%.

3. En la mayoría de las reclamaciones no aparece que haya personal implicado (74, 67 y 71%).

Cuando lo hay, es el personal médico (19, 26 y 27%).

Enfermería recibe pocas reclamaciones (1,4, 2,7 y 1,3 %).

4. La mayoría de las reclamaciones recibidas han sido en los meses de julio (23, 22 y 23%) y agosto (43, 37 y 38%), suponiendo más del 60% de las reclamaciones del semestre y más del 30% del total de reclamaciones del año en urgencias.

5. El porcentaje de mujeres asistidas está en el 53% mientras que las que reclaman son el 56, 65 y 58%, reclaman más las mujeres.

6. La franja de edad que presenta más reclamaciones es la comprendida entre los 18 y 65 años en los tres periodos estudiados. Discusión. En nuestro estudio reclaman más las mujeres que los hombres, lo que es variable con la bibliografía consultada, coincidiendo con el estudio realizado en Australia², pero no con el realizado en Belvitche⁵. Coincidimos con el estudio de Parra Hidalgo et al⁹ en que hay mayor satisfacción con el servicio de urgencias a mayor edad del usuario y con Llorente Álvarez et al¹⁰ que expone que siendo los pacientes mayores de 65 años los que más tiempo permanecen en urgencias, no son los que más reclaman, pero en el estudio realizado en Bélgica³ reclamaban más las personas entre 20 y 60 años. En cuanto a los motivos de reclamación coincidimos con la bibliografía consultada, si bien no en el mismo orden. Coincidimos con Roza et al¹², Quintana et al¹³, González Linares et al¹⁴ y Fernández Sola y Granero Molina¹⁵ encontraron como principal motivo de reclamación la demora, mientras que en otros países, no es éste el principal motivo de reclamación.

Las reclamaciones son una forma de participación de usuarios en la toma de decisiones que afectan a su salud y seguridad y han de ser tenidas en cuenta porque señalan los fallos que los usuarios detectan en el sistema y las oportunidades de mejora que encuentran, Mira¹⁴. Los usuarios nos están reiterando en estos años que las demoras son excesivas, el trato inadecuado y que discrepan con el diagnóstico o tratamiento, así como las carencias en cuanto a la organización, planificación y coordinación. La mayoría de las reclamaciones se producen en los meses de julio y agosto, por lo que hay que estudiar los circuitos y establecer ciclos de mejora.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.- Corbacho MS, García-Mata JR, Blecua MJ. Equipo de Mejora para la Atención al usuario. La reclamación encubierta. Identificando problemas de calidad. Rev Calidad Asistencial 2001; 16:29-34.
- 2.- Taylor DM, Wolfe R, Cameron PA. Complaints from emergency department patients largely result from treatment and communication problems. Emerg Med. 2002; 14(1):43-49.
- 3.- Ngongo BT, Carlier A, Mols P. Patient complaints in a hospital emergency department in Belgium. Revue Medicale de Liege. 2011; 66(4):199-204
- 4.- Bongale S, Young I. Why people complain after attending emergency departments. Emergency Nurse. 2013; 21 (6): 26-30.
- 5.- Ortiga B, Salazar A, Masip J, Rodríguez E, Escarrabill J, Corbella X. Reclamaciones en un servicio de urgencias: estudio de 13 años en un hospital universitario. Rev Calidad Asistencial. 2006; 21(1):25-30.
- 6.- Del Arco MT, Alonso L, Fernández G. Análisis de las reclamaciones. Oportunidad de mejora. Ciber revista IV época. 2013.
- 7.- Parra P, Bermejo RM, Más A, Hidalgo MD, Gomis R, Calle JE. Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. Gac Sanit. 2012; 26(2):159-165.
- 8.- Llorente S, Arcos PI, Alonso M. Factores que influyen en la demora del enfermo en un servicio de urgencias hospitalarias. Emergencias. 2000; 12(3): 164-171.
- 9.- Domingo A, Luaces C, Mañosa A, García JJ, Serra M, Pou J. Evaluación de las reclamaciones presentadas en un servicio de urgencias pediátricas en un hospital materno-infantil. Rev Calidad Asistencial. 2001; 16:404-8.
- 10.- Fernández P, Mora S, Araya F. Reclamaciones en el servicio de urgencias. Oportunidad de mejora. Metas de Enfermería 2014; 17(7): 60-4.
- 11.- Quintana JM, Aróstegui I, García M, Arcelay A, Ortega M, Candelas S. Encuesta de satisfacción a pacientes de servicios de urgencias de hospitales agudos. Rev Calidad Asistencial. 1998; 13: 200-7.
- 12.- González RM, Arrúe B, Pérez MJ, Sánchez E, Ansótegui JC, Letona J. La gestión de la información sobre quejas y reclamaciones en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Rev Calidad asistencial. 2003; 18(7):591-7.
- 13.- Fernández C, Granero J. Reclamaciones del usuario. Un instrumento evaluador de los cuidados enfermeros. Index de enfermería. 2004; 13(47):21-25

14.- Mira JJ. Calidad percibida. Una revolución silenciosa. Rev Calidad Asistencial. 2001; 16:162-3.

AUTORES/AUTHORS:

María López Vallecillo, Isabel Peña García, M^a Mercedes Guerra Hernández, Juan Carlos Villa Caballero, José María Jiménez Pérez

TÍTULO/TITLE:

Plan de mejora en la cumplimentación del registro de úlceras por presión a través de sesiones formativas

La prevalencia de las úlceras por presión en los hospitales españoles en 2013 se ha mantenido estable con respecto al año anterior, entre un 7-8%, siendo el 65% de las lesiones de origen nosocomial (1). En el Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV), en 2014 la prevalencia ha sido de un 6%, según el Estudio de Prevalencia de Infección Nosocomial Español (EPINE) (2). Aunque históricamente no se han considerado un problema importante para la Salud Pública, en términos económicos las UPP tratadas en el ámbito hospitalario suponen un coste total de 461 millones de euros, de los cuales el 15% es en apósitos y otros materiales, el 19% en tiempo de Enfermería y el 45% en estancia hospitalaria (3).

El cuidado y seguimiento de las Úlceras por Presión (UPP) corresponde al personal de enfermería, para ello es necesario utilizar un instrumento de monitorización que ayude a observar la evolución de las mismas. En un intento de unificar el conjunto mínimo de datos que debería contener un registro de UPP, el Grupo Nacional de Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión (GNEAUPP) ha publicado un documento de posicionamiento al respecto, en el que aconseja incluir la valoración y la intervención llevada a cabo (4).

El registro de UPP en el HCUV se hace habitualmente en la aplicación informática Gacela en su correspondiente formulario. En mayo de 2014 se realizaron 43 registros, de los que únicamente siete incluían el tamaño de la úlcera, dato imprescindible para valorar de forma objetiva el estado y evolución de la misma.

Con el objetivo de unificar criterios de valoración, tratamiento y evaluación se optó por realizar una actividad formativa para conseguir una mejora en la calidad de la cumplimentación del formulario de UPP, que permitiera medir los resultados de la intervención enfermera.

Objetivo General: Valorar la influencia de la formación en la cumplimentación del formulario de úlceras por presión. **Objetivos específicos:** analizar la variación en el registro de los datos relativos a las características y tratamiento de las úlceras, y determinar la evolución en el nivel de seguimiento de las mismas.

Material y métodos: Se realiza un estudio analítico retrospectivo con prueba previa y posterior a la formación realizada sobre la documentación de los registros de UPP en el HCUV. Se han incluido los registros realizados en el aplicativo Gacela de aquellos pacientes ingresados más de 48 horas, excluyendo las úlceras venosas, arteriales y las de presión de estadio I. La muestra preintervención la componen 65 registros realizados entre el 1 de abril y el 30 de junio de 2014, y la postintervención 57, cumplimentados del 1 de enero al 31 de marzo de 2015. La intervención consistió en una sesión formativa teórico-práctica, de treinta minutos de duración, llevada a cabo dentro de la jornada laboral, entre el 15 de septiembre y el 10 de octubre de 2014. En la misma se analizó el contenido del registro de UPP y se unificaron criterios para establecer los datos mínimos de cumplimentación y seguimiento del mismo. Las variables de estudio han sido: tipo de úlcera, localización, estadio, longitud, diámetro, piel perilesional, tipo de cura, productos utilizados y frecuencia de la cura, además del número de actualizaciones del registro en función de los días de ingreso. Los parámetros estadísticos utilizados para la comparación entre grupos han sido el test de Chi-cuadrado de Pearson para variables cualitativas y la Prueba T de Student o la de Kruskal-Wallis para variables cuantitativas, a través del programa estadístico SPSS versión 20.0 para Windows, considerándose estadísticamente significativos los valores de $p < 0.05$.

Resultados: La cumplimentación del diámetro de la UPP pasó de un 23% a un 40%, la longitud de un 11% a un 38%, el registro del estado de la piel perilesional de un 57% a un 79%. También hubo variación entre el número de actualizaciones del formulario antes y después de la actividad formativa, siendo en todos los casos, las diferencias estadísticamente significativas.

Discusión: La actividad formativa ha mejorado la cumplimentación del registro de UPP de forma significativa. Aún así, cabe señalar que sobre las variables estudiadas los niveles de cumplimentación son bajos, por lo que sería necesario analizar si la actividad formativa debería acompañarse de otro tipo de intervenciones o repetirse periódicamente para lograr mejores resultados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Torra-Bou JE, Verdú-Soriano J, Soldevilla-Agreda JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4º Estudio Nacional de Prevalencia. Gerokomos 2014; 25(4):162-170.
- 2- Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene y ECDC. Estudio EPINE-EPPS 2014, Informe Global de España 1. Disponible en: <http://hws.vhebron.net/epine/>
- 3- Soldevilla-Agreda JJ, Torra- Bou JE, Posnett J, Verdú-Soriano J, San Miguel L, Mayan-Santos JM. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. Gerokomos 2007; 18(4):43-52.
- 4- Ibars-Moncasi P, San Sebastián-Dominguez JA, Soldevilla-Agreda JJ. Conjunto Mínimo Básico de Datos en registros de Úlceras por Presión (CMBD_UPP). Serie documentos de Posicionamiento GNEAUPP nº 11. Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas. Logroño 2012.

POSTER 4

AUTORES/AUTHORS:

IRENE JIMÉNEZ RAMOS, MARÍA SOLER MARTÍN

TÍTULO/TITLE:

“Escuela para profesores”: Intervención educativa.

OBJETIVO

Educar a los profesores para que adquieran las competencias que les permitan proporcionar una primera atención a los escolares que presenten un problema de salud agudo o crónico.

MÉTODO

Uno de los ejes competenciales de la enfermera es la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. La escuela es seguramente el lugar más idóneo para llevar a cabo intervenciones educativas, ya que integra a toda la población infantil y juvenil en la etapa de educación obligatoria, facilitando la incorporación de conductas orientadas a la salud. Sin embargo, la enfermería escolar es una de las asignaturas pendientes del sistema educativo español, a pesar de que la discusión sobre la necesidad de la misma no es novedosa.

Con el inicio del siglo XXI, esta figura se ha ido consolidando en Estados Unidos y Europa (1-6), aunque en España se encuentra todavía escasamente desarrollada y limitada a centros educativos especiales, a lo que también ha contribuido la escasa concreción del marco legislativo español que ha favorecido una interpretación desigual de la enfermera escolar en cada comunidad autónoma (7-10). La ausencia de la enfermera escolar en la mayoría de los colegios está cubierta parcialmente por la enfermera comunitaria (1, 3). Teniendo en cuenta que la enfermera de atención primaria no desempeña una labor a tiempo completo en los centros escolares, se propone un proyecto de intervención educativa dirigido a profesores de educación infantil y primaria, con la finalidad de que adquieran las competencias necesarias para llevar a cabo una primera atención ante los problemas de salud más prevalentes en los escolares de los que son responsables.

Previamente al desarrollo de la intervención educativa, se ha realizado un análisis de la situación de la comunidad escolar, detectando los problemas de salud más frecuentes.

Entre los problemas de salud agudos, se destaca que suelen ser a consecuencia de accidentes y en España constituyen la primera causa de mortalidad infantil. Un 20% de los mismos ocurren en el ámbito escolar (11). Además, sólo un 23,13% de los docentes se consideran capacitados para dar una respuesta básica ante situaciones de urgencia (12).

Los problemas de salud crónicos son padecidos por un 15% de los escolares (13).

Los profesores sienten inseguridad, ansiedad y miedo en el trato con estos niños debido a la falta de instrucciones frente a cualquier problema que pueda derivarse de estas enfermedades (13).

El sistema de captación consistirá en una reunión con el director del centro escolar para dar a conocer el proyecto. Igualmente, se solicitará permiso para colocar unos carteles informativos. Previamente a la intervención educativa, se organizará una sesión para presentar formalmente el proyecto.

La intervención educativa constará de 8 sesiones de una duración de 90 minutos y la periodicidad será semanal durante los meses de octubre y noviembre del curso académico 2015-16.

Para la evaluación de la intervención se emplearán técnicas cuantitativas y cualitativas. Como técnica cuantitativa se empleará de forma principal el cuestionario. En cuanto a las técnicas cualitativas, se utilizará el guión del observador y se tendrá en cuenta la opinión de los participantes.

DISCUSIÓN

Como consideraciones finales, se puede decir que es un proyecto factible que se podría llevar a cabo en colegios públicos y privados. Si bien, inicialmente se realizaría una prueba piloto con la finalidad de detectar puntos críticos que permitan realizar los ajustes pertinentes. Los contenidos del programa se han planteado teniendo en cuenta la prevalencia de los problemas de salud más frecuentes en los niños a nivel nacional.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Arancón Carnicero C. Enfermera escolar <<dextra>> enfermera comunitaria. Rev ROL Enferm. 2010; 33(1): 28-29.

2. American Federation of Teachers (AFT). Every child needs a school nurse [Internet]. Washington DC: American Federation of Teachers; 2008 [consultado 7 ene 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/1Fcpllr>
3. Martínez Riera JR. Intervención comunitaria en la escuela: estado de la cuestión. Rev ROL Enferm. 2011; 34(1): 42-49.
4. Ministère de l'Éducation nationale. Les métiers de l'éducation nationale: Infirmier de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur [Internet]. Francia: Ministère de l'Éducation nationale; 2012 [actualizado 7 dic 2014; consultado 8 ene 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/1xRjXsd>
5. Main M. Enfermería escolar en Escocia. En: I Congreso Nacional de Enfermería y Salud Escolar. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA); 2007. p. 35-36.
6. Melin T. La enfermera y el médico escolar: una parte del trabajo de salud pública en Suecia. Adolesc Latinoam. 2000; 2(1): 23-25.
7. López Langa N. Abordaje de problemas sociosanitarios en el ámbito educativo: Enfermería Escolar. En: XXI Congreso Español de Pediatría Social. Madrid: Sociedad Española de Pediatría Social; 2013. p. 42-50.
8. Juárez Granados F, Martínez Riera JR. Educación para la salud en el ámbito escolar. En: Martínez Riera JR, Del Pino Casado R. Enfermería en Atención Primaria. Vol. 2. 1ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería S.L.; 2006. p. 572-616.
9. Palacios Sánchez J, coordinador. Tradición e innovación en la atención a la discapacidad. Historia del CPEE María Soriano. Madrid: Fundación ONCE; 2008.
10. López Langa N. Análisis de la Enfermería en el ámbito educativo en la Comunidad de Madrid. Metas Enferm. 2010; 13(4): 51-61.
11. Cuesta del Amo M, García Dueñas P, Martín Muñoz V. Urgencias y motivos de consulta más frecuentes en Enfermería Escolar. Metas Enferm. 2012; 15(10): 73-77.
12. Hernández Rodríguez JE, Castro Sánchez JJ. ¿Están los profesores de los centros escolares de la provincia de Las Palmas preparados ante situaciones de emergencia? Metas Enferm. 2013; 16(7): 70-75.
13. Díez Fernández T, Gómez Carrasco JA, Gómez González JL. Problemas crónicos de salud en el ámbito escolar: percepción de los profesores. Rev ROL Enf. 2011; 34 (1): 32-39.

POSTER 5**AUTORES/AUTHORS:**

María del Carmen Rodríguez García, María Teresa Belmonte García

TÍTULO/TITLE:

Los beneficios del Modelo de Hospital Magnético en el ámbito asistencial de los cuidados.

Los Hospitales Magnéticos representan un modelo de acreditación de la calidad de los cuidados de Enfermería. Su origen se sitúa en el sistema de salud americano en la década de los 80 del siglo pasado, constituyendo un cambio en la organización de recursos enfermeros tanto humanos como materiales. Nuestra investigación tiene como principal finalidad destacar los beneficios que este modelo aporta en la práctica enfermera cotidiana.

1. Objetivos:

- Mostrar la evidencia sobre los beneficios generados en el ambiente de práctica enfermera al implantar los principios y valores del modelo de Hospital Magnético.
- Difundir los resultados obtenidos para minimizar el desconocimiento del colectivo enfermero ante el modelo de Hospital Magnético.
- Promover la creación de ambientes de práctica enfermera saludables y beneficiosos.

2. Métodos: La metodología se basa en el desarrollo de una revisión bibliográfica cualitativa, diseñada a partir de una detallada recogida de información manual y automatizada sobre el tema a estudiar en el periodo de tiempo comprendido desde septiembre del año 2014 hasta Febrero de 2015.

Se consultaron las bases de datos de Cinahl Complete, Proquest Nursing and allied health source, Dialnet Plus, Biblioteca Cochrane Plus, Pubmed, Medline Plus, IME y Scielo en las que al aplicar tanto en inglés como en español los descriptores de búsqueda Magnet hospital, Magnet recognition y Work environment seleccionamos 57 resultados. Asimismo, tras realizar una segunda búsqueda mediante la estrategia de bibliografía cruzada, se alcanzaron un total de 86 resultados.

Tras elaborar los criterios de inclusión y exclusión del estudio se escogieron aquellos artículos publicados en inglés o español cuya fecha de publicación no superase los 6 años ni el intervalo de tiempo limitado entre 2009 y 2015, todos pertenecientes a revistas científicas y dotados de calidad metodológica en sus referencias, ordenados por orden de relevancia y calidad según los criterios enunciados en la declaración PRISMA. A continuación, se realizó una lectura general previa y la evaluación crítica de los artículos para determinar su validez en la revisión y eliminar duplicados.

3. Resultados: El total de artículos seleccionados para esta investigación tratan tan solo los resultados inherentes al Modelo de Hospital Magnético, señalando el alcance de los mismos a nivel profesional, institucional y en pacientes, concretamente en la satisfacción y productividad enfermera, así como en la seguridad y satisfacción de los pacientes. De todos los artículos que respondían a los criterios de inclusión, tan solo se incluyeron 14 en las referencias bibliográficas por motivos de limitación del número de caracteres para esta publicación.

La evidencia científica atribuye multitud de beneficios al Modelo de Administración y Gestión de recursos en Enfermería de Hospital Magnético, el cual produce un ahorro significativo de costes a largo plazo garantizando en todo momento una máxima calidad de la atención.

Resultados en pacientes: hemos encontrados descritas menores tasas de morbi- mortalidad, menor incidencia de caídas y quejas de pacientes y familiares, mayor satisfacción percibida y mejor percepción de la asistencia en pacientes y familiares, menor sufrimiento en pacientes y familiares, mayor calidad de vida, bajos índices de úlceras por presión y eventos adversos, menor estancia hospitalaria y costos más bajos.

Resultados en profesionales: La evidencia destaca mayor retención y menor rotación enfermera, mayor participación y compromiso enfermero, mayor satisfacción profesional y mejor percepción de la atención prestada, mayor deseo de conservar su puesto de

trabajo y menor Burnout, trabajo con un equipo multidisciplinar competente, mayor productividad y rendimiento, mayor tiempo a pie de cama junto al paciente que contribuye a una recuperación más rápida.

Resultados institucionales: Se resaltan en las investigaciones un mayor compromiso organizacional que se asocia a mejores resultados enfermeros, mayor seguridad, menor índice de exposición a sangre y otros fluidos corporales, menos incidentes por pinchazos, infecciones nosocomiales y úlceras por presión, menos costes, estancias más cortas, mayor rendimiento financiero y ahorro a largo plazo.

4. Discusión e implicaciones para la práctica clínica: En base a los resultados del estudio realizado, los Hospitales Magnéticos logran una mejora en las desfavorables condiciones de trabajo que rodean a los profesionales de Enfermería en la actualidad, debido a la compleja realidad socioeconómica que atraviesa el país. Es importante contribuir desde un enfoque teórico a la creación de un entorno laboral más seguro y productivo que no sólo minimice los costes asociados a estancias hospitalarias y complicaciones, sino que logre promover el desarrollo de profesionales altamente competentes, capaces de dar respuesta a las demandas de la población bajo los criterios de calidad propios del Magnetismo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Byrne, M., Schroeter, K. y Mower, J. (2010). Perioperative specialty certification: The CNOR as evidence for magnet excellence. *AORN Journal*, 91(5),618-621. doi: 10.1016/j.aorn.2009.12.027
- Desmedt, M., De Geest, S., Schubert, M., Schwendimann, R. y Ausserhofer, D. (2012). A multi-method study on the quality of the nurse work environment in acute-care hospitals: Positioning switzerland in the magnet hospital research. *Swiss Med Wkly.*, 142,1-12. doi:10.4414/smw.2012.13733
- Drenkard, K. (2010). Going for the gold: The value of attaining magnet recognition. *American Nurse Today*, 5(3),50-52
- Jurkovich, P., Karpiuk, K. y King, C. A. (2010). Magnet recognition: Examples of perioperative excellence. *AORN Journal*, 91(2),292-299
- Kalisch, B. J. y Lee, K. H. (2012). Missed nursing care: Magnet versus non-magnet hospitals. *Nurs Outlook*, 60(5),E32-E39. doi:10.1016/j.outlook.2012.04.006
- Kelly, L. A., McHugh, M. D., y Aiken, L. H. (2011). Nurse outcomes in magnet® and non-magnet hospitals. *J Nurs Adm*, 41(10),428-433. doi:10.1097/NNA.0b013e31822eddbbc
- Klaus, S. F., Ekerdt, D. J. y Gajewski, B. (2012). Job satisfaction in birth cohorts of nurses. *Journal of Nursing Management*, 20,461-471. doi:10.1111/J.1365-2834.2011.01283.x
- Kramer, M., Maguire, P. y Brewer, B. B. (2011). Clinical nurses in magnet hospitals confirm productive, healthy unit work environments. *Journal of Nursing Management*, 19,5-17. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01211.x
- McHugh, M. D., Kelly, L. A., Smith, H. L., Wu, E. S., Vanak, J. M. y Aiken, L. H. (2013). Lower mortality in magnet hospitals. *Med Care.*, 51(5),382-388. doi:10.1097/MLR.0b013e3182726cc5
- Mills, A. C. y Gillespie, K. N. (2013). Effect of magnet hospital recognition on 2 patient outcomes. *J Nurs Care Qual.*, 28(1),17-23. doi:10.1097/NCQ.0b13e318268a710
- Smith, S. A. (2014). Magnet hospitals: Higher rates of patient satisfaction. *Policy, Politics y Nursing Practice*, 15(1-2),30-41. doi:10.1177/1527154414538102
- Spence Laschinger, H. K. y Fida, R. (2014). New nurses burnout and workplace wellbeing: The influence of authentic leadership and psychological capital. 1,19-28. doi:10.1016/j.burn.2014.03.002
- Steinbinder, A. (2009). Bumps on the road to magnet designation: Achieving organizational excellence. *Nurs Admin Q*, 33(2),99-104
- Witkoski, A., Rosen, J. E., y McHugh, M. D. (2014). Understanding the role of the professional practice environment on quality of care

in magnet and non-magnet hospitals. J Nurs Adm. 44(1),10-16. doi:10.1097/NNA.000000000000015

POSTER 6**AUTORES/AUTHORS:**

Enya Zancajo

TÍTULO/TITLE:

RELACIÓN DE LOS XENOESTRÓGENOS Y LA APARICIÓN DEL CÁNCER DE MAMA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1. OBJETIVOS: encontrar evidencias científicas sobre la relación entre la exposición a los xenoestrógenos ambientales y el desarrollo de cáncer de mama en mujeres, en concreto de cáncer de mama hormonodependiente o con receptores hormonales positivos. Además, estudiar si esta exposición tiene efectos distintos dependiendo del momento de exposición (prenatal, perinatal) y el tiempo de exposición, así como descubrir si existe un patrón dosis-respuesta detectable.

2. MÉTODO:

Área de la revisión: cáncer

Ámbito de estudio: atención primaria/comunitaria.

Diseño: revisión de la evidencia científica disponible de los últimos quince años en las bases de datos Pubmed, JBI, ScienceDirect, Willey Online Library, EBSCO, Web of Knowledge, CUIDEN, Enfispo, Cuidatge, IME, Medes, Cinahl, Biblioteca Cochrane Plus y Guía Salud. Descriptores empleados: "endocrine disruptors", "breast neoplasm", "breast cancer", "xenoestrogens", "estradiol congeners", "environmental estrogens", "xenobiotics", "environmental exposure", "estrogen receptor", "cosmetics", "phthalic acids", "organochlorine pesticides", "polychlorinated biphenyls" en las bases de datos inglesas; y "xenoestrógenos", "disruptores endocrinos" y "neoplasias de la mama" en las bases de habla hispana.

Estudios: fueron criterios de selección la antigüedad igual o menor de quince años, texto completo disponible, población humanos y mujeres, escritos en idioma inglés o castellano. Los estudios de casos/controles y ensayos clínicos fueron evaluados mediante la herramienta CASPe.

Se excluyeron artículos de mayor antigüedad de quince años y que no contaban con texto completo disponible, así como aquellos estudios en los que se detectaron fallos de diseño.

En total se incluyeron 51 artículos, de los cuales 18 son revisiones de ensayos in vivo/in vitro y estudios de casos/controles, así como ecológicos; 15 ensayos in vivo/in vitro, 17 estudios de casos/controles y 1 estudio ecológico.

Variables: presencia de cáncer de mama, cáncer de mama con receptores de estrógeno positivos, cáncer de mama con receptores de estrógenos negativos, grado de exposición a xenoestrógenos, edad de exposición.

Análisis de datos mediante desarrollo narrativo.

Para la síntesis de resultados solo se tuvieron en cuenta aquellos compuestos recogidos en la Lista de Disruptores Endocrinos de la Comisión Europea (2014) y que pertenecieran a la Categoría 1 o 2 (evidencia de disrupción de la actividad endocrina en al menos una especie de animales intactos, y al menos alguna evidencia in vitro de actividad biológica relacionada con la disrupción endocrina, respectivamente). Además, se tuvo en cuenta, según esta clasificación, las sustancias a las que realmente se prevé que la población humana y la fauna se encuentren expuestas ("high concern") y se excluyeron aquellas de "medium concern" y "low concern" (a las que no se prevé que los humanos se encuentren expuestos, pero sí posiblemente la fauna, y a las que ni humanos ni fauna están expuestos, respectivamente). De esta forma se limitó la revisión a aquellos datos referidos a una lista de 60 xenoestrógenos.

3. RESULTADOS: tras la revisión se ha encontrado evidencia significativa de una relación positiva entre los compuestos organoclorados, ftalatos, bisfenol A, nonilfenol, PAHs y estireno, PFAs y parabenos y el desarrollo de cáncer de mama, individualmente y de forma combinada.

4. DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN:

La investigación sugiere que la exposición ambiental a una compleja mezcla de sustancias estrogénicas, en combinación con las predisposiciones individuales, edad de la exposición y duración de la misma puede tener un efecto acumulativo y repercutir en la salud de las mujeres aumentando el riesgo de cáncer de mama, especialmente de cáncer de mama con receptores de estrógenos positivos. Aparentemente, estos xenoestrógenos muestran una actividad claramente estrogénica en la mayoría de los estudios de laboratorio, sin embargo estos efectos no se reflejan en algunas investigaciones observacionales y ecológicas, aunque la evidencia más reciente apunta cada vez más hacia la existencia de una asociación positiva. La variabilidad de resultados podría deberse al limitado conocimiento actual que tenemos sobre la manera en la que los disruptores endocrinos ejercen su acción combinada en el ser humano, de las posibles interacciones entre los numerosos xenoestrógenos conocidos y entre ellos y el resto de factores de riesgo para el cáncer de mama, así como su relación con las predisposiciones individuales y el nivel de exposición real de la población. Es preciso profundizar en estos aspectos, considerando la exposición ambiental estrogénica como un todo con unos efectos netos, resultado de las múltiples interacciones entre los elementos que la componen; así como ampliar la investigación presente sobre las rutas de actuación a nivel bioquímico de este tipo de sustancias.

El mayor conocimiento de los factores de riesgo para el cáncer de mama tendrá importantes repercusiones para la práctica clínica, de forma que guiará de manera más específica las estrategias de prevención primaria y secundaria de los equipos asistenciales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.IARC. Breast Cancer Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 [base de datos online] GLOBOCAN 2012: Word Health Organization. [actualizado en 2015; citado 18 Mar 2015]. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
- 2.Valls Llobet C. Tóxicos y disruptores endocrinos en medio ambiente y salud de las mujeres. En: Red-CAPS. XII Seminario de autoformación. 2010 oct; Barcelona, España.
- 3.Dey S, Soliman AS, Merajver SD. Xenoestrogens may be the cause of high and increasing rates of hormone receptor positive breast cancer in the world. *Med Hypotheses*. 2009 Jun;72(6):652-6 PubMed PMID:19155145
4. Albin A, Rosano C, Angelini G, Amaro A, Esposito AI, Maramotti S, et al. Exogenous hormonal regulation in breast cancer cells by phytoestrogens and endocrine disruptors. *Curr Med Chem*. 2014;21(9):1129-45 PubMed PMID:24304271
- 5.Arrebola JP, Fernández MF, Molia-Molina JM, Freire C, Fernández M, Amaya E, et al. Exposición humana a compuestos con actividad disruptora endocrina en la población española. *Ars Pharm*. 2010;51(3):811-822
- 6.Paumgarten FJR. Adverse Health Consequences of Environmental Exposure to 'Endocrine Disruptors'. *ARBS Annu Rev Biomed Sci* 2003;5:45-55
- 7.Olea N, Fernández Cabrera MF. Xenoestrógenos y cáncer de mama. En: Díaz-Faes, J. y Ruibal, A. (eds.) *Cáncer de mama: avances en diagnóstico, tratamiento e investigación*. León: Fundación de Estudios Mastológicos, 2006;22:319-32
- 8.Ibarluzea JM, Fernández MF, Santa-Marina L, Olea-Serrano MF, Rivas AM, Aurekoetxea JJ, et al. Breast cancer risk and the combined effect of environmental estrogens. *Cancer Causes Control*, 2004 Aug;15(6):591-600 PubMed PMID:15280638
- 9.Ghisari M, Eiberg H, Long M, Bonefeld-Jørgensen EC. Polymorphisms in phase I and phase II genes and breast cancer risk and relations to persistent organic pollutant exposure: a case-control study in Inuit women. *Environ Health*. 2014 Mar 16;13(1):19 PubMed PMID:24629213
- 10.Kang HJ, Hong YB, Yi YW, Cho CH, Wang A, Bae I. Correlations between BRCA1 defect and environmental factors in the risk of breast cancer. *J Toxicol Sci*. 2013;38(3):355-61

11. Brody JG, Moysich KB, Humblet O, Attfield KR, Beehler GP, Rudel RA. Environmental Pollutants and Breast Cancer. *Epidemiologic Studies*. Wiley InterScience. 2007 May 14;2667-2711

12. Dewailly E, Dodin S, Verreault R, Ayotte P, Sauvé L, Morin J et al. High organochlorine body burden in women with estrogen receptor-positive breast cancer. *J Natl Cancer Inst*. 1994 Feb 2;86(3):232-4

POSTER 7**AUTORES/AUTHORS:**

CLARA JIMÉNEZ DELGADO

TÍTULO/TITLE:

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN: CIRUGÍA BARIÁTRICA COMO FACTOR PROTECTOR DEL CÁNCER DE ÚTERO

JUSTIFICACIÓN

Además de existir escasos estudios epidemiológicos que estudien la asociación entre la cirugía bariátrica y el cáncer de útero, los estudios realizados hasta el momento poseen limitaciones que el presente estudio intenta subsanar, como por ejemplo, el no contemplar la histología del tumor, el no incluir a población española, o no tener en cuenta los factores de riesgo del cáncer de útero. Todos estos aspectos anteriormente mencionados se contemplarán en el presente estudio.

La cirugía bariátrica como factor protector del cáncer de útero es un tema de gran interés, pues tanto la obesidad como el cáncer son graves problemas de salud en la población actual, por lo que es necesario estudiar esta asociación. La evidencia hasta ahora no es concluyente y se necesitan estudios adicionales, por ello se plantea llevar a cabo este estudio de cohortes prospectivas, para poder evaluar la asociación entre la cirugía bariátrica y el cáncer de útero en las mujeres de España.

Este protocolo de investigación forma parte de mi TFG.

OBJETIVOS

Principal: Evaluar el efecto de la cirugía bariátrica en la disminución de la aparición de cáncer de útero en mujeres obesas (IMC \geq 35 kg/m²) de Castilla y León. Específicos: Evaluar el efecto de la cirugía bariátrica en la disminución de la aparición de cáncer de útero en mujeres obesas (IMC \geq 35 kg/m²) de Castilla y León teniendo en cuenta el tipo histológico y los factores de riesgo de cáncer de útero.

MÉTODO:

- Diseño: Estudio de cohortes dinámicas prospectivas de carácter longitudinal multicéntrico. Periodo de seguimiento: 15 años.
- Ámbito De Estudio: Áreas de salud de Castilla y León.
- Sujetos De Estudio: 4068 mujeres diagnosticadas de obesidad de 18 o más años de edad, sin antecedentes de cualquier tipo de cáncer, que residan y sean atendidas en el ámbito de estudio y que deseen participar. Muestreo aleatorio estratificado por edad. Cohorte expuesta: 2034 mujeres diagnosticadas de obesidad sometidas a cirugía bariátrica. Cohorte no expuesta: 2034 mujeres obesas que no sean sometidas a cirugía bariátrica. Proporción cohorte expuesta-no expuesta: 1:1.
- Variables: Dependiente: cáncer de útero. Independiente: cirugía bariátrica. Covariables: sociodemográficas, relacionadas con estilos de vida y con el cáncer de útero.
- Fases De Estudio: 1.- Reclutamiento de investigadores colaboradores. 2.- Preparación del estudio. 3.- Prueba piloto. 4.- Selección de los sujetos de estudio y creación de los grupos de estudio. 5.- Reclutamiento de la población de estudio y valoración inicial. 6.- Seguimiento de ambas cohortes de estudio. 7.- Análisis de los datos y difusión de los resultados.
- Plan De Análisis: Los datos serán analizados de acuerdo con la herramienta del Strobe Cohort Studies. Se realizará análisis de la comparabilidad basal de los grupos, estadística univariante, bivariante y multivariante (regresión logística).
- Aparataje: Báscula digital de suelo seca 813 especial obesos 200kg/100g. Estadímetro s213. Cuestionario de adherencia a dieta

mediterránea de la Junta de Andalucía. Cuestionario IPAQ.

- Aspectos Éticos: Se respetarán las normas de Buena Práctica Clínica vigentes.

PLAN DE TRABAJO

-FASE 1: Actividad 1 (A1) Difusión del proyecto por todos los EAP del ámbito de estudio. A2: Solicitud de la firma del documento de compromiso de participación a los profesionales que deseen colaborar.

-FASE 2: A3: Formación de los profesionales que participarán en el estudio. A4: Preparación del material necesario. A5: Presentación del protocolo en el CEIC de las Áreas de Salud participantes.

-FASE 3: A6: Selección de la muestra para la prueba piloto. A7: Contacto con los individuos seleccionados. A8: Análisis de la experiencia y elaborar la versión definitiva del protocolo de investigación.

-FASE 4: A9: Petición a la Gerencia de Atención Primaria de cada Área de Salud de la relación de pacientes que cumplan la definición de cada cohorte de estudio. A10: Selección de los sujetos de estudio mediante muestreo aleatorio estratificado por edad. A11: Creación de las cohortes de estudio. A12: Comprobación de los criterios de inclusión y exclusión de las participantes. A13: Citación de las mujeres que accedan a participar.

-FASE 5: A14: Entrega en el primer contacto con el paciente la hoja de información del estudio. A15: Solicitud de la firma del Consentimiento Informado. A16: Valoración inicial de todas las variables del estudio. A17: Consulta de la Historia Clínica Electrónica. A18: Derivación de las mujeres al servicio de ginecología para descartar la enfermedad de estudio.

-FASE 6: A19: Envío de cartas al domicilio recordando la visita anual. A20: Evaluación anual en todos los sujetos de estudio la variable dependiente y covariables. A21: Llamadas telefónicas a las mujeres que no acudan a la visita anual para volver a establecer una cita para la visita anual. A22: Reuniones anuales entre los miembros del EI.

-FASE 7: A23: Análisis de los datos recogidos mediante el programa SPSS. A24: Realización del informe final. A25: Difusión de los resultados obtenidos en los diferentes escenarios de impacto clínico.

PALABRAS CLAVE: bariatric surgery, uterine cancer, endometrial cancer, obesity.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1 Sobre peso y obesidad [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [citado el 2 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

2 Obesidad y cáncer [Internet]. Rockville: Instituto Nacional Del Cáncer De Los Institutos Nacionales De Salud de los EEUU [citado el 3 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/obesity>

- 3 Henretta MS, Copeland AR, Kelley SL, Hallowell PT, Modesitt SC. Perceptions of obesity and cancer risk in female bariatric surgery candidates: highlighting the need for physician action for unsuspectingly obese and high risk patients. *Gynecol Oncol*. 2014 Apr; 133(1):73-7. doi: 10.1016/j.ygyno.2014.01.016. PubMed PMID: 24680594.
- 4 Factores de riesgo de cáncer de útero [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention (CDC) [citado el 2 de abril, de 2015] Disponible en: http://www.cdc.gov/cancer/uterine/basic_info/risk_factors.html
- 5 Mueck AO, Seeger H, Rabe T. Hormonal contraception and risk of endometrial cancer: a systematic review. *Endocr Relat Cancer*. 2010 Sep 23; 17(4):R263-71. doi: 10.1677/ERC-10-0076. Print 2010 Dec. PubMed PMID: 20870686
- 6 Emons G, Fleckenstein G, Hinney B, Huschmand A, Heyl W. Hormonal interactions in endometrial cancer. *Endocr Relat Cancer*. 2000 Dec; 7(4):227-42. PubMed PMID: 11174845
- 7 Arem H, Irwin ML. Obesity and endometrial cancer survival: a systematic review. *Int J Obes (Lond)*. 2013 May; 37(5):634-9. doi: 10.1038/ijo.2012.94. Epub 2012 Jun 19. Review. PubMed PMID: 22710929; PubMed Central PMCID: PMC3774112.
- 8 Argenta PA, Kassing M, Truskinovsky AM, Svendsen CA. Bariatric surgery and endometrial pathology in asymptomatic morbidly obese women: a prospective, pilot study. *BJOG*. 2013 Jun; 120(7):795-800. doi: 10.1111/1471-0528.12100. Epub 2012 Dec 12. PubMed PMID: 23231632.
- 9 Argenta P, Svendsen C, Elishaev E, Gloyeske N, Geller MA, Edwards RP, et al. Hormone receptor expression patterns in the endometrium of asymptomatic morbidly obese women before and after bariatric surgery. *Gynecol Oncol*. 2014 Apr; 133(1):78-82. doi: 10.1016/j.ygyno.2013.12.005. PubMed PMID: 24680595.
- 10 Ward KK, Roncancio AM, Shah NR, Davis MA, Saenz CC, McHale MT et al. Bariatric surgery decreases the risk of uterine malignancy. *Gynecol Oncol*. 2014 Apr; 133(1):63-6. doi: 10.1016/j.ygyno.2013.11.012. PubMed PMID: 24680593.

POSTER 8**AUTORES/AUTHORS:**

Lara Hernandez Porras

TÍTULO/TITLE:

Protocolo de investigación: Asociación entre el elevado consumo de té y el riesgo de cáncer de esófago.

OBJETIVOS:

Principal: Evaluar la asociación entre el elevado consumo de té y el cáncer de esófago.

Específicos: Estudiar la asociación que existe entre el elevado consumo de té y el menor riesgo de desarrollar cáncer de esófago teniendo en cuenta el sexo, el consumo de tabaco y la temperatura de la bebida.

Este protocolo de investigación forma parte de mi trabajo de fin de grado.

METODO:

Diseño: Estudio de cohortes dinámicas prospectivas de carácter longitudinal multicéntrico. Periodo de seguimiento: 15 años.

Ámbito de estudio: Áreas de Salud de la comunidad de Castilla y León, que dan cobertura sanitaria a una población del entorno urbano, semirural y rural.

Población de estudio: Sujetos pertenecientes al ámbito de estudio, con una edad ≥ 18 años, sin antecedentes personales de cualquier tipo de cáncer y que se encuentren libres de cualquier tipo de cáncer en el momento del reclutamiento y deseen participar en el estudio.

Cohorte expuesta: 2980 sujetos con un elevado consumo de té diario (2 o más tazas/día). Cohorte no expuesta: 2980 sujetos sin un elevado consumo de té diario (menos de 2 tazas/día). Fuente de información: cuestionario de frecuencia alimentaria (adaptación del CFA 93). Proporción cohorte expuesta-no expuesta: 1:1. Muestreo aleatorio simple.

Tamaño muestral: aceptando un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.2 en un contraste unilateral, se precisan 2980 sujetos en el grupo de expuestos y 2980 en el de no expuestos, para detectar un riesgo relativo mínimo de 0.91 y si la tasa de enfermos en el grupo de no expuestos es del 0.37716 10. Se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 15%. Se ha utilizado la aproximación de POISSON. Programa Granmo 7.12.

VARIABLES:

Dependiente: cáncer de esófago.

Independiente: consumo de té.

CovARIABLES:

Sociodemográficas: nivel de estudios finalizados, sexo, fecha de nacimiento.

Relacionadas con hábitos higiénico-dietéticos: hábito tabáquico, consumo de alcohol, patrón de consumo de fruta, patrón de consumo de verdura y legumbres, patrón de consumo de carne y pescado y actividad física.

Relacionadas con tumores de esófago: tipo de tumor de esófago, antecedentes de cáncer en familiares de primer grado, infección por *Helicobacter Pylori*, reflujo gastroesofágico y enfermedad de Barrett.

Relacionadas con consumo de té: temperatura del té consumido y tipo de té consumido.

Otras: índice de masa corporal.

Aparataje: Termómetro Lantelme-té digital para la medición de la temperatura del té consumido.

Cuestionario de frecuencia alimentaria (adaptación del CFA 93), instrumento validado para valorar el consumo de carnes, pescados, verduras, legumbres, frutas y té.

Versión española del General Practice Physical Questionnaire (GPPAQ), instrumento utilizado para valorar la práctica de actividad física realizada.

Desarrollo:

- Fase 1: Difusión del proyecto, formación de los miembros del equipo de investigación y preparación del material necesario.
- Fase 2: Selección de la muestra, contacto con los 10 individuos seleccionados, análisis de la experiencia y corrección de errores.
- Fase 3: Obtención del censo de pacientes que cumplen criterios de inclusión y realización de muestreo aleatorio simple sobre el censo obtenido para conseguir un número superior al establecido en el tamaño muestral.
- Fase 4: Contacto telefónico con los sujetos del estudio, explicación del estudio, solicitud de inclusión telefónica del mismo a todos los sujetos candidatos y citación para la valoración inicial.
- Fase 5: Entrega de la hoja de información, explicación del estudio, solicitud de la firma del consentimiento informado, recogida y registro de los datos en el cuaderno de recogida de datos, formación del uso de los termómetros para medir la temperatura a la que consumen el té, obtención de la variable de la temperatura del té consumido, valoración en los sujetos de estudio la no existencia de cáncer de esófago y completar la información que el paciente no haya aportado con datos de la Historia Clínica.
- Fase 6: Clasificación de los individuos en el grupo de la cohorte expuesta o en el grupo de la cohorte no expuesta.
- Fase 7: Seguimiento de las cohortes de estudio y realización de reuniones del equipo de investigación.
- Fase 8: Análisis de todos los datos obtenidos durante los 15 años de estudio, realización del informe final y difusión de los resultados obtenidos.

Análisis estadístico: Los datos serán analizados de acuerdo con la herramienta del Strobe Cohort Studies. Se realizará análisis de la comparación basal de los grupos, estadística univariante, bivariante y multivariante (regresión logística). Paquete estadístico SPSS versión 20.

Aspectos éticos: se respetarán las normas de buena práctica clínica vigentes.

El protocolo será evaluado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) de cada Área de Salud de Castilla y León.

Palabras claves: tea, cancer, esophageal, tumor, carcinoma, neoplasm, beverage y polyphenol.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA:

American Cancer Society. Global Cancer Facts & Figures 3rd Edition. Atlanta: American Cancer Society; 2015.

Fernández G, Castells A. Tumores malignos del esófago. En: Montoro MA, García Pagán JC, editores. Problemas Comunes en la Práctica Clínica - Gastroenterología y Hepatología. 2ª ed. Madrid: Publicaciones AEG; 2012. p. 251-258.

Zhang Y1. Epidemiology of esophageal cancer. World J Gastroenterol. 2013 Sep 14;19(34):5598-606. doi: 10.3748/wjg.v19.i34.5598. Pubmed PMID: 24039351. PubMed Central PMCID: PMC3769895.

Sociedad Española de Oncología Médica. Las Cifras de Cáncer en España 2014 [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica [citado el 15 de marzo de 2015]. Disponible en:
http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_cifras_del_cancer_2014.pdf.

Zamora-Ros, Luján-Barroso L, Bueno-de-Mesquita HB, Dik VK, Boeing H, Steffen A, et al. Tea and coffee consumption and risk of esophageal cancer: the European prospective investigation into cancer and nutrition study. Int J Cancer. 2014 Sep 15;135(6):1470-9. doi: 10.1002/ijc.28789. Epub 2014 Feb 28. Pubmed PMID: 24535727.

Mao WM1, Zheng WH, Ling ZQ. Epidemiologic risk factors for esophageal cancer development. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2011;12(10):2461-6. Pubmed PMID: 22320939.

Tang L, Xu F, Zhang T, Lei J, Binns CW, Lee AH. High temperature of food and beverage intake increases the risk of oesophageal cancer in Xinjiang, China. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013;14(9):5085-8. Pubmed PMID: 24175780.

Vioque J, Gonzalez L. Validity of a food frequency questionnaire (preliminary results). *European Journal of Cancer Prevention* 1991; 1 (sup 1): 19-20.

Vioque J. Validez de la evaluación de la ingesta dietética. En: Serra Majem L y Aranceta Bartrina J. (editores). *Nutrición y Salud Pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones.* 2ª edición. Barcelona, Masson-Elsevier 2006. pp 199-210. (ISBN: 84-458-1528-8).

Puig Ribera A, Peña Chimenis O, Romanguera Bosch M, Duran Bellido E, Heras Tebar A, Solà Gonfaus M, et al. How to identify Physical inactivity in primary care validation of the Catalan and Spanish versions of 2 short questionnaires. *Aten. Primaria.* 2012. Aug;44(8): 485-93. Doi: 10.1016/j.aprim.2012.01.005. Epub 2012 Mar 29. Pubmed PMID: 22463945.

Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; Iniciativa STROBE. *GacSanit.* 2008 Mar-Apr; 22(2):144-50. Spanish. Erratum in: *GacSanit.* 2008 Jul-Aug; 22(4):391. PubMed PMID: 18420014 (19).

POSTER 13**AUTORES/AUTHORS:**

Cristina Candil

TÍTULO/TITLE:

Protocolo de investigación: Consumo de fresas y reducción de los niveles de colesterol en pacientes con Sd. metabólico

OBJETIVO: Evaluar si el consumo de una dieta rica en fresas (300g/día) tiene un efecto beneficioso en el perfil lipídico, presión arterial, glucemia, perímetro de cintura y activación plaquetaria.

DISEÑO: ensayo clínico aleatorizado, controlado, de grupos paralelos, multicéntrico, con ciego del evaluador y analista. Unidad de aleatorización: sujetos. Periodo seguimiento: 15 semanas.

SUJETOS DE ESTUDIO: 116 individuos de ambos sexos mayores de 17 años con Síndrome Metabólico pertenecientes a los centros de salud de Ávila capital. Muestreo aleatorio estratificado por edad y sexo.

VARIABLES: Dependientes: colesterol total, cHDL, cLDL, triglicéridos, activación plaquetaria, glucosa plasmática, PAS, PAD y perímetro de cintura. Independiente: suplementación con 300gr de fresas/día. Covariables: sociodemográficas, antropométricas, adherencia dieta mediterránea, actividad física, antecedentes en parientes de primer grado de enfermedad cardiovascular prematura y fumador activo.

FASES DE ESTUDIO: 1.-: Reclutamiento de los investigadores colaboradores en el proyecto, 2.-: Selección de los sujetos de estudio, 3.- Prueba piloto, 4.- Reclutamiento de los pacientes y valoración inicial, 5.- Creación de los grupos de estudio (GI y GNI), 6.- Intervención, 7.- Seguimiento (GI y GNI), 8.- Periodo de blanqueo en el grupo intervención, 9.- Valoración final (GI y GNI), 10.- Análisis de los datos y difusión de los resultados.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: los datos serán analizados de acuerdo con la herramienta Consort para intervenciones no farmacológicas.[15] Se realizará análisis de la comparabilidad basal de los grupos, estadística univariante, bivalente y multivalente (regresión múltiple).

ASPECTOS ÉTICOS: se respetarán las normas de Buena Práctica Clínica vigentes.

PALABRAS CLAVE: Fresas, Colesterol, Dieta mediterránea, Síndrome metabólico.

DISCUSIÓN:

Deben realizarse más estudios sobre este aspecto, puesto que los estudios publicados hasta la presente fecha tienen poca validez externa, ya que el tamaño muestral es pequeño y desproporcionado, por lo que no representa a la población general, así como que aún no se ha estudiado el efecto dosis-respuesta.

El consumo de fresas y su contribución a la salud cardiovascular es de considerable interés, tanto como prevención primaria en la adquisición de buenos hábitos dietéticos como en prevención secundaria, mejorando los FRCV que presentan los sujetos de estudio. Teniendo en cuenta que los estudios realizados hasta el momento han obtenido resultados poco significativos debido al escaso tamaño muestral y al corto periodo de seguimiento, que han empleado pautas de suplementación con fresas poco adaptadas a la realidad del consumo de este producto (fresas liofilizadas en altas dosis intensivamente) y que no se han basado en población española, es necesario seguir investigando en esta línea.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

[15]. Boutron I, Moher D, Altman DG, Schulz KF, Ravaud P for the CONSORT Group. Methods and Processes of the CONSORT Group: Example of an Extension 25 for Trials Assessing Nonpharmacologic Treatments. Ann Intern Med. 2008;148:W-60-W-66. Pubmed PMID: 18283201

POSTER 14**AUTORES/AUTHORS:**

Inmaculada Pardo Macedo

TÍTULO/TITLE:

ASOCIACIÓN ENTRE UNA DIETA ENRIQUECIDA CON NUECES Y LA MEJORA DE LOS NIVELES DE COLESTEROL NO HDL

HIPÓTESIS: El consumo de una dieta equilibrada enriquecida con una cantidad diaria de 30 gr de nueces favorece la disminución de los niveles de colesterol no HDL frente a una dieta equilibrada control en personas con hipercolesterolemia.

OBJETIVOS

1. Determinar cuál es el efecto de una dieta equilibrada enriquecida con una cantidad diaria de 30 gr de nueces sobre los niveles de colesterol no HDL en comparación con una dieta equilibrada sin ingesta de frutos secos, en personas con hipercolesterolemia.
2. Estudiar si se produce un aumento de peso en los pacientes con una dieta equilibrada enriquecida con una cantidad diaria de 30 gr de nueces.
3. Determinar cuál es el efecto de una dieta equilibrada enriquecida con una cantidad diaria de 30 gr de nueces sobre los niveles de colesterol no HDL en comparación con una dieta equilibrada sin ingesta de frutos secos, en personas con hipercolesterolemia en función de los antecedentes familiares de esta patología.
4. Determinar cuál es el efecto de una dieta equilibrada enriquecida con una cantidad diaria de 30 gr de nueces sobre los niveles de colesterol no HDL en comparación con una dieta equilibrada sin ingesta de frutos secos, en personas con hipercolesterolemia en función del IMC.
5. Determinar cuál es el efecto de una dieta equilibrada enriquecida con una cantidad diaria de 30 gr de nueces sobre los niveles de colesterol no HDL en comparación con una dieta equilibrada sin ingesta de frutos secos, en personas con hipercolesterolemia en función de su actividad física.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Ensayo clínico aleatorizado, controlado, multicéntrico, de grupos paralelos con cegamiento de evaluador y analista. Periodo de seguimiento: 12 meses.

Ámbito de estudio: Centros de Salud de las 17 comunidades autónomas de España (uno por cada CCAA mediante muestreo aleatorio simple).

Sujetos de estudio: Personas de entre 18 y 60 años que residan en el ámbito de estudio con hipercolesterolemia y ninguna otra enfermedad activa que deseen participar en el estudio.

Variables:

Niveles en ayunas de colesterol no HDL, IMC, Intervención, sociodemográficas, antropométricas, relacionadas con los factores de riesgo de dislipemia, relacionadas con hábitos higiénico-dietéticos, niveles en ayunas de lipoproteínas de alta densidad y niveles en ayunas de triglicéridos.

Aparataje: Báscula mecánica Astra de columna con tallímetro Marca GIMA, cinta métrica, balanza de sobremesa cristal de Lacor 5kg, cuestionarios de dieta mediterránea y cuestionarios de actividad física

Análisis Estadístico: Los datos serán analizados de acuerdo con la herramienta Consort para intervenciones no farmacológicas (1) y las comparaciones entre grupos se basarán en el principio de intención de tratar. Se realizará análisis de la comparabilidad basal de los grupos de estudio en relación con las variables estudiadas y estadística descriptiva de todas las variables de estudio mediante la media, desviación estándar e intervalo de confianza al 95% o mediana y rango intercuartil en las variables cuantitativas (según su distribución) y mediante proporciones e intervalo de confianza al 95% en las variables categóricas. Se utilizará el test de t-Student o la U-Mann-Whitney (según la distribución de frecuencias de las variables estudiadas) para la comparación de medias o medianas entre dos categorías, ANOVA para la comparación de medias entre más de dos categorías y Ji-cuadrado o Ji-cuadrado de tendencia para la comparación de variables categóricas. Se utilizarán como medidas de asociación e impacto el riesgo relativo (RR), la diferencia de riesgos (RD), la fracción atribuible en expuestos (AF_e) y de fracción de prevención en expuestos (PF_e). Se realizará una regresión múltiple para evaluar la asociación los niveles de colesterol no HDL, la intervención y las covariables que hayan resultado ser de interés en el análisis bivariado. Todos los análisis se harán ajustando por los potenciales factores de confusión y las posibles variables clínicas relevantes. Todas las pruebas se realizarán con un nivel de confianza del 95% a nivel unilateral y el paquete estadístico utilizado será el SPSS versión 20.

Aspectos éticos: se respetarán las normas de Buena Práctica Clínica vigentes.

JUSTIFICACIÓN: Se necesita más evidencia científica que afirme que el consumo de nueces en un periodo superior a 24 semanas es beneficioso para reducir los niveles de colesterol total y LDL empleando un tamaño muestral amplio y que sea representativo de la población, tanto en sujetos sanos como con hipercolesterolemia. Además, no existen estudios que se hayan realizado con una muestra representativa de la población española y que incluyan las costumbres dietéticas de este país, como la dieta mediterránea, por lo que un estudio realizado en España podría aportar nuevos resultados.

También se justifica la realización de este estudio que se centra en las nueces, en la falta de estudios específicos en este fruto seco, puesto que la mayoría de estudios además de incluir las nueces incluyen otros frutos secos, con lo cual los resultados pueden estar sesgados por interacciones entre estos frutos secos con el colesterol, o por periodos de lavados escasos entre la dieta con un fruto seco y otro.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Boutron I, Moher D, Altman DG, Schulz KF, Ravaud P for the CONSORT Group. Methods and Processes of the CONSORT Group: Example of an Extension for Trials Assessing Nonpharmacologic Treatments. *Ann Intern Med.* 2008;148:W-60-W-66. Pubmed PMID: 1828320.

POSTER 15**AUTORES/AUTHORS:**

Elena Gómez Hernández

TÍTULO/TITLE:

Efecto de la reducción de peso en los pacientes con apnea obstructiva del sueño sobre la progresión de la enfermedad.

JUSTIFICACIÓN

Basándonos en los conocimientos sobre la evolución de la apnea obstructiva del sueño (AOS), un aumento de peso representa un factor de riesgo en la progresión de la enfermedad. Por ello es importante la detección precoz de la AOS y el tratamiento de la obesidad. Es necesario determinar la eficacia de los programas de cambio en el estilo de vida y pérdida de peso en la evolución de la AOS. Los estudios previos no incluyen grupo control o bien, este recibe algún tipo de intervención sobre la dieta o la realización de ejercicio, limitando los resultados, así como los pocos pacientes analizados. Además, es necesario estudiar la influencia de la reducción de peso sobre la AOS en mujeres, pues los estudios no las incluyen o el número es muy reducido. Otra limitación es la reducción de la mejora de la AOS al no sostener la pérdida de peso en el periodo de mantenimiento debido a la brusca diferencia entre este y el periodo inicial, siendo necesaria una transición más gradual. Por ello, en este protocolo se evaluará la influencia de la reducción de peso en los pacientes con AOS sobre la progresión de la enfermedad.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis: La reducción de peso mantenida en los pacientes con AOS previene su progresión.

Objetivos:

Principal: Evaluar el efecto de la reducción de peso mantenida en los pacientes con AOS en la prevención de la progresión de la enfermedad.

Secundarios: Valorar el efecto de la reducción de peso mantenida en los pacientes con AOS en la prevención de la progresión de la enfermedad.

1. En función de la gravedad de la enfermedad (leve, moderada y severa)
2. En su calidad de vida
3. Sobre los parámetros metabólicos: glucosa en plasma, insulina en suero, colesterol HDL, triglicéridos séricos, alanina aminotransferasa (ALT) sérica

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Ensayo clínico aleatorio, controlado, de grupos paralelos, multicéntrico, con cegamiento del evaluador y del analista.

Ámbito de estudio: Área de Salud de Ávila.

Población de estudio: 132 sujetos de entre 30 y 65 años con AOS (IAH \geq 5 eventos/hora y/o IDO4 \geq 5 episodios/hora), con sobrepeso u obesidad. Muestreo aleatorio estratificado por edad y sexo.

Variables: Dependientes: IAH, IDO4, calidad de vida, glucosa en plasma, insulina en suero, colesterol HDL, triglicéridos séricos y ALT. Independiente: Reducción de peso mantenida. Covariables: Sociodemográficas, antropométricas, comorbilidades (síndrome metabólico, HTA, dislipemia, resistencia a la insulina) relacionadas con la AOS.

Fases de estudio: F1.-Reclutamiento de colaboradores en el proyecto de investigación F2.-Prueba piloto F3.-Selección de pacientes F4.-Reclutamiento de pacientes, valoración inicial y creación de grupos de estudio F5.-Intervención F6.-Seguimiento F7.-Valoración final F8.-Análisis de datos y difusión de resultados

Aparataje: Polisomnógrafo. Esfingomanómetro. Balanza con tallímetro. Cinta antropométrica. Escala de somnolencia de Epworth.

Escala de calidad de vida Whoqol-bref.

Aspectos éticos: Se respetarán las normas de Buena Práctica Clínica vigentes.

Plan de análisis: Los datos se analizarán con la herramienta Consort para intervenciones no farmacológicas. Se realizará análisis de la comparabilidad basal de los grupos, estadística univariante, bivariante y multivariante (regresión múltiple).

Limitaciones: Se realizarán estrategias para minimizar los sesgos de selección de participantes e información que pueden limitar el estudio.

PLAN DE TRABAJO

FASE 1: Actividad 1(A1): Difusión del proyecto en Centros Sanitarios. Mes 1 (M1). A2: Formación de los miembros del equipo de investigación. M1-2. A3: Preparación del material. M1-2.

FASE 2: A4: Prueba Piloto. M2. A5: Análisis del proceso de selección e inclusión de los sujetos, recogida de datos a través del

CRDe, circuitos establecidos y dificultades encontradas. M2. A6: Elaboración del protocolo definitivo. M2-3.

FASE 3: A7: Solicitud a la Gerencia de Atención Primaria del listado de pacientes que cumplan los criterios de inclusión. M3. A8: Muestreo estratificado por edad y sexo sobre el listado de pacientes. M3.

FASE 4: A9: Citación de pacientes seleccionados. M3-4. A10: Verificación del cumplimiento de definición de población. M4-7. A11: Explicación verbal al sujeto del proyecto de investigación y entrega de la hoja de información. M4-7. A12: Solicitud de la firma del consentimiento informado. M4-7. A13: Valoración inicial de los pacientes. M4-7. A14: Polisomnografía nocturna y analítica. M4-7. A15: Cumplimentar la información con datos de la Historia Clínica. M4-7. A16: Registro de los resultados en el CRDe. M4-7. A17: Creación de grupos de estudio. M7-8.

FASE 5: A18: Primer periodo (1-4M): pérdida de peso. M9-12. A19: Segundo periodo (5-12M): mantenimiento de la pérdida de peso. M13-20.

FASE 6: A20: Recordatorio de visitas de seguimiento. M9-32. A21: Visitas de seguimiento mensuales. M9-32. A22: Llamadas a los sujetos que no acuden a las visitas de seguimiento para intentar minimizar las pérdidas. M9-32. A23: Reuniones trimestrales del equipo investigador. M3-32.

FASE 7: A24: Reevaluación de las variables. M32. A25: Conclusión de la recogida de datos. M32.

FASE 8: A26: Análisis de los datos obtenidos. M32-36. A27: Elaboración del informe final. M36-37. A28: Difusión de los resultados. M38-42.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Thomasouli MA et al. The impact of diet and lifestyle management strategies for obstructive sleep apnea in adults: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep Breath* 2013;17:925-35.
2. Tuomilehto H et al. Weight reduction and increased physical activity to prevent the progression of obstructive sleep apnea: A 4-year observational postintervention follow-up of a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.*2013;173:929-30.
3. Araghi MH et al. Effectiveness of lifestyle interventions on obstructive sleep apnea: systematic review and meta-analysis. *Sleep* 2013;36:1553-62.
4. Mitchell LJ et al. Weight loss from lifestyle interventions and severity of sleep apnea: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Med.*2014;15:1173-83.
5. Barnes M et al. A diet and exercise program to improve clinical outcomes in patients with obstructive sleep apnea, a feasibility study. *J Clin Sleep Med.*2009;5:409-15.
6. Johansson K et al. Longer term effects of very low energy diet on obstructive sleep apnea in cohort derived from randomised controlled trial: prospective observational follow-up study. *BMJ.*2011;342:d3017.
7. Anandam A et al. Effects of dietary weight loss on obstructive sleep apnea: a meta-analysis. *Sleep Breath.*2013;17:227-34.
8. Nerfeldt P et al. A two-year weight reduction program in obese sleep apnea patients. *J Clin Sleep Med.*2010;6:479-86.
9. Fredheim JM et al. Obstructive sleep apnea after weight loss: a clinical trial comparing gastric bypass and intensive lifestyle intervention. *J Clin Sleep Med.*2013;9:427-32.
10. Bae EK et al. Effects of surgical weight loss for treating obstructive sleep apnea. *Sleep Breath.*2014;18:901-5.
11. Tuomilehto H et al. The impact of weight reduction in the prevention of the progression of obstructive sleep apnea: an explanatory analysis of a 5-year observational follow-up trial. *Sleep Medicine.*2014;15:329–35.
12. Kuna ST et al. Long-term effect of weight loss on obstructive sleep apnea severity in obese patients with type 2 diabetes. *Sleep.*2013;36:641-9.
13. Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Doc. marco. Anexo 3.1. Escala de calidad de vida Whoqol-Bref. Serv. Andaluz de Salud;2010.

14. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*.1991;14:540-5.
15. Boutron I et al. Methods and Processes of the CONSORT Group: Example of an Extension for Trials Assessing Nonpharmacologic Treatments. *Ann Intern Med*. 2008;148:60-6.

POSTER 19**AUTORES/AUTHORS:**

Lorena Manzano Salinero

TÍTULO/TITLE:

Efectos de la cafeína durante el embarazo y la lactancia materna.

1.OBJETIVOS: Conocer la evidencia científica de los efectos durante el embarazo y la lactancia materna.

2.MÉTODO: Revisión sistemática. La búsqueda siguió el formato PICO con una búsqueda de artículos científicos en bases de datos como PubMed, Biblioteca Cochrane Plus, Cinahl, Cuiden, Dialnet Plus, Toxnet y Scielo. Se usaron los siguientes MESH y DECS: embarazo, cafeína, café, mate, lactancia materna, lactancia, recién nacido, pregnancy, caffeine, coffee, breast feeding, lactation, infant, newborn. Se incluyeron estudios de investigación que trataran de mujeres embarazadas y/o en periodo de lactancia que consumieran cafeína en sus diversas fuentes y fueran estudios realizados en humanos, sin restricción de idioma y con publicación posterior a 2.010. Se excluyeron estudios centrados en la cafeína como medicamento. Variables de resultado: Riesgo de bajo peso al nacer, riesgo de dar a luz a un niño pequeño para la edad gestacional, riesgo de parto prematuro, resistencia a la insulina, efecto en la frecuencia cardiaca fetal, riesgo de espina bífida, riesgo de estrabismo, despertares nocturnos en lactantes de 3 meses de edad. El método para obtener datos fue la herramienta CASPe y el análisis de datos fue por síntesis narrativa.

3.RESULTADOS: Se encontraron 19 artículos, tras una primera lectura de título y resumen se seleccionaron 10. Se incluyeron 9 artículos que pasaron los criterios de calidad marcados (CASPe; nota de corte:7). Fueron 5 estudios de cohortes, 1 estudio de casos y controles, 1 estudio cuasiexperimental antes-después y 2 metaanálisis.

El consumo de dosis altas de cafeína ($\geq 300\text{mg/día}$) se ha asociado con un mayor riesgo de bajo peso al nacer como se ha demostrado en estudios realizados por Bakker R. et al(2), Ling Wei et al(4), Sengpiel V. et al(3) y Laughon S. k. et al(5). También se ha asociado con riesgo de dar a luz a un niño pequeño para la edad gestacional según Bakker R. et al(2) y Sengpiel et al(3). Sin embargo, el riesgo de parto prematuro no ha parecido tener relación con el consumo de cafeína según demuestran Bakker et al(2) y Maslova et al(1).

Laughon et al(5) demostraron una asociación con una mayor resistencia a la insulina en la mitad de la gestación con unas concentraciones plasmáticas de cafeína $>266\text{ng/ml}$ y de paraxantina $>392\text{ng/ml}$.

Al estudiar el consumo de cafeína (60mg) y chocolate (30g, 70% cacao), Brusciocchio et al(8) observaron una acción estimulante sobre la reactividad fetal y la cafeína, además de un aumento de picos de contracción uterina.

Se han estudiado otras enfermedades y su posible relación con el consumo de cafeína como el riesgo de espina bífida estudiado por Benedum et al(6) y el riesgo de estrabismo por Torp-Pedersen et al(7). Ambos estudios no encontraron asociación con la cafeína. El consumo materno de cafeína, incluso en grandes cantidades, no tuvo consecuencias sobre el sueño del bebé y los despertares nocturnos según un estudio de Santos et al(9).

4.DISCUSIÓN: Existen pocos estudios sobre la cafeína y sus efectos en embarazadas y lactantes, sobre todo en el apartado de la lactancia, aun así, se han estudiado múltiples efectos pero requieren más evidencia.

Es necesario investigar más en profundidad, con estudios bien diseñados y realizados, teniendo en cuenta las limitaciones de estudios anteriores, como recogida de información, medición de cafeína consumida y cambios en el patrón de consumo, para que el personal sanitario pueda ofrecer unos cuidados completos y poder prestar educación sanitaria basada en la evidencia a mujeres embarazadas y lactantes sobre el consumo de cafeína.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1.Maslova E1, Bhattacharya S, Lin SW, Michels KB . Caffeine consumption during pregnancy and risk of preterm birth: a meta-analysis. Am J Clin Nutr. 2010 Nov;92(5):1120-32. doi: 10.3945/ajcn.2010.29789. Epub 2010 Sep 15.

2.Bakker R1, Steegers EA, Obradov A, Raat H, Hofman A, Jaddoe VW. Maternal caffeine intake from coffee and tea, fetal growth, and the risks of adverse birth outcomes: the Generation R Study. Am J Clin Nutr.2010 Jun;91(6):1691-8. doi: 10.3945/ajcn.2009.28792. Epub 2010 Apr 28.

3.Sengpiel V1, Elind E, Bacelis J, Nilsson S, Grove J, Myhre R, Haugen M, Meltzer HM, Alexander J, Jacobsson B, Brantsaeter AL. Maternal caffeine intake during pregnancy is associated with birth weight but not with gestational length: results from a large prospective observational cohort study. BMC Med. 2013 Feb 19;11:42. doi: 10.1186/1741-7015-11-42.

4. Ling-Wei C, Yi W, Neelakantan N, Chong M, An P, van Dam R. Maternal caffeine intake during pregnancy is associated with risk of low birth weight: a systematic review and dose-response meta-analysis. *BMC Medicine* [serial on the Internet]. (2014, Oct), [cited April 7, 2015]; 12(1): 1-25. Available from: Academic Search Complete.
5. Laughon SK1, Powers RW, Roberts JM, Parana S, Catov J. Caffeine and insulin resistance in pregnancy. *Am J Perinatol*. 2011 Aug;28(7):571-8. doi: 10.1055/s-0031-1274511. Epub 2011 Mar 4.
6. Benedum CM1, Yazdy MM, Mitchell AA, Werler MM. Risk of spina bifida and maternal cigarette, alcohol, and coffee use during the first month of pregnancy *Int J Environ Res Public Health*. 2013 Aug 2;10(8):3263-81. doi: 10.3390/ijerph10083263.
7. Torp-Pedersen T1, Boyd HA, Poulsen G, Haargaard B, Wohlfahrt J, Holmes JM, Melbye M. In-utero exposure to smoking, alcohol, coffee, and tea and risk of strabismus. *Am J Epidemiol*. 2010 Apr 15;171(8):868-75. doi: 10.1093/aje/kwq010. Epub 2010 Mar 25.
8. Buscicchio G, Piemontese M, Gentilucci L, Ferretti F, Tranquilli A. The effects of maternal caffeine and chocolate intake on fetal heart rate. *Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* [serial on the Internet]. (2012, May), [cited April 7, 2015]; 25(5): 528-530.
9. Santos IS1, Matijasevich A, Domingues MR. Maternal caffeine consumption and infant nighttime waking: prospective cohort study. *Pediatrics*. 2012 May;129(5):860-8. doi: 10.1542/peds.2011-1773.

POSTER 21**AUTORES/AUTHORS:**

Delia Herranz Benito

TÍTULO/TITLE:**PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN: CONSUMO MODERADO DE CAFÉ COMO FACTOR PROTECTOR DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON**

JUSTIFICACIÓN. La relación entre el consumo de café y la Enfermedad de Parkinson (EP) ha sido cuestionada mediante diversos estudios los cuales han tenido resultados muy dispares. Este motivo de discrepancia reside en los factores ambientales y factores genéticos que inciden en la aparición de la enfermedad.

En España hasta la actualidad no se ha llevado a cabo ningún estudio que intente relacionar el consumo de café de manera moderada y mantenida en el tiempo con la aparición de la EP.

La disparidad de resultados sobre la relación entre el consumo de café y la aparición de EP y la ausencia de estudios llevados a cabo en España sobre este tema hacen que sea necesario la puesta en marcha del presente proyecto de investigación.

Este protocolo de investigación forma parte de mi Trabajo de Fin de Grado.

OBJETIVOS. Principal: Comprobar el efecto beneficioso del consumo moderado y mantenido en el tiempo de café en el desarrollo de la enfermedad de Parkinson (EP). Específicos: estudiar la asociación que existe entre el consumo moderado de café y menor riesgo de desarrollar EP teniendo en cuenta el sexo, el uso de hormonas (terapia hormonal sustitutiva) en mujeres menopaúsicas, consumo de tabaco y los distintos tipos de café.

ÁMBITO. Centros de Atención Primaria de la comunidad de Castilla y León.

DISEÑO. Estudio de cohortes dinámicas longitudinal multicéntrico. Periodo de seguimiento: 15 años.

POBLACIÓN DE ESTUDIO. Sujetos mayores de 54 años sanos que residen y tienen su tarjeta sanitaria en la comunidad de Castilla y León y deseen participar en el estudio. Cohorte expuesta: 1131 sujetos que consuman como mínimo una taza de café al día.

Cohorte no expuesta: 1131 sujetos que no consuman ninguna taza de café al día o consuman café de forma esporádica o puntual.

Fuente de información: entrevista clínica individualizada. Proporción cohorte expuesta-no expuesta. 1:1. Muestreo aleatorio simple.

VARIABLES. Dependiente: Enfermedad de Parkinson. Independiente: Consumo de café (tazas/día). Covariables: sociodemográficas, relacionadas con el consumo de café, hábitos tóxicos, con factores de riesgo y de protección de EP.

INSTRUMENTOS. Para la realización del estudio será necesario contar con una báscula con tallímetro incorporado modelo Detecto 8437S que permite directamente la visualización en la pantalla del IMC.

Cuestionario IPAQ. Para el cálculo de la actividad física diaria realizada por los sujetos del estudio.

FASES DE ESTUDIO. 1. Preparación del estudio. 2. Prueba piloto. 3. Selección de los pacientes. 4. Reclutamiento de los pacientes y valoración inicial. 5. Creación de las cohortes de estudio. 6. Seguimiento de ambas cohortes de estudio. 7. Cierre del estudio. 8.

Análisis de datos y difusión de los resultados.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO. Los datos serán analizados de acuerdo con la herramienta del Strobe Cohort Studies. Se realizará análisis de la comparabilidad basal de los grupos, estadística univariante, bivariante y multivariante (regresión logística).

PALABRAS CLAVE. Parkinson`s disease, coffee, cohort study, neurodegenerative diseases, coffee consumption.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Grupo Andaluz de Trastornos del Movimiento Sociedad Andaluza de Neurología. Recomendaciones de práctica clínica en la enfermedad de Parkinson. Granada: Sociedad Andaluza de Neurología; 2012.
2. de las Casa Fages B. Guía informativa de la enfermedad de Parkinson [Internet]. Madrid: Federación Española del Parkinson (FEP) [citado el 15 de marzo de 2015]. Disponible en: http://www.fedesparkinson.org/upload/aaff_guia_parkinson.pdf

POSTER 25**AUTORES/AUTHORS:**

ANDONI QUINTANA MARTINEZ DE ILARDUYA

TÍTULO/TITLE:

EFECTIVIDAD DE LAS MEDIDAS EDUCATIVAS EN EL CONTROL DE LA DIABETES

OBJETIVOS: Conocer la efectividad de las medidas educativas en el control de la Diabetes Mellitus tipo 2, establecer las últimas tendencias en Educación Sanitaria utilizadas en la actualidad y discernir si las medidas educativas colectivas respecto a las individuales son más efectivas.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática (Abril, 2015). Pregunta PICO: ¿Seguir un programa de Educación Sanitaria, en personas con Diabetes tipo 2 mejora el control de su enfermedad, y en personas en riesgo de padecerla mejora su prevención? Los criterios de selección son, tipo de estudio: descriptivos y analíticos; tipo de participantes: personas con diabetes tipo 2 y con riesgo de padecerla, edad, sanitarios y familia; tipo de intervención (al menos deben de incluir una): control glucémico, hábitos saludables, fomento del autocuidado y sensibilización de la población. Los términos de búsqueda son libres y mesh, estos son algunos: diabetes, educación sanitaria, autocuidado y gastos de asistencia médica. Se ha realizado una valoración de calidad sobre estudios científicos experimentales, valorando el contenido, la introducción, los objetivos y la bibliografía mediante la escala de JADAD. El análisis se ha realizado mediante una síntesis narrativa de los artículos seleccionados.

RESULTADOS: Los datos se han obtenido de 41 estudios (3 revisiones sistemáticas, 14 experimentales, 20 descriptivos y 4 cualitativos) y los resultados se clasifican en estos grupos: prevalencia, programas educativos, autocuidado, estilo de vida, impacto de la Diabetes tipo 2, intervenciones basadas en la TIC, técnicas novedosas en Educación Sanitaria e impacto del modelo sanitario.

DISCUSIÓN: Teniendo en cuenta los resultados, la Diabetes tipo 2 es una enfermedad no transmisible que más incidencia está teniendo en la actualidad, considerándose un problema de salud emergente. Por ello, deberíamos tomar medidas al respecto en cuanto a los programas de atención al paciente crónico, analizar el costo-beneficio de las intervenciones, desarrollar nuevos métodos capaces de sensibilizar a la población, así como prevenir su aparición tanto en personas sanas como en personas con riesgo elevado a padecerla. Siempre y cuando, no dejemos a un lado a los colectivos más vulnerables: discapacitados intelectuales, pacientes con enfermedad mental, dependientes o personas con bajo nivel de educación. En algunos estudios afirman que el fomento de la promoción de la salud debe estar presente en todos los educadores sanitarios, tanto en países desarrollados como en los subdesarrollados. Además, defienden la Educación Sanitaria con el fin de garantizar unos cuidados integrales y satisfacer las necesidades de la población. Otros estudios, hablan sobre la existencia de la Hipertensión arterial y la Obesidad, que están muy relacionadas con la aparición de Diabetes tipo 2; y afirman que el gasto médico generado es mayor cuando nos centramos únicamente en el tratamiento agudo y las complicaciones de la Diabetes. Debemos intentar disminuir la variabilidad en la atención sanitaria, ya que es uno de los factores más influyentes en el aumento del gasto sanitario. Una forma eficaz para intentar reducirlo es llevando a cabo estas estrategias, desarrollar mapas de variabilidad y fomentar el abordaje de la asistencia sanitaria basándonos siempre en la evidencia científica. Por último, en la mayoría de los resultados obtenidos en varios estudios, consideran que incidir más en las intervenciones colectivas en comparación con las individuales puede contribuir a una mejora del control de la Diabetes, una sensibilización más amplia de la población y ser una medida facilitadora para combatir las barreras originadas por esta enfermedad. Aún así, hay que investigar más al respecto.

PRÁCTICA CLÍNICA: Esta revisión sistemática nos permite afirmar la importancia de incidir en la aplicación de las medidas educativas en la Diabetes tipo 2; la necesidad de establecer guías de práctica clínica para la atención y prevención de la Diabetes tipo 2 capaces de lograr un consenso en los profesionales de la enfermería; y evaluar el impacto del modelo sanitario en los pacientes con Diabetes tipo 2.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

(1) Idf.org [Internet]. Bruselas: International Diabetes Federation, 2013 [citado 10 Abr 2015]. Disponible en:

http://www.idf.org/sites/default/files/www_25610_Diabetes_Atlas_6th_Ed_SP_int_ok_0914.pdf

(2) Sediabetes.org [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Diabetes, 2006 [actualizado 24 Sep 2012; citado 15 May 2015]. Disponible en: http://www.sediabetes.org/Estrategia_en_diabetes_del_SNS_Accesible.pdf

(3) Who.int [Internet]. Organización Mundial de la Salud; Nov 2014; [citado 7 May 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

4) iacs.aragon.es [Internet]. Aragón: Dirección de Planificación y Aseguramiento, Servicio Aragonés de Salud; 2014 [citado el 12 Jun 2015]. Disponible en: <http://www.iacs.aragon.es/econocimiento/documentos/ueea/efectividad-calidad-cuidados/diabetes/1.%20Programa%20de%20Atencion%20Integral%20%20Diabetes%20Mellitus.pdf>

(5) Ncbi.nlm.nih.gov [Internet]. EEUU: PubMed, Conciencia, el tratamiento y el control de la diabetes en Bangladesh: un estudio a nivel nacional de la población [publicado en 2015; citado 10 Abr 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Awareness%2C+treatment%2C+and+control+of+diabetes+in+Bangladesh%3A+a+nation+wide+population-based+study>

(6) VPM: Variaciones en la Práctica Médica [Internet]. Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud - Instituto de Investigación Aragones; [citado 21 May 2015]. N. Martínez Lizaga, M. Ridao Lopez, E. Angulo Pueyo, M. Seral Rodríguez, E. Bernal-Delgado, por el grupo Atlas VPM. Atlas de variaciones en la práctica médica en Hospitalizaciones Potencialmente Evitables por complicaciones agudas de la diabetes en el SNS, 8(4); Mayo 2015. Disponible en: <http://www.atlasvpm.org/documents/10157/a108f001-ef84-437a-beb5-952554fced4e>

POSTER 26**AUTORES/AUTHORS:**

PAULA JIMÉNEZ

TÍTULO/TITLE:

ELEVADO CONSUMO DE CAFÉ Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE DIABETES MELLITUS 2. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

OBJETIVO: estudiar el efecto de un consumo de 3 o más tazas de café al día en la reducción de la incidencia de diabetes tipo 2.

DISEÑO: estudio de cohortes fijas, prospectivas, longitudinal, multicéntrico. Periodo seguimiento: 12 años.

SUJETOS DE ESTUDIO: sujetos mayores de 17 años sin DM2 con tarjeta sanitaria adscrita a los centros de Atención Primaria del ámbito de estudio y que deseen participar en él. Cohorte expuesta: 2378 sujetos con consumo de café igual o mayor a 3 tazas/día. Cohorte no expuesta: 2378 sujetos con consumo de café menor a 3 tazas/día. Proporción cohorte expuesta-no expuesta: 1:1. Muestreo probabilístico aleatorio estratificado por sexo y edad.

VARIABLES:

-Dependiente: Diabetes Mellitus tipo 2.

-Independiente: Consumo de café (tazas/día).

-Covariables: sociodemográficas, antropométricas, relacionadas con los hábitos higiénico – dietéticos, con el consumo de café, con la salud sexual y reproductiva, con el estado de salud y con los factores de riesgo de la DM2.

FASES DE ESTUDIO: 1.- Preparación del estudio. 2.- Prueba piloto. 3.- Reclutamiento de los sujetos de estudio. 4.- Valoración inicial. 5.- Creación de las cohortes de estudio. 6.- Seguimiento de las cohortes de estudio. 7.- Análisis de los datos y difusión de los resultados.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Los datos serán analizados de acuerdo con la herramienta del Strobe Cohort Studies. Se realizará análisis de la comparabilidad basal de los grupos, estadística univariante, bivariante y multivariante (regresión logística).

ASPECTOS ÉTICOS: se respetarán las normas de Buena Práctica Clínica vigentes.

PALABRAS CLAVE: Diabetes Mellitus 2, café, hábitos dietéticos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Georgoulis M, Kontogianni MD, Yiannakouris N. Mediterranean diet and diabetes: prevention and treatment. *Nutrients*. 2014 Apr 4; 6(4):1406-23. doi: 10.3390/nu6041406. Pubmed PMID: 24714352; Pubmed Central PMCID: PMC4011042.
2. Hayes JP. Diabetes Mellitus Tipo 1. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*. 2008; 20(1): 15-24.
3. Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación. La diabetes [Internet]. Barcelona: Esteve [citado 2 febrero 2015]. Disponible en: <http://www.esteve.es/EsteveArchivos/herramientaspracticas/dietoterapia/pdf/Diabetes.pdf>
4. Natella F, Scaccini C. Role of coffee in modulation of diabetes risk. *Nutr Rev*. 2012 Apr; 70(4):207-17. doi: 10.1111/j.1753-4887.2012.00470.x. Pubmed PMID: 22458694.
5. Ding M, Bhupathiraju SN, Chen M, van Dam RM, Hu FB. Caffeinated and decaffeinated coffee consumption and risk of type 2 diabetes: a systematic review and a dose-response meta-analysis. *Diabetes Care*. 2014 Feb; 37(2):569-86. doi: 10.2337/dc13-1203. Pubmed PMID: 24459154; PubMed Central PMCID: PMC3898757.
6. Kempf K, Herder C, Erlund I, Kolb H, Martin S, Carstensen M, et al. Effects of coffee consumption on subclinical inflammation and

other risk factors for type 2 diabetes: a clinical trial. *Am J Clin Nutr.* 2010 Apr; 91(4):950-7. doi: 10.3945/ajcn.2009.28548. Epub 2010 Feb 24. Pubmed PMID: 20181814.

7. van Dam RM, Feskens EJ. Coffeeconsumption and risk of type 2 diabetes mellitus. *Lancet.* 2002; 360:1477–1478. Pubmed PMID: 12433517.

8. Huxley R, Lee CM, Barzi F, Timmermeister L, Czernichow S, Perkovic V, et al. Coffee, decaffeinated coffee, and tea consumption in relation to incidence type 2 diabetes mellitus: a systematic review with meta-analysis. *Arch Intern Med.* 2009 Dec 14; 169(22):2053-63. doi: 10.1001/archinternmed.2009.439. Pubmed PMID: 20008687.

9. Bhupathiraju SN, Pan A, Malik VS, Manson JE, Willett WC, van Dam RM, et al. Caffeinated and caffeine-free beverages and risk of type 2 diabetes. *Am J Clin Nutr.* 2013 Jan; 97(1):155-66. doi: 10.3945/ajcn.112.048603. Epub 2012 Nov 14. Pubmed PMID: 23151535; Pubmed Central PMCID: PMC3522135.

21

10. van Dieren S, Uiterwaal CS, van der Schouw YT, van der A DL, Boer JM, Spijkerman A, et al. Coffee and tea consumption and risk of type 2 diabetes. *Diabetologia.* 2009 Dec;52(12):2561-9. doi: 10.1007/s00125-009-1516-3. Epub 2009 Sep 1. Pubmed PMID: 19727658.

POSTER 28**AUTORES/AUTHORS:**

Andrés Renedo Diez

TÍTULO/TITLE:

Protocolo de investigación: La enfermedad renal o cardíaca como factor de riesgo del Síndrome cardiorenal

OBJETIVOS:

El síndrome cardiorenal se define como una entidad clínico-fisiopatológica en la que la disfunción en un órgano induce disfunción del otro.

Objetivos principales:

- Demostrar la correlación existente entre el corazón y el riñón, en el ámbito ambulatorio de la Atención Primaria de Ávila.

Objetivos secundarios:

- Demostrar la incidencia de la patología cardíaca y la renal
- Demostrar la correlación existente entre el corazón y el riñón en función del tiempo de evolución de la patología, la edad y el sexo.
- Conocer la incidencia del síndrome cardiorenal y sus tipos.

Este protocolo de investigación forma parte de mi TFG

METODOLOGÍA:

Diseño:

Estudio de cohortes, prospectivo, con cohortes dinámica.

Ámbito de estudio:

Área de salud de Ávila que da cobertura a la zona rural, semi-rural y urbana.

Sujetos:

Se estudiarán 354 pacientes mayores de 18 años que acuden en AP, a la consulta de enfermería con un diagnóstico de enfermedad cardíaca o renal corroborado según los criterios diagnósticos y pacientes emparejados de forma consecutiva por edad, sexo y centro de salud que no presentan patología renal ni cardíaca.

Variables:

Variables independientes: Estadio de la enfermedad renal crónica, enfermedad renal aguda, insuficiencia cardíaca crónica, insuficiencia cardíaca aguda y sociodemográficos (edad, sexo y centro de salud).

Variables dependientes: Empeoramiento de la función renal y empeoramiento de la función cardíaca.

Para valorar la función renal crónica se basará en los estadios de la guía de práctica clínica K/DOQI12, según la tasa estimada de filtrado glomerular, utilizando las fórmula CKD-Epi, considerando como enfermedad renal crónica a partir del estadio 3.

Para el diagnóstico de la patología renal aguda se aplicaran criterios RIFLE y AKIN.

La insuficiencia cardíaca se diagnosticará y clasificará mediante los criterios de la New York Heart Association (NYHA)

Tamaño muestral:

La mayor limitación para obtener el tamaño muestral viene determinada por la Enfermedad Renal crónica (ERC), según esto y dado que se estima que hay en España (Según estudio EPIRCE, una prevalencia de ERC estadio 3 y 4, (la más visitada en atención primaria) de un 2,6%, se estima que en la provincia de Ávila 4400 pacientes padecerían ERC en estos estadios, por lo que para aceptar un error del 5%, con un nivel de confianza del 95%, la muestra necesaria sería de 354 pacientes.

Desarrollo o faases del estudio:

Fase 1:

Reclutamiento de los profesionales sanitarios: se difundirá el proyecto a las enfermeras de todos los centros de salud de Ávila, tanto capital como de los centros de salud rurales.

Fase 2:

Formación de los profesionales sanitarios: Se les instruirá en la forma de introducción de cada paciente en cada cohorte así como de los objetivos, duración y datos a recopilar de cada paciente.

Fase 3:

Reclutamiento de los grupos de estudio: El grupo de pacientes con patología renal o cardíaca, se seleccionaran en la consulta de enfermería. Será propuesta la participación a todos los pacientes con una afectación de alguno de estos dos órganos, documentado en la historia del paciente. A los cuales, independientemente del diagnóstico previo se les realizará las pruebas analíticas para la

estimación de la función renal y clínicas para la confirmación-estadiaje de la función cardíaca, necesarias para entrar en el estudio.

Fase 4:

Comenzar a cumplimentar el Cuaderno de Recogida de Datos (CRD) con la toma de los datos demográficos de los pacientes.

Diagnóstico de la patología cardíaca/renal según criterios.

Fase 5:

Seguimiento periódico de los pacientes, cada seis meses se les citará para hacer una analítica y ver la evolución de los parámetros diagnósticos de las enfermedades cardíacas y renales

Fase 6

Recogida final y análisis de los datos obtenidos y tratamiento estadístico mediante el sistema informático SPSS v.20. Valoración de los resultados. Extracción de conclusiones. Publicación del estudio en plataformas digitales científicas, revistas y congresos de investigación para lograr la mayor difusión posible.

Análisis estadístico:

Los resultados de las diferentes variables serán analizados aplicando estadísticos descriptivos, t-Students o la U de Mann-Whitney para la comparación de medias entre dos categorías y la Chi-cuadrado para la comparación de proporciones. También se realizarán análisis univariable y multivariable de correlación entre las diferentes variable. Se exigirá para todas las pruebas un nivel de confianza del 95%. El programa estadístico utilizado será el IBM SPSS v.20.

Ámbito ético:

Se presentará para su aprobación al Comité Ético de Investigación Clínica del Complejo Asistencial de Ávila según la legislación vigente (Orden SAS 3470-2009), a parte de las normas de buena práctica clínica vigentes.

Palabras clave: Síndrome Cardiorrenal, Atención Primaria, enfermería

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Andrew A. House, Inder Anand, Rinaldo Bellomo, Dinna Cruz, Ilona Bobek, Stefan D. Anker, Nadia Aspromonte. Definition and classification of Cardio-Renal Syndromes: workgroup statements from the 7th ADQI Consensus Conference. Oxford Journals. 2010. 25(5) :1416-1420.
2. Anand I.S. Cardiorenal Syndrome: A Cardiologist's Perspective of Pathophysiology. Clinical Journal of the American Society of Nephrology [revista en Internet]. 2013[12 de enero de 2015].8(10) 1800-1807.
3. Cabau J., Torres G., Sacristán Ó., Soler T., Piñol G., Gort A.M., et al. Capítulo 3: Síndrome cardiorrenal y anemia en insuficiencia cardíaca. En Lleida: Universidad de Lleida. Guía práctica de síndromes clínicos complejos. 1. Lugar de publicación: Universidad de Lleida; 2011.
4. Ronco C, Haapio M., House A.A., Anavekar N., Bellomo R. Cardiorenal Syndrome. JACC. 2008. 52(19).1527-1539
5. Rinaldo Bellomo, Claudio Ronco, John A Kellum, Ravindra L Mehta, Paul Palevsky. Acute renal failure – definition, outcome measures, animal models, fluid therapy and information technology needs: the Second International Consensus Conference of the Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) Group. Critical Care.2004.8 :204-212
6. Bongartz L.G, Cramer M.J., Doevendans P.A., Joles J.A., Braam B. The severe cardiorenal syndrome: 'Guyton revisited". European Heart Journal [revista en Internet] 2004 [3 de enero de 2015]; 26 (1). Dirección electrónica: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/26/1/11>
7. Carmine Zoccali, David Goldsmith, Rajiv Agarwal, Peter J Blankestijn, Danilo Fliser, Andrzej Wiecek, et al. The complexity of the cardio-renal link: taxonomy, syndromes, and diseases. Kidney International Supplements. 2011. 1 :2-5
8. Pavan Malleshappa. Incidence of Acute Cardiorenal Syndrome Type 3 in India. IKKD. 2014.8(1) :42-45

9. Gigante, A., Liberatori, M., Gasperini, M. L., Sardo, L., Di Mario, F., Dorelli, B., et al. Prevalence and Clinical Features of Patients with the Cardiorenal Syndrome Admitted to an Internal Medicine Ward. *Cardiorenal Medicine*. 2014; 4 (2): 88-94.
 10. Fabbian, F., Pala, M., De Giorgi, A., Scalone, A., Molino, C., Portaluppi, F., et al. Clinical Features of Cardio-Renal Syndrome in a Cohort of Consecutive Patients Admitted to an Internal Medicine Ward. *The Open Cardiovascular Medicine Journal*. 2011;5:220-225.
 11. Omar I Abboud, Sharon Adler, Rajiv Agarwal, Sharon P Andreoli, Gavin J Becker, Fred Brown, et al.. *Kidney International Supplements*. 2012. 3(1)
- (Bibliografía reducida)

POSTER 38**AUTORES/AUTHORS:**

Lara Menéndez González

TÍTULO/TITLE:

Habilidades de Autorregulación, autoeficacia y locus control en la regulación del peso.

OBJETIVO

Identificar la relación y el comportamiento de las variables de autorregulación, autoeficacia y locus control en la población adulta con obesidad, sobrepeso y normopeso que acuden a la consulta de enfermería de Atención Primaria de un Centro de salud entre abril y agosto de 2015.

METODOLOGÍA.

Diseño descriptivo transversal en un centro de salud (CS) del Principado de Asturias.

Población y muestra.

La población diana estará conformada por aquellos adultos entre 18 y 65 años pertenecientes al C.S de "El Coto" que tengan un registro de IMC en los dos últimos años. Basándose en el estudio de Lugli se estimó que el tamaño necesario de la muestra fue de 142 sujetos (precisión de ± 5), estratificándose en tres grupos según los criterios de clasificación de la obesidad de la OMS: G1: 45 usuarios con obesidad ($IMC \geq 30$); G2: 37 usuarios con sobrepeso ($IMC 25-29,99$); G3: 60 usuarios con normopeso ($IMC 18,5-24,99$).

La selección de la muestra se realizará mediante un muestreo aleatorio simple a partir de los listados de la consulta diaria de enfermería. Se invitó a participar en el estudio a todas las personas que estaban citadas en la agenda de enfermería y cumplían con los criterios de inclusión.

Variables e instrumentación

-Variables sociodemográficas (edad, nivel estudios, actividad laboral y estado civil) dichas variables se recogieron a través de una hoja de recogida de datos mediante entrevista personal.

-Variables principales: autorregulación (Inventario de autorregulación del peso corporal; Lugli,2009); autoeficacia (Inventario autoeficacia percibida en la regulación del peso; Lugli,2007) y locus control (Inventario Locus control en la regulación del peso; Lugli,2011), dichos cuestionarios serán autocumplimentados por los sujetos participantes.

-Variables relacionadas: patrón dietético (Cuestionario de adhesión a la dieta mediterránea; Martínez,2004); nivel de actividad física (cuestionario IPAQ,2005), régimen dietético (Sí/No), utilización de ayudas externas para bajar de peso (Sí/No), antecedentes de obesidad infantil (Sí/No), peso(kg),IMC.

Técnica de recogida de datos

Para evitar sesgos en la recogida de datos se emplearan técnicas e instrumentos estándares para todos los grupos de estudio, explicándose los objetivos del estudio así como los procedimientos que se seguirán

Se realizarán dos tipos de técnicas para la obtención de datos, la primera mediante una entrevista estructurada realizada por el investigador para recoger las variables sociodemográficas y variables relacionadas, finalizando con la realización por parte de los participantes de los 3 inventarios autoaplicables. Para finalizar, se procederá a la medición y registro de las variables antropométricas a cada sujeto por parte de la investigadora, utilizando métodos directos de medida estandarizados.

Además, para aumentar la información con respecto a la comorbilidades, se revisarán las historias clínicas.

Posteriormente se clasificará a cada sujeto del estudio en el grupo que le corresponde según su IMC actual.

Análisis de datos

El tratamiento estadístico de los datos se realizará con el programa estadístico SPSS 20.0, se utilizará la estadística descriptiva y analítica. Se realizará una comparación entre los 3 grupos a través de ANOVA o la Ji-cuadrado cuando se comparen las variables cualitativas. En aquellas variables donde se encuentren diferencias significativas, se aplicará el post-hoc adecuado según la

homogeneidad.

Consideraciones éticas

Protocolo aprobado por el Comité de ética e investigación de la institución responsable. Consentimiento informado a los participantes del estudio.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA.

Explorar como se comportan las variables de autorregulación, autoeficacia y locus control en las personas obesas en comparación con las personas con normopeso puede ayudarnos a comprender los fenómenos psicológicos que influyen en el control del peso. Por lo tanto, la identificación de predictores modificables de la pérdida de peso es importante para mejorar la eficacia de los programas de pérdida de peso.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Obesidad y sobrepeso. OMS. Centro de Prensa. Nota descriptiva N°311. Enero de 2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Lugli,Z. Autoeficacia y locus de control: variables predictoras de la autorregulación del peso en personas obesas. *Pensamiento Psicológico*, 2011;9(17):43-56.
- Lugli Z. Control personal de la conducta en personas con diferentes índices de masa corporal. [Tesis para optar al grado de profesor asociado]. Universidad Simón Bolívar (Caracas); 2010.
- International Physical Activity Questionnaire. IPAQ [Consultado el 6 de junio de 2015] Disponible en:<http://www.ipaq.ki.es>.
- Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977 Mar;84(2):191-215.

POSTER 39**AUTORES/AUTHORS:**

BEATRIZ YAÑEZ AMOROS, AINA MATEU PALMER

TÍTULO/TITLE:

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL EQUIPO DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL MANEJO DE LOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de Aprendizaje (TA), incluidos en el DSM-V en el apartado de los Trastornos del Neurodesarrollo (dislexia, discalculia, disgrafía y trastornos de expresión escrita) parecen competencia exclusiva de los profesionales de Educación. La implicación del Equipo de Pediatría de Atención Primaria (enfermera y pediatra) en los TA es fundamental, está en una posición privilegiada: despistaje de los TA, abordaje de algunos aspectos educativos (recomendaciones de los hábitos de estudio) durante las revisiones del niño sano en la consulta de pediatría.

OBJETIVOS

- Determinar cuáles son los conocimientos (teóricos, prácticos y clínicos) y las actitudes del Equipo de Pediatría en los Centros de Salud sobre los Trastornos de Aprendizaje (TA).
- Identificar las necesidades de formación, protocolos/guías u otro material de apoyo respecto a Trastornos de Aprendizaje (TA) del Equipo de Pediatría de Atención Primaria.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio: Estudio descriptivo y transversal.

Población del estudio: Profesionales del Equipo de Pediatría de Atención Primaria de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca (GAP).

Población: Distribución de los profesionales por categorías: 108 pediatras y 98 enfermeras pediátricas repartidos en 45 Centros de Salud y 84 Unidades Básicas de Salud.

Criterios de inclusión: Pediatras y enfermeras de Atención Primaria que realicen o hayan realizado consulta de pediatría al menos un año de experiencia y que estén en activo durante el periodo de estudio.

Criterios de exclusión: Aquellos profesionales que estén de baja laboral, vacaciones u otras circunstancias que les impidan contestar el cuestionario en el período de estudio.

Instrumentos: Hoja informativa y cuestionario auto-cumplimentado y anónimo sobre los TA.

Variables del estudio:

- Variables socio-demográficas: sexo, edad, categoría profesional y años de experiencia en pediatría.
- Formación recibida sobre Trastornos de Aprendizaje: asistencia a talleres, cursos, seminarios y a la congresos relacionados con el tema.
- Experiencia en manejo de niños con TA, tipo de TA atendidos.
- Conocimientos sobre TA: prevalencia, métodos de detección precoz, diagnóstico diferencial, uso de escalas, derivación a especialistas, señales de alarma.
- Necesidad percibida de formación, de tener protocolo, guía u otro material consensuado en referencia a la detección precoz de TA.
- Actitudes de los profesionales del Equipo de Pediatría en el manejo de los TA.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Este estudio permitirá identificar el nivel de conocimiento y actitudes del Equipo de Pediatría de Atención Primaria sobre Trastornos de Aprendizaje que posibilitará la definición de estrategias de intervención para desarrollar una adecuada atención al niño de edad escolar con TA. Puede ser la base para crear nuevas líneas de investigación, obteniendo indicadores sobre protocolos de actuación y carencias en el manejo de casos de Trastornos de Aprendizaje, pudiendo realizar estudios más concretos, que permitan implantar los protocolos de actuación y generalizar resultados sobre los conocimientos y actitudes de los profesionales respecto a Trastornos de Aprendizaje.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Pringle Morgan WA. A case of congenital word blindness. *British Med. J.* 1896; 2(1871): 1378-1379.

Instituto Nacional de Estadística (INE) (www.ine.es) (Consultado: 20 de enero de 2015). Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925480602&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m3=1259924822888.

Sans A. *¿Por qué me cuesta tanto aprender? Trastornos de Aprendizaje.* Barcelona: Ed. Edebé; 2008.

Álvarez Gómez MJ, Crespo N. Trastornos de aprendizaje en pediatría de Atención Primaria. IV Jornada de Actualización en Pediatría. Foro pediátrico.

Taylor HG. Learning Disabilities. En Marsh y Barkley (ed). *Treating the childhood disorders.* New York: Guildford; 1989.

Lagae L. Learning Disabilities: Definitions, Epidemiology, Diagnosis and Intervention Strategies. *Pediatr Clin N Am.* 2008; 55:1259-1268.

Johnson D. An overview of learning disabilities: psychoeducational perspectives. *J. Child Neurol.* 1995; 10(suplem 1):2-5.

Rodríguez Molinero L. Introducción del problema de Trastornos de Aprendizaje; impacto del niño y la familia, semblanza general del problema. En AEPap. Ed. Curso de Actualización de Pediatría. 2013. Madrid: Exlibris Ediciones; 2013. 17-22.

Álvarez Gómez MJ, Soria Aznar J y Galbé Sánchez-Ventura J. Importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor por el pediatra de Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2009; 11:65-87.

Ley Orgánica 2/2006, de 3 Mayo, de Educación (Boletín Oficial del Estado, nº 106. 4 mayo 2006. 17158-17207.

Lora Espinosa A, Díaz Aguilar MJ. ¿Qué debe saber el pediatra de Atención Primaria sobre trastornos del Aprendizaje? Herramientas de Consulta. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2014. Madrid: Exlibris Ediciones; 2014. P.159-167.

Ojembarrena Martínez E, Fernández de Pinedo Montoya R, Gorostiza Garay E, Lafuente Mesanza P, Lizarraga Azparren MA. Fracaso escolar en adolescentes y factores de riesgo sociosanitarios asociados. *An Esp Pediatr.* 2002;56:416-24.

Martínez Suarez, V. El fracaso escolar, también responsabilidad del pediatra de Atención Primaria (editorial). *Pediatr Integral.* 2014; 18(7). 2014. Curso V. p 411-412.

POSTER 40**AUTORES/AUTHORS:**

Guillermo Manuel Sibón Sancho

TÍTULO/TITLE:

Impacto de los roles de género en la salud de los cuidadores de niños y niñas con trasplante renal

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Los trasplantes se han convertido desde el siglo XX en nuevas formas de luchar contra enfermedades con limitados o ningún tratamiento alternativo y de elevada mortalidad. Entre ellos, el trasplante renal en población pediátrica se ha generalizado en los últimos años en el mundo desarrollado y ha permitido prolongar notablemente la esperanza de vida en aquellos menores con enfermedad renal crónica, aunque a costa del aumento de la morbilidad a largo plazo, tanto de la población pediátrica como de sus cuidadores (1-3), al tener un notable impacto en sus progenitores, como padres y proveedores de cuidados especiales al mismo tiempo. No debemos olvidar que como telón de fondo se encuentran los condicionantes socioculturales que influyen en la manera en la que se realiza y se experimenta este cuidado familiar, que probablemente se verá modificado en función del rol y del modelo de género que adopte cada miembro de la pareja, definidos por Sara Velasco (4).

El objetivo del presente proyecto de investigación es describir y analizar los determinantes psicosociales y subjetivos de género que intervienen en el fenómeno de cuidado familiar a niños y niñas portadores de trasplante renal, así como el impacto de los roles de género en la salud de sus progenitores.

MÉTODOS

Diseño: proyecto de investigación cualitativo de carácter fenomenológico.

Sujetos: se seleccionarán parejas o familias monoparentales con hijos o hijas receptores de trasplante renal de distinto sexo, grupos de edad y tiempo desde el trasplante.

Periodo y ámbito del estudio: el reclutamiento se llevará a cabo en las consultas externas de Nefrología infantil de un hospital de la Comunidad de Madrid que cuente con este servicio, hasta la saturación de los datos.

Recogida de datos: mediante entrevistas en profundidad focalizando en los diferentes roles que lleva a cabo cada miembro de la pareja en el cuidado del niño o niña, las modificaciones que han experimentado en su estilo de vida con respecto a la época previa al trasplante y el impacto percibido en salud por dicho fenómeno.

Análisis:

- Análisis del discurso y de las actitudes desde la perspectiva de género: comportamientos, valores, comentarios, etc. a nivel individual y de pareja que denoten el concepto que tiene cada uno de ellos sobre el rol que atribuyen a los hombres, las mujeres y las parejas como conjunto en el cuidado de sus hijos.
- Clasificar a las parejas o a sus miembros en el modelo de género tradicional, de transición o contemporáneo, así como otros posibles.
- Relacionar estos modelos con el impacto percibido en su salud, explorando tanto aspectos positivos como negativos.

DISCUSIÓN

La identificación de los roles de género en el cuidado de niños y niñas con patologías crónicas y de los conflictos con los ideales sociales, así como su influencia en la salud podría resultar útil para poder reducir a largo plazo los procesos de vulnerabilidad y prevenir el deterioro de la salud de los cuidadores mediante el establecimiento y la implementación de estrategias de actuación concretas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Diseth TH, Tangeraas T, Reinfejl T, Bjerre A. Kidney transplantation in childhood: mental health and quality of life of children and caregivers. *Pediatr Nephrol.* 2011 Oct;26(10):1881–92.
2. Hasegawa A, Oshima S, Takahashi K, Uchida K, Ito K, Sonoda T. Improvement of quality of life in tacrolimus-based pediatric renal transplant recipients and their caregivers, including donors. *Transplant Proc.* 2005 May;37(4):1771–3.
3. Manificat S, Dazord A, Cochat P, Morin D, Plainguet F, Debray D. Quality of life of children and adolescents after kidney or liver transplantation: Child, parents and caregiver's point of view. *Pediatr Transplant.* 2003;7:228–35.

4. Velasco Arias S. Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud. Madrid: Minerva Ediciones; 2009. 332 p.

POSTER 41

AUTORES/AUTHORS:

Raquel Muñoz Arenas, Patricia Tomás Sabater

TÍTULO/TITLE:

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL PROYECTO "PROMOCIÓN DE UNA VIDA ACTIVA" EN CENTROS DE SALUD DE MALLORCA

Objetivo principal: Evaluar la efectividad del "Protocolo de educación para la salud: promoción de una vida activa" (Protocolo), en términos de mejora de calidad de vida relacionada con la salud y el bienestar de las personas que participan en ellas, en los centros de salud (CS) participantes. Secundarios: Describir la situación actual de la aplicación del Protocolo en los CS del área. Explorar la satisfacción de los profesionales y usuarios en su participación. Métodos. Diseño. Objetivo principal: estudio de intervención antes y después. Secundarios: estudio descriptivo. El proyecto de investigación ha sido aprobado por la Comisión de investigación de atención primaria. Ámbito: CS con ruta saludable instaurada que aplican el Protocolo. Inicio recogida datos: 01/2015.

Sujetos/participantes. Objetivo principal: Usuarios que participen en las rutas saludables por primera vez y que quieran participar, serán informados y con consentimiento firmado. La captación la realizarán los profesionales del CS. Objetivo secundario: la información será recogida de los responsables de las Rutas Saludables en los centros de salud que las tienen instauradas y de los usuarios participantes. Criterios de exclusión en el estudio: Para el objetivo principal, los criterios de exclusión serán las personas que no puedan participar en la Ruta Saludable por contraindicación de ejercicio físico según el "Protocolo de educación para la salud: promoción de una vida activa" de la Gerencia de Atención Primaria (GAP), así como los que declinen participar. Intervención. La aplicación del Protocolo contempla: sesiones de educación en grupo sobre temas relacionados con la alimentación saludable y la vida activa; salidas a caminar por la ruta (se realizarán caminatas de unos 2,5 a 3,5 km aproximadamente, que partirán del centro de salud y finalizarán en el mismo, dos veces por semana), y sesiones de ejercicio físico que serán llevadas a cabo simultáneamente. Tanto las sesiones como las salidas serán conducidas por profesionales del CS. Recogida de datos (variables). Objetivo principal: Variable de resultado: Calidad de Vida relacionada con la salud (cuestionario SF-12). Otras: Sexo. Edad. Medidas antropométricas y de valoración física (TA, FC). Enfermedades crónicas diagnosticadas. Nivel de actividad física (IPAQ). Cumplimiento de dieta mediterránea (PREDIMED). Relaciones sociales (DUKE-UNC 11). Recogida de datos: antes de iniciar la intervención y al finalizarla, mediante una entrevista y valoración de los participantes. Objetivo secundario. Descripción actual de la aplicación del Protocolo, mediante entrevista con cuestionario elaborado ad hoc que recoge: características personales/laborales del responsable. Actividades enmarcadas en el Protocolo. Satisfacción y dificultades encontradas para llevarlo a cabo. Propuestas de mejora. Satisfacción de los usuarios con el programa mediante cuestionario elaborado ad hoc. Plan de Análisis descriptivo de las variables en global. Para la variable del objetivo principal/secundario cuantitativas: medias y desviaciones estándar (normales) y mediana y percentiles en caso contrario. Para variables cualitativas: porcentaje y número total. Análisis bivariante, comparación de los resultados antes de empezar la intervención con el final de la misma, se utilizará el test de Student y/o test de Wilcoxon. Descripción relatada de la situación actual del Protocolo en los CS. Implicaciones para la práctica clínica: Caminar ha sido descrito como la forma de actividad física que mayores beneficios aporta a la salud, el efecto positivo de caminar para la prevención de las enfermedades cardio-cerebro-vasculares está sobradamente demostrado. Y, además, también puede afectar positivamente al mantenimiento del peso corporal así como disminuir el sobrepeso y la obesidad, mantener o incrementar la fuerza muscular y mejorar la movilidad. También se ha demostrado que puede contribuir a la prevención de enfermedades óseas como la osteoporosis o la osteoartritis y que puede resultar beneficioso para personas con enfermedades respiratorias, algunos tipos de cáncer o diversos problemas de salud mental como la depresión, la ansiedad o la demencia e incluso se relaciona un nivel bajo de actividad física con el riesgo de padecer depresión. La Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, reconoce a la atención primaria, como nivel básico e inicial de atención que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo del curso de la vida. Comprende entre sus actividades la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. La promoción de la actividad física es una de las tareas fundamentales en AP, forma parte de la cartera de servicios y el papel de las enfermeras es fundamental.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Cordero A, Masia MD, Galve E. Ejercicio físico y salud. Rev Esp Cardiol. 2014; 67:748-53

Boraita A. Ejercicio, piedra angular de la prevención cardiovascular. Rev Esp Cardiol. 2008; 61 (5): 514-528

Rivas-Estany E. El ejercicio físico en la prevención la rehabilitación cardiovascular. Rev Esp Cardiol Supl. 2011;11(E):18-22

- Subirats E. Prescripción de ejercicio físico: indicaciones, posología y efectos adversos. 2012; 138, (1): 18–24
- García L, et al. Efecto en el riesgo cardiovascular de una intervención para la promoción del ejercicio físico en sujetos sedentarios por el médico de familia. Rev Esp Cardiol. 2010; 63, (11): 1244–1252
- Sauquillo MTP. Eficacia de un programa de actividad física municipal en un grupo de adultos mayores físicamente activos. Dialnet. 2007; 5, 1-100
- Viana BH, Gómez JR, Da Silva ME. Efecto de un programa de actividad física para la tercera edad sobre una población físicamente activa. MD. 2005; 1, 18-22
- Centeno R, Caraballo M, Rodríguez M, Naranjo J, Galiano D, Cayetano M. Valoración fisiológica de un programa de actividad física en adultos. Original, archivos de medicina del deporte. 2005; 105 (22), 9-18
- Schmid M, Egli K, Briant MW, Bauer GF. Health promotion in primary care: evaluation of a systematic procedure and stage specific information for physical activity counselling. Swiss Med Wkly. 2009; 139, 665-671
- Sabti Z, Handschin M, Kutlar M, Allenspach EC, Nüscher M, Grize L, et al. Evaluation of a physical activity promotion program in primary care. Family Practice. 2010; 27, 279-284
- Barriopedro MI, Eraña I, Mallol L. Relación de la actividad física con la depresión y satisfacción con la vida en la tercera edad. Revista de Psicología del Deporte. 2001; 10 (2), 239-246
- Strawbridge WJ, Deleger S, Roberts RE, Kaplan GA. Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. Am. J. Epidemiol. 2002; 156 (4): 328-334
- Penedo FJ, Dahn JR. Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. Current Opinion in Psychiatry. 2005; 18 (2): 189-193
- Conselleria de Salut de les Illes Balears. Protocol d'educació per a la salut: Promoció d'una vida activa. Palma: Govern de les Illes Balears, 2014
- Wilson-Escalante LI K, Sánchez-Rodríguez MA, Mendoza-Núñez VM. Sedentarismo como factor de riesgo de trastornos depresivos en adultos mayores. Un estudio exploratorio. Rev Fac Med. 2009; 52: 244-247

POSTER 44**AUTORES/AUTHORS:**

Beatriz Yáñez Amorós, Josep Lluís Ferrer Perelló

TÍTULO/TITLE:**BENEFICIOS DEL CHOCOLATE NEGRO EN EL SISTEMA NEURO-CARDIO-METABÓLICO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA****INTRODUCCIÓN**

El *Theobroma Cacao L.* (theo= dios y broma=alimento: "alimento de los dioses") es el nombre científico que da origen al árbol del cacao o cacaotero, cuyo fruto contiene entre 30-50 granos. Las semillas de cacao, las cuales se obtiene el chocolate, son muy ricas en taninos que le confiere su sabor amargo. A pesar de ser uno de los alimentos más codiciados de nuestra dieta mediterránea, el chocolate contiene una serie de componentes activos que se les atribuyen efectos beneficiosos, sobre todo a nivel neuro-cardio-metabólico.

OBJETIVOS

Analizar la información disponible en las bases de datos indexadas sobre los beneficios que conlleva el chocolate negro puro a nivel neurológico, cardiovascular y metabólico.

MÉTODOS

Se realiza una búsqueda no exhaustiva en Medline, PubMed, CINAHL, Cochrane Library, Academic Search Complete (EBSCO) y Google Académico utilizando los descriptores (DeCS) cacao, polifenoles, sistema cardiovascular, síndrome metabólico, diabetes mellitus, antioxidantes y accidente cerebrovascular.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 105 registros, de los cuales se incluyeron 14 revisiones sistemáticas y 21 estudios relevantes para este trabajo, escritos en español e inglés, entre el año 2000 y 2014. Se excluyeron 43 estudios por ser artículos no relacionados con el tema, 25 por no tener acceso libre y 2 publicados antes del año 2000.

Estos estudios enumeran los beneficios que aporta el cacao sobre el sistema nervioso: provoca euforia y bienestar emocional (teobromina, feniletilamina y anandamida), inhibe de la inflamación cerebral como la migraña (cafeína), mejora la visión (flavonoides) y evita la pérdida de memoria y daño después de un derrame cerebral (resveratrol y epicatequina). Otros estudios se centran en el sistema cardiovascular, señalando que los flavonoides del cacao tienen efecto modulador sobre la función plaquetaria (reduce el riesgo de formación de trombos) y efecto hipolipemiante (incrementa HDL, disminuye LDL y disminuye triglicéridos). El consumo de 6,3-10 gramos diarios se relaciona con la disminución de la presión arterial (la PAS reduce hasta 4,1 mm Hg y la PAD entre 1,8 y 8,5 mm Hg) y la vasodilatación periférica. Algunos estudios afirman que el chocolate negro puro actúa sobre el sistema endocrino-metabólico como acelerador del metabolismo con incremento de gasto energético (mantiene el peso de forma natural). Finalmente se localizó que la presencia de flavonoides mejora la sensibilidad a la insulina (regula los niveles de glucosa) y aumenta la supervivencia de las células-B pancreáticas.

DISCUSION E IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Existe evidencia de que el consumo moderado de chocolate negro, gracias a sus componentes activos, posee efectos antihipertensivos, hipolipemiantes, antilipídicos y antidiabéticos. En el contexto del ámbito sanitario, para un futuro sería interesante utilizar el chocolate como recomendación nutricional para cada persona disminuyendo de manera eficaz el riesgo de enfermedades neuro-cardio-metabólicas. Y también serviría como coadyuvante del tratamiento farmacológico y estilo de vida de la persona. Sin embargo, requiere más estudios que definan la magnitud de estos beneficios y los mecanismos de acción de los componentes activos del chocolate.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Duarte DA, Rosales MA, Papadimitriou A, Silva KC, Amancio VH, Mendonça JN, Lopes NP, de Faria JB, de Faria JM.

Polyphenol-enriched cocoa protects the diabetic retina from glial reaction through the sirtuin pathway. *J Nutr Biochem.* 2015 Jan; 26 (1): 64-74.

Lippi D. Chocolate in history: food, medicine, medi-food. *Nutrients.* 2013; 5.

Galleano M, Oteiza PI, Fraga CG. Cocoa, chocolate, and cardiovascular disease. *J Cardiovasc Pharmacol.* 2009; 54:483-90.

- Pascual V, Valls RM, Solà R. Cacao y chocolate ¿un placer cardiosaludable? *Clín e invest en arterioesclerosis*. 2009; 21 (4): 198-209.
- Grassi D, Desideri G, Ferri C. Flavonoids: antioxidants against atherosclerosis. *Nutrients*. 2010; 2:889-902.
- Ding EL, Hutfless SM, Ding X, Girotra S. Chocolate and prevention of cardiovascular disease: a systematic review. *Nutr Metab (Lond)*. 2006; 3:2.
- Buitrago-Lopez A, Sanderson J, Johnson L, Warnakula S, Wood A, Di Angelantonio E, Franco OH. Chocolate consumption and cardiometabolic disorders: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2011; 343:d4488.
- Djoussé L, Hopkins PN, North KE, Pankow JS, Arnett DK, Ellison RC. Chocolate consumption is inversely associated with prevalent coronary heart disease: the National Heart, Lung, and Blood Institute Family Heart Study. *Clin Nutr*. 2011; 30:182-7.
- Taubert D, Roesen R, Lehmann C, Jung N, Schömig E. Effects of low habitual cocoa intake on blood pressure and bioactive nitric oxide: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2007; 298:49-60.
- Nogueira Lde P, Knibel MP, Torres MR, Nogueira Neto JF, Sanjuliani AF. Consumption of high-polyphenol dark chocolate improves endothelial function in individuals with stage 1 hypertension and excess body weight. *Int J Hypertens*. 2012;2012:147321.
- Mogollon JA, Bujold E, Lemieux S, Bourdages M, Blanchet C, Bazinet L, Couillard C, Noël M, Dodin S. Blood pressure and endothelial function in healthy, pregnant women after acute and daily consumption of flavanol-rich chocolate: a pilot, randomized controlled trial. *Nutr J*. 2013; 12:41.
- Buijsse B, Feskens EJ, Kok FJ, Kromhout D. Cocoa intake, blood pressure, and cardiovascular mortality: the Zutphen Elderly Study. *Arch Intern Med*. 2006; 166:411-7.
- Hooper L, Kroon PA, Rimm EB, Cohn JS, Harvey I, Le Cornu KA, Ryder JJ, Hall WL, Cassidy A. Flavonoids, flavonoid-rich foods, and cardiovascular risk: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Clin Nutr*. 2008; 88(1):38-50.

POSTER 45**AUTORES/AUTHORS:**

Lidia Fernández Gutiérrez, Natalia Díaz Vigón, Ana Isabel Díaz Cano

TÍTULO/TITLE:

Y al final, ¿Qué? Tu enfermera te acompaña

OBJETIVOS

- Describir el papel de la enfermera de atención primaria en el ámbito de los cuidados paliativos.
- Analizar la relación establecida entre los enfermos y la familia con su enfermera de atención primaria en casos de enfermedad terminal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica a través de bases de datos (pubmed, medline, CUIDEN, CINAHL), páginas web específicas como la SECPAL (<http://www.secpal.com/>) y bibliografía gris revisada manualmente.

Se seleccionaron aquellos artículos que tenían relación con la enfermedad terminal y los cuidados de enfermería en atención primaria. A raíz de la lectura de los artículos, se resumieron en tres los aspectos más importantes que hacen a la población ver a la muerte como algo temible y complejo:

A) Epidemiología de la muerte:

La enfermería trata en la actualidad numerosos casos de enfermedades terminales. El cáncer dio lugar al desarrollo de los cuidados paliativos en todo el mundo y es la enfermedad que más frecuentemente lleva al enfermo a precisar estos cuidados⁵. También el SIDA, por su evolución y cronicidad aboca a un importante número de enfermos a precisar cuidados cuando llega la muerte.

Además de las enfermedades, la propia característica del ser humano de envejecer lleva a que algunas personas, necesiten en la vejez cuidados para llegar a la muerte con el mayor confort posible.

B) Aspectos socioculturales:

Actualmente, el proceso de la muerte no se vive como se vivía hace unas décadas, no es aceptado de manera natural en la sociedad y en el ámbito clínico muchas veces es vivido como un fracaso⁶.

La motivación de cuidar a enfermos terminales va unida en muchos casos a la cultura y a la religión. En décadas anteriores, había un mayor contacto la muerte, los familiares morían y eran velados por sus familiares en casa, mientras que en la actualidad lo más frecuente es que el fallecimiento se produzca en un hospital, muchas veces acompañados por personal sanitario.

Si nos fijamos en los niños, la mayoría de familias evitan que estos estén en contacto con un enfermo grave aunque se aun familiar, se les prohíbe acudir a los velatorios y se les suaviza el tema de la muerte, no preparándolos psicológicamente para la llegada de ésta (Thomas 1991).

C) Vivencia de la muerte:

Cada persona se enfrenta a la muerte de diferente manera, pero en general se experimenta como un duelo, un cambio de rol, aparecen sentimientos de pérdida y la persona pasa por diferentes fases antes de lograr asimilar su situación. La enfermería tiene un papel fundamental, no sólo de control de síntomas sino de apoyo emocional y social tanto al paciente que experimenta el final como a su familia.

Todos estos aspectos y muchos otros hacen que las personas se sientan vulnerables cuando se acerca el hecho de morir por lo que acuden a los servicios médicos, entre ellos a su enfermera de atención primaria. Este trabajo trata de definir y reconocer la labor de dichas enfermeras que acompañan a sus pacientes en todas las etapas de su vida, entre ellas el final.

Otro aspecto que resultó muy importante a la luz de los artículos estudiados, es el proceso de duelo, en el que la enfermera tiene un papel crucial de acompañamiento al paciente y familia en la búsqueda de un duelo lo más efectivo posible.

La definición de cuidados paliativos propuesta por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos y aceptada por la OMS los define como: "Cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial"⁷. Dentro de este grupo de problemas espirituales entra el proceso de duelo que el paciente y familia experimentarán cuando conozcan el pronóstico y sean conscientes de que van a perder cosas y que se enfrentan a una nueva fase a la que deben adaptarse⁸. Kubler Ross en su investigación "On death and dying"⁹ explica las fases de duelo que va a experimentar la persona que se enfrenta a él, las cuales debe conocer la enfermera para poder actuar en cada una adecuadamente.

COMENTARIOS Y DISCUSIÓN

La enfermera de atención primaria mantiene una estrecha relación con los pacientes en las distintas etapas de su vida. En la fase final, estas enfermeras están capacitadas para continuar acompañando a los pacientes y familias, buscando el mayor confort posible. Además del control de síntomas, la gestión de los cuidados y el acompañamiento, la enfermera de atención primaria puede tener un papel crucial en el proceso de duelo. Ella misma puede ayudar al paciente y familia a evitar los duelos disfuncionales, pero además está capacitada para distinguir los problemas psicológicos cuando aparecen y derivar de manera precoz a los profesionales adecuados en caso de que sea necesario.

La colaboración de estas enfermeras con los equipos específicos de cuidados paliativos forma un tándem idóneo para el tratamiento multidisciplinar de los pacientes terminales y sus familias que desemboca en el mejor cuidado y atención a dichos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1 Veta T, Arrieta J, Lozano JE, Miralle M, Ares Y, Gñomez C et al. Atención Sanitaria paliativa y de soporte de los equipos de AP en el domicilio. GAC sanit. 201,25(3): 205-210.
- 2 Bayes R. Morir en paz: evaluación de los factores implicados. Med Clin (internet) 2004 (Consulta el 14 de Enero de 2015); 122 (14) 539-541: Disponible en: <http://www.elsevier.es/en/node/2031447>.
- 3 Organización Mundial de la Salud. WHO definition of palliative care (Internet). Ginebra. OMS; 2011 (Consulta el 19 de Enero de 2015). Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- 4 Tejada Domínguez FJ, Ruíz Domínguez MR. Abordaje asistencial en el paciente en fase avanzada de enfermedad y familia. Enfermería global (Internet) 2009 (consulta el 12 de enero de 2015); (15). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000100003&lng=pt
- 5 Colell Brunet R. Enfermería y cuidados paliativos. Primera edición. Lleida: Edición de la universitat de Lleida; 2008. 1: 7-11.
- 6 Jover Fulgueira, S. Algunas consideraciones psicológicas sobre la muerte y el morir. Revista Rol de Enfermería, 1979; 12: 37-45.
- 7 Asociación española contra el cáncer. AECC (Internet). Madrid. (Consulta el 15 de febrero de 2015). Disponible en: <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CUIDADOSPALIATIVOS/Paginas/Definici%C3%B3ndecuidadopaliativo.aspx>
- 8 Asociación Española de Enfermería en Cuidados Palativos. Historia (Consulta el 10 de enero de 2015). Disponible en: <http://secpal.com/aecpal/sociedad/index.php?acc=historia>
- 9 Tabloski P, Tardiff K. Asistencia en la última etapa de la vida. En: Tabloski P. Enfermería gerontológica. 2ª Ed. Madrid: Pearson; 2010. P 308-341.

POSTER 47**AUTORES/AUTHORS:**

Isabel Domínguez-Sánchez

TÍTULO/TITLE:

Máster en Nuevas Tendencias Asistenciales en Ciencias de la Salud, percepciones y valoración de profesores y alumnos

Introducción: En Ciencias de la Salud la actualización es de vital importancia, haciendo necesario para ello identificar aspectos tanto positivos como susceptibles de mejora en el marco de las actividades formativas de los profesionales sanitarios. El gran valor de los títulos de postgrado en el desarrollo profesional es bien conocido, sin embargo en España o América latina encontramos una gran ausencia de estudios dirigidos a evaluar la calidad de este nivel educativo, a la vez que importantes deficiencias. Los estudios existentes en España dirigidos a evaluar la calidad de los estudios de postgrado universitarios han surgido por iniciativa propia de los responsables de los mismos o por investigadores del sistema universitario (López-Romero, 2003a). Estos procesos de evaluación de los programas de postgrado universitarios es por tanto un campo de investigación reciente. La justificación de evaluar la calidad de los títulos propios universitarios en España principalmente por las siguientes razones: Son estudios claramente diferenciados de otros títulos; conllevan una importante inversión económica por parte del alumnado; el auge experimentado en los últimos años; la realidad ofertada no se corresponde en muchos casos con las expectativas de sus estudiantes; y dada la posibilidad de continuar con títulos de doctorado, se hacen necesarias unas mínimas garantías de calidad (Contreras, 1996). De este modo, se permitiría responder a la cuestión de la relevancia de la justificación del título para cumplir el primer criterio de valoración de calidad propuesto por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA). Se plantea con este trabajo ofrecer un punto de vista diferente de los estudios de dicho máster, desde los actores mismos del título, que complementen su evaluación general.

Objetivos: analizar la percepción de alumnos y profesores sobre los estudios del máster propio de la Universidad de Sevilla en Nuevas Tendencias Asistenciales en Ciencias de la Salud, así como la importancia o el peso que estos estudios tienen a distintos niveles en el alumnado, conocer la valoración de los estudiantes sobre su paso por el título antes y después de haber finalizado los mismos, analizando posibles cambios, y finalmente explorar las fortalezas y posibles áreas de mejora.

Metodología: se plantea un diseño cualitativo mediante grupos de discusión y entrevista, para la evaluación de: 1.) diseño del programa (objetivos del curso, contenidos y estructuración, metodología de enseñanza, sistemas de evaluación, recursos y espacios, profesorado, calendario, proyección al exterior); 2.) Objetivos del programa; 3.) Organización administrativa; 4.) Contenido del currículum; 5.) Cultura del programa (ambiente social y relacional en que se desarrolla); 6.) Profesorado (calidad, adecuación, cualificación, accesibilidad); 7.) Experiencias de aprendizaje; 8.) Instalaciones; 9.) Alumnado (criterios de admisión existentes en el programa del mismo, calidad académica); 10.) Relaciones Internacionales y con empresas (López-Romero, 2003b) Se deja abierto el diseño emergente para tener en valoración la inclusión de nuevas categorías. Participarán alumnado y profesorado del máster durante el curso académico 2015-2016. Se tendrán en cuenta los aspectos éticos del estudio solicitando su aprobación al comité ético de la Universidad de Sevilla y el consentimiento informado a los participantes por escrito. La muestra de alumnos se seleccionará en base a grupos de 6 personas hasta obtener un total de 6 grupos focales, o hasta llegar a la saturación de datos. Se realizarán entre 6 entrevistas en profundidad a alumnos, e igual número a profesores para enriquecer la información obtenida. En ambos casos (grupos de discusión y entrevistas), se partirá de un guión de preguntas de referencia. La homogeneidad en los grupos de alumnos se buscará en base a la titulación de origen; en los profesores, según temporalidad de la asignatura impartida (primer o segundo trimestre). Se buscará la heterogeneidad del grupo de alumnado en base al sexo y edad. Los grupos de profesorado igualmente responderán a criterios de heterogeneidad de sexo y edad. Se tomarán los datos sociodemográficos de los participantes y se realizará análisis de contenido y del discurso. El programa NUDIST Vivo ofrecerá el apoyo informático necesario. Los posibles resultados de este estudio dentro de la organización, gestión de recursos y servicios se prevé de gran valor tanto a nivel institucional como social, con extensión a mejorar la calidad en la formación de los profesionales sanitarios, señalando las líneas a seguir en el mismo. Así mismo los resultados serán susceptibles de publicación en documentos de impacto y consulta común por profesionales de la salud.

Palabras clave: estudios de segundo ciclo, estudios de máster, técnicas cualitativas, estudiantes de enfermería, estudiantes de fisioterapia, estudiantes de podología.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Contreras, E. (1996). La evaluación de los cursos de postgrado: una necesidad apremiante. Documento policopiado.

López-Romero, M.A. (2003a). Impacto de los títulos propios de la Universidad de Sevilla desde la perspectiva de los alumnos egresados. *Enseñanza*, 21, 115-138.

López-Romero, M.A. (2003b). Criterios de calidad para la evaluación de los títulos de máster. *Revista de Enseñanza Universitaria*, 22, 33-43.

Universidad de Sevilla. Memoria para la solicitud de verificación del título oficial de Máster Universitario en Nuevas Tendencias Asistenciales en Ciencias de la Salud por la Universidad de Sevilla. Recuperado de:

http://servicio.us.es/academica/sites/default/files/nuevosplanes/memorias/MU_Nuevas_Tendencias_CC_Salud.pdf

Universidad de Sevilla. Títulos oficiales de Máster Universitario 2014-2015. Máster Universitario en Nuevas Tendencias Asistenciales en Ciencias de la Salud. Recuperado de: http://www.us.es/estudios/master/master_M100

POSTER 50**AUTORES/AUTHORS:**

Aránzazu León Velasco, Estrella Salvador Vadillo, Sara Casado Nistal, Miriam Torregrosa Pascual, Ana Rodríguez Gonzalo

TÍTULO/TITLE:

INTERVENCIÓN ENFERMERA DIRIGIDA A LA MEJORA DE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR.

Introducción El Trastorno Bipolar es un problema de salud pública de magnitud considerable, causando sobrecarga significativa en los cuidadores, según diversos estudios.

Objetivo Evaluar la eficacia de la aplicación de una intervención enfermera en la mejora de la sobrecarga subjetiva de los cuidadores de pacientes con trastorno bipolar, tras conocer los niveles de sobrecarga de los mismos.

Metodología Diseño experimental aleatorizado pre-postest realizado entre mayo de 2014 y marzo de 2015 en el que se han medido los niveles de sobrecarga de dieciséis cuidadores de pacientes con trastorno bipolar que acuden a la consulta de enfermería del H.U. Ramón y Cajal mediante la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, pasándoles el Cuestionario de Apgar Familiar para conocer la dinámica familiar de los mismos, tras lo cual se les ha distribuido de forma aleatoria al grupo experimental y al grupo control. Los participantes del grupo experimental han recibido una intervención enfermera para mejorar la sobrecarga, tras la cual han vuelto a medir los niveles de la misma a ambos grupos.

Resultados Se reclutaron finalmente diez cuidadores de pacientes con trastorno bipolar, observándose que solo un 20% de ellos presentaban sobrecarga intensa. Tras la aleatorización de la muestra de estudio, se aplicó una intervención enfermera al grupo experimental contemplando un aumento de la puntuación en el Cuestionario de Sobrecarga del Cuidador de Zarit de 3'5 puntos tras la misma, mientras que en el grupo control dicho aumento fue de 5'8 puntos.

Discusión Estos resultados sugieren que el porcentaje de cuidadores de pacientes con trastorno bipolar con sobrecarga es bajo en la población de estudio, además de que la intervención enfermera no es útil para disminuir los niveles de dicha sobrecarga, difiriendo de los datos encontrados en otros estudios. Tanto los sentimientos de culpa y las dudas que se han observado en los cuidadores participantes en el presente estudio como los porcentajes obtenidos en cuanto a la funcionalidad familiar coinciden con los datos reflejados en estudios de otros autores. En cuanto a la implicación en la práctica clínica, este estudio aporta la importancia observada de involucrar a los profesionales de salud mental en el apoyo a los cuidadores de pacientes, con el fin de que exista un espacio en el que la escucha de dichos cuidadores y la expresión de dudas o sentimientos por parte de los mismos sean los principales objetivos.

Palabras clave: trastorno bipolar, cuidadores, sobrecarga, intervención.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Vieta E, García J, Sánchez J. Detección, evaluación y tratamiento de los trastornos bipolares. Soda gráfica S.L.;2006.

Perlick DA, Hohenstein JM, Clarkin JF, Kaczynski R, Rosenheck RA. Use of mental health and primary care services by caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study. *Bipolar Disord.*2005;7:126-135.

NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier España S.L.;2010.

Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF, Maciejewski PK, Sirey J, Struening E, et al. Impact t of Family Burden and Affective Response on Clinical Outcome Among Patients With Bipolar Disorder. *Psychiatric Services.*2004; 55(9): 1029-1035.

Reinares M, Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A, Torrent C, Comes M, et al. What really matters to bipolar patients' caregivers: Sources of family burden. *Journal of Affective Disorders.*2006;94:157-163.

Perlick DA, Miklowitz DJ, Lopez N, Chou J, Calvin C, Adzhishvili V, et al. Family-focused treatment for caregivers of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders.*2010;12:627-637.

Lima-Rodríguez JS, Lima-Serrano M, Sáez-Bueno A. Intervenciones enfermeras orientadas a la familia. *Enferm Clín.*2009;19(5):280-283.

Rico-Blázquez M, Escortell-Mayor E, del-Cura-González I, Sanz-Cuesta T, Gallego Berciano P, et al. CuidaCare: effectiveness of a nursing intervention on the quality of life's caregiver: cluster-randomized clinical trial. *BMC Nursing.*2014; 13(2).

Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of feelings and Burden. *Gerontologist.*1980; 20: 649-655.

Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract.1978; 6: 1231-9.

Dahlqvist P, Skärsäter I, Wijk H, Danielson E. Experience of living with a family member with bipolar disorder. International Journal of Mental Health Nursing.2011;20:29-37.

POSTER 53**AUTORES/AUTHORS:**

Sylvia Díaz Fernández, Juan Manuel Jiménez García, Juan José Fernández Miranda

TÍTULO/TITLE:

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE UN PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN PARA FAMILIARES DE PERSONAS CON TRASTORNOS MENTAL GRAVE

Objetivos

Ante la evidencia mostrada por los diferentes estudios sobre la necesidad de intervención con las familias de personas con trastorno mental grave, y teniendo en cuenta que una de las prestaciones que plantea tanto la Estrategia Nacional de Salud mental como el Programa de atención a personas con trastornos mentales graves (TMG) del Área Sanitaria V de Asturias es precisamente la atención a las familias, se diseñó un programa de psicoeducación de aplicación grupal orientado a trabajar con familias de pacientes con TMG del AGC SM-V del SESPA.

Los objetivos del programa para familias eran dar a conocer a los familiares diversos aspectos relacionados con los trastornos mentales graves, enseñar a los familiares cómo relacionarse con los usuarios y cómo enfrentar situaciones problemáticas derivadas de la convivencia con ellos y promover la participación activa de los familiares.

El objetivo de este estudio es evaluar la satisfacción con el programa de psicoeducación para familias de personas con Trastorno Mental Grave en el Área Sanitaria de Gijón (Asturias).

Método

Estudio de satisfacción de las familias de usuarios del programa de trastornos mentales graves del Área de Gestión Clínica de Salud Mental del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) (N=40). Se pasó un cuestionario ad hoc con varios ítems como la valoración de la eficacia del programa, de la competencia y profesionalidad del personal, la capacidad para escucharles y de la utilidad de las recomendaciones dadas. El cuestionario constaba de 18 ítems con respuestas: excelente, satisfactorio, ni bien ni mal, mal, muy mal. Los grupos eran llevados por un psicólogo y una enfermera especialista en salud mental (coterapeuta). El número de sesiones fue de veinte.

Resultados

La eficacia del programa de psicoeducación era percibida en un 53,8 % como satisfactoria. El comportamiento y manera de tratar del personal por el 76.9% como excelente. La competencia y profesionalidad de los profesionales por un 76.9% como excelente. La capacidad para escucharles y comprender sus problemas por parte de los profesionales por un 61.5% como excelente. La puntualidad de los profesionales y el tiempo de espera por un 69.2% como satisfactorio. La eficacia del programa de psicoeducación para ayudarles a mejorar la vida familiar por un 53.8% como excelente. La confidencialidad y el respeto a sus derechos por un 53.85% como excelente. La ayuda recibida por un 53.8% como satisfactoria, y el tipo de programa de psicoeducación ofertado por otro 53.8% como excelente. Las recomendaciones dadas, por un 61.5% como satisfactorias. La eficacia del programa de psicoeducación para ayudarle a mejorar la relación con sus familiares fue valorada por el 61.5% como satisfactoria, y para conocer y comprender mejor los problemas que les afectan también por el 61.5% como satisfactoria. La información recibida (sesiones explicativas de los profesionales sobre los diferentes aspectos de las enfermedades) la calificó un 53.85% como sobresaliente. La duración del programa había sido para el 76.9% adecuada. Recomendaría a otras familias que siguieran este programa de psicoeducación el 84.6%.

Discusión y conclusiones

El programa de psicoeducación para familias de personas con TMG del Área fue valorado muy satisfactoriamente por sus usuarios, destacando su eficacia y utilidad, y la competencia y la profesionalidad de quienes lo llevaron adelante.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Belloso Roperó, J.J., García Albea, E. y De Prado, E., (2000). Intervención psicoeducativa en un centro de rehabilitación psicosocial. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 20(73), 023-040.

Muela, J.A. y Godoy, J.F., (2003). Programas actuales de intervención familiar en esquizofrenia. *Psicothema*; 13(1): 1-6.

Varios Autores. Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre Trastornos Mentales. <http://portal.guiasalud.es>

POSTER 56**AUTORES/AUTHORS:**

Marina Gallego Jiménez, Beatriz Arranz Álvarez, Laura Vaquero Velerdas, Cristina Oter Quintana

TÍTULO/TITLE:

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA PERSONAS SIN TECHO CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

INTRODUCCIÓN

La expresión "persona sin hogar" (PSH) ha nombrado históricamente realidades sociales muy diversas. Las definiciones actuales pretenden superar el aspecto material para sumergirse en el espacio de las relaciones sociales, considerando que una PSH no es sólo quien carece de un techo sino quien no dispone de un alojamiento permanente que le permita el desarrollo de una vida social plena (1)(2).

En la década pasada, la Federación Europea de Servicios de Atención a Personas sin Hogar (FEANTSA) desarrolló la Tipología Europea de Sin Hogar y Exclusión Residencial (ETHOS) (3) que constituye una herramienta fundamental en la definición del sinhogarismo en el contexto europeo. La idea principal que subyace a esta propuesta es diferenciar cuatro categorías conceptuales: Sin Techo, Sin Vivienda, Vivienda Insegura y Vivienda Inadecuada.

La cuantificación de las PSH en España resulta compleja por las dificultades de definición del fenómeno y los procedimientos metodológicos empleados para su medición. En base a la Encuesta sobre personas sin hogar realizada en 2012 por el INE se estima que en España existen 23.000 personas PSH (4). Especial interés ha tenido el estudio de los problemas de salud mental que afectan a este colectivo. Se estima que un 30% de estas personas padecen una enfermedad mental grave (5). Los trastornos mentales tienen doble relación con el sinhogarismo, ya que además de empeorar con éste (6), suponen un factor de riesgo para acabar en la calle (7).

El objetivo de este trabajo es revisar la evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones específicas de enfermería dirigidas a la mejora de salud de personas sin techo y sin vivienda con trastornos de salud mental.

MÉTODO

Se lleva a cabo una revisión narrativa de la evidencia disponible en bases de datos de Ciencias de la Salud: PubMed, Proquest, y Psycinfo. Se hizo uso del lenguaje documental y libre, siendo algunos de los términos utilizados "homeless person" "nursing care" "nursing intervention" and "psychiatric-mental health nursing". En las ecuaciones de búsqueda estos términos se combinaron haciendo uso de los operadores booleanos AND y OR. Se incluyeron en la revisión artículos publicados que respondieran a la pregunta de investigación planteada, publicados en los últimos 10 años, escritos en español e inglés y cuyo abstract estuviera disponible.

RESULTADOS

En esta revisión de la literatura se encontraron un total de 347 artículos (233 en PUBMED, 16 en psycINFO y 98 en Proquest), de los que, tras la lectura del resumen, se extrajeron 37 (26 PUBMED, 4 en psycINFO y 7 en ProQuest) para una lectura completa, encontrándose dos estudios que cumplían con los criterios de inclusión. El primero, publicado en dos artículos, contaba con dos grupos a los que se asignaron aleatoriamente los programas de Mensaje Artístico (MA), en el que los participantes fueron animados a crear mensajes relativos a la salud y al consumo de drogas, y de Promoción de la Salud (PPS), que consistió en tres o cuatro sesiones de 45 minutos. El estudio se llevó a cabo con 154 jóvenes sin techo consumidores de droga.

Las mediciones realizadas en la primera parte del estudio (8) fueron la evaluación de síntomas depresivos y de bienestar psicológico y emocional. Los síntomas depresivos no se vieron modificados pero las puntuaciones de bienestar psicológico mejoraron significativamente en el grupo PPS.

La segunda parte del estudio (9), evalúa el impacto de estos dos programas sobre el consumo de drogas. Se hallaron reducciones significativas en el consumo de alcohol y marihuana en ambos programas y el consumo de cocaína, metanfetamina y alucinógenos descendió en el grupo de PPS.

El otro estudio, un piloto cuasi experimental sin grupo control, evaluó la viabilidad de la supervisión diaria de la adherencia a la medicación entre 10 pacientes psiquiátricos sin hogar (10) que recibieron llamadas telefónicas diarias del personal de enfermería mediante un sistema interactivo de voz. Además de los hallazgos positivos en la viabilidad de la intervención, se encontraron tasas de adherencia mayores a las de la media y los participantes manifestaron que al sentirse atendidos se esforzaron en seguir el

régimen terapéutico.

DISCUSIÓN

Se han encontrado muy pocas evaluaciones de intervenciones específicas de enfermería en este ámbito de trabajo y de baja calidad metodológica. Las existentes se centran en la adherencia al tratamiento y el fomento del autocuidado mediante la educación sanitaria y otras técnicas, lo cual se asemeja a las tareas desempeñadas por los enfermeros en nuestro medio.

Los escasos hallazgos se pueden justificar con el hecho de que sí existan estudios que evalúan intervenciones multidisciplinares que en ocasiones incluye el trabajo de enfermería, así como con la falta de búsqueda en otras bases de datos. Estos estudios corroboran la hipótesis sobre la cual fundamentamos parte de nuestra revisión de la necesidad existente de intervenir con programas específicos a las personas que, encontrándose en una situación Sin Techo, cursan alguna patología mental (11).

Futuras investigaciones en esta línea deberían ir encaminadas a la búsqueda del papel de enfermería en estas intervenciones en lugar de en acciones independientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Cabrera P. Huéspedes del aire: Sociología de las personas sin hogar en Madrid. Madrid: Universidad de Comillas; 1998. 17-91 p.
2. Muñoz M, Vázquez C, Vázquez JJ. Los límites de la Exclusión: Estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid [Internet]. Madrid: Ediciones Témpora; 2003. 271-277 p. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=70595>
3. FEATNSA. European Typology of Homelessness and housing exclusion (ETHOS) [Internet]. Available from: <http://www.feantsa.org/spip.php?article120&lang>
4. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta a las personas sin hogar [Internet]. 2012. Available from: <http://www.ine.es/prensa/np761.pdf>
5. Vázquez Souza MI. El programa de atención psiquiátrica dirigido a enfermos mentales sin hogar. *Estud Psicol.* 2011;16(3):353–62.
6. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet.* Elsevier Ltd; 2014;384(9953):1529–40.
7. Cordero del Castillo P. Los “sin techo” en España. *Humanismo y Trab Soc.* 2007;6:55–70.
8. Nyamathi A, Branson C, Kennedy B, Salem B, Khalilifard F, Marfisee M, et al. Impact of Nursing Intervention on Decreasing Substances among Homeless Youth. 2013;21(6):558–65.
9. Nyamathi A, Kennedy B, Branson C, Salem B, Khalilifard F, Marfisee M, et al. Impact of Nursing Intervention on Improving HIV, Hepatitis Knowledge and Mental Health among Homeless Young Adults. *Community Ment Health J.* 2013;49(2):178–84.
10. Burda C, Haack M, Duarte C. A, Alemi F. Medication adherence among homeless patients: A pilot study of cell phone effectiveness. *J Am Acad Nurse Pract [Internet].* University of Maryland School of Nursing, Baltimore, Maryland; 2012 Nov;24(11):675–81. Recuperado de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,url,uid&db=cin20&AN=2011716399&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
11. Hwang SW, Burns T. Health interventions for people who are homeless. *Lancet.* Elsevier Ltd; 2014;384(9953):1541–7.

POSTER 57**AUTORES/AUTHORS:**

Maria Elena Solà Miravete, Mar Lleixà Fortuño, Carlos López de Pablo, Glòria Puntès Farnós, Montserrat Martí Cavallé, Eulalia Juvé Udina

TÍTULO/TITLE:

La valoración enfermera como instrumento de detección del riesgo de confusión aguda durante la hospitalización

Introducción:

La confusión aguda (CA) es una complicación frecuente que pueden presentar los pacientes (pac) durante su estancia en la unidad de hospitalización (UH)[1,2]. La CA es un cuadro -o síndrome- de origen multicausal que se asocia a complicaciones importantes a corto y largo plazo. La frecuencia de aparición aumenta con la edad y determinados factores considerados de riesgo (FR) de vulnerabilidad y precipitantes presentes en el paciente [3, 4, 5]. Los estudios describen que la detección / identificación del pac de riesgo puede hacerse ya desde su ingreso y es por ello que se han propuesto instrumentos / escalas para la detección del riesgo [6, 7, 8]. A pesar de ello la evidencia describe que en la práctica no se aplican y el abordaje del problema sigue siendo ineficiente y con retraso. Identificar los FR desde la valoración de enfermería (VE) resultaría una estrategia clave para hacer un abordaje preventivo [9, 10].

Objetivos:

1. Identificar los FR presentes en los pac con CA. 2. Comprobar si la VE resulta un instrumento útil para identificación de los FR presentes en los pac.

Método

Estudio analítico y retrospectivo de diseño caso control en dos fases (ratio 1: 2 * = 1 caso y 2 controles). Muestreo consecutivo de casos, se incluyen los pac que cumplen el criterio: CA. Tamaño muestral ($p = 12:15\%$, $q = 0.85$ NC: 95% $yz = 1.96$) según ratio 1: 2 * Fase 1: casos -n1- (1 año); criterios de inclusión (CI): diagnóstico CA durante el ingreso (según escala validada CAM), edad > 65 años, pacientes de UH convencional (no UMI, ni materno-infantil). Fase 2: controles -n2- (1 año), selección pac por sexo, servicio /UH según datos apareados ratio 1: 2 *; CI fase 2: edad > 65 años, > 48 h de ingreso para descartar CA (escala CAM). Las variables a estudio: los FR de CA, ordenados según VI de las 14 necesidades del modelo de cuidados. Estadísticos (SPSS 19): Odds ratio cálculo del riesgo y análisis regresión multivariante $p < 0,05$.

Resultados: Se han estudiado 300 pacientes: n1 = 150 pacientes y n2 = 300 pacientes; 230 mujeres y 120 hombres. Los servicios / unidades donde se han presentado más pacientes con CA han sido: traumatología (66 pac), medicina interna (42 pac) y cirugía general (20 pac). Las variables donde se han obtenido diferencias significativas entre pac CA y sin CA sueño (ver tabla 1): edad (n1: 84.64 años y n2: 78.02), disnea, tratamiento oxígeno / sueros, sequedad mucosas, incontinencia, retención, disuria, reposo en cama, sd febril, dependencia media / alta, insomnio, riesgo UPP, déficit auditivos/ visuales, barreras idioma, antecedentes de riesgo, polimedicación y pluripatología. La media de FR presentes en los pac con CA es de 13 y en los pac sin CA de 7 habiendo también diferencias significativas. Del análisis multivariante: la disuria, el reposo en cama (no levantarse), el dolor, los dispositivos/drenajes y la fiebre.

Discusión:

En este estudio la CA también se presenta como fenómeno multifactorial. Resaltar que determinados FR recogidos desde la VE pueden considerarse predictores de la CA. Además tal como indican otros estudios de revisión, hay determinados factores que se asocian con tener más riesgo de CA. Cabe resaltar -por el poco uso de escalas o instrumentos ya validados- que la propia VE resulta de utilidad como instrumento para la identificación de los FR presentes en los pac que ingresan en la UH. Hay que remarcar que la identificación de estos pacientes de riesgo permitirá una planificación individualizada necesaria para prevenir y abordar el problema de una manera más adecuada de lo que se hace en la actualidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Lázaro-Del Nogal M, Ribera-Casado JM. Síndrome confusional (delirium) en el anciano. Viguera Editores SL 2009. Psicogeriatría. 2009; 1 (4): 209-21.
2. Domínguez-Belloso FJ, Soto-Loza A. Delirium (I): Aspectos histórico-conceptuales, nosología, epidemiología, etiopatogenia y clínica. Psiquiatría.com [Internet]. 2012;16: 1.
3. Vazquez F, O'flaherty M, Michelangelo H, Quiros R, Garfi L, Janson J et al. Epidemiología del delirio en ancianos hospitalizados.

Rev Medicina (Buenos Aires). 2000; 60: 555-60.

4. Domínguez-Belloso FJ, Soto-Loza A. Delirium (II): Diagnóstico, pronóstico, prevención y tratamiento. *Psiquiatria.com* [Internet]. 2012 [citado 01 de feb 2012];16 :2.
5. Formiga F, Marcos E, Sole A, Valencia E, Lora-Tamayo J, Pujol R. Síndrome confusional agudo en pacientes ancianos ingresados por patología médica. *Rev Clin Esp*. 2005; 205: 484-88.
6. Alonso Z, González-Torres MA, Gaviria M. El delirium. Una revisión orientada a la práctica clínica. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2012; 32 (114): 247-59.
7. Cole MG, McCusker J, Marques Windholz S. Delirium en pacientes ancianos: clínica y diagnóstico. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008; 43 (Supl 3):13-18.
8. González-Tugas M, Uslar-Nawrath W, Villarroel-Pinoc L, Calderón-Pinto J, Palma-Onetto C, Carrasco-Gorman M. Coste hospitalario asociado al delirium en pacientes mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012; 47 (1): 23–26.
9. Formiga F, Marcos E, Olmedo C, Ramon JM, Lopez-Soto A, Pujol R. Factores favorecedores de la aparición de cuadro confusional agudo en pacientes mayores de 84 años con fractura de fémur. *Med Clin Barc*. 2005; 124: 535-37.
10. Perelló C. Valoración del riesgo de delirium en pacientes mayores hospitalizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010; 45 (5): 285-90.

POSTER 59**AUTORES/AUTHORS:**

Álvaro Ramos-Acosta, Joaquín Salvador Lima-Rodríguez, Isabel Domínguez-Sánchez

TÍTULO/TITLE:

El afrontamiento familiar en la institucionalización del anciano en centros residenciales

Introducción: Actualmente el apoyo informal se está viendo alterado, principalmente como consecuencia a cambios estructurales y de funcionamiento en las familias (Pérez, Romero, Morillo, y Galán, 2014; Del Mara, y Del Río, 2012). Existe una tendencia a la institucionalización de los ancianos, relacionada principalmente con la incorporación de la mujer al mundo laboral, teniendo en cuenta que era ésta quien tradicionalmente se ha encargado de los cuidados (Pérez et al., 2014; Bernal, Corral, Corral, y Villardón, 2013). Además, la mayoría de familias de estos ancianos presentan una elevada disfunción familiar, entendida como aquel núcleo familiar que no es capaz de responder a una crisis o conflicto con una estabilidad (De Oliveira, Dos Santos, & Pavarini, 2014). Numerosos estudios han definido la importancia de las relaciones familiares en la salud de los individuos del núcleo familiar y muy especialmente de los ancianos (Rodríguez, La Rosa, y Reyes, 2006; Pérez, 1999). La institución de un miembro mayor supone una experiencia estresante, tanto para el individuo como para sus familiares. Las preferencias de la persona mayor y sus expectativas frente al cuidado están ligadas a un entorno doméstico, principalmente vivir en su hogar, el cual debe dejar (Díaz-Veiga, y Sancho, 2013). Por otro lado la familia experimenta sentimientos ambivalentes en los que se mezclan la culpa, la rabia, la ira, la tristeza y una marcada inseguridad por la decisión tomada y sobre cómo será atendido su familiar. Toda la situación, entendida como agente estresante, influye en la salud familiar, su bienestar e integridad (Piñeiro-Silva, Rivas-Quarneti, Feal-González, y Movilla-Fernández, 2014; Ryan, & McKenna, 2013; Rodríguez-Martin, Martínez-Andres, Cervera-Monteagudo, Notario-Pacheco, & Martínez-Vizcaino, 2014).

Objetivos: Conocer el estado actual de conocimiento sobre el afrontamiento familiar relacionado con la institucionalización del anciano en un centro gerontológico.

Metodología: según las recomendaciones de la declaración PISMA se realizó una revisión sistemática en bases de datos Cinhal, Scopus, Pubmed, Lilacs y WOS. Se incluyeron artículos originales de investigación publicados en los últimos 5 años, con calidad moderada o fuerte evaluada mediante el instrumento CASPE, escritos en español, inglés y portugués, que tuviesen relación directa con el tema tratado. Partiendo de 174 resultados, se seleccionaron finalmente 9. Se analizaron los estudios siguiendo los objetivos propuestos.

Resultados: Se demuestra en todos los estudios el aumento de la esperanza de vida con el consiguiente aumento en la dependencia. La incorporación de la mujer al mundo laboral (principal cuidadora) ha incentivado el ingreso del anciano en un centro residencial. La disfunción familiar genera síntomas depresivos en el anciano. El ingreso del anciano en un centro residencial, es un acontecimiento estresante tanto para el anciano como para el núcleo familiar, presentando en los primeros momentos sentimientos de tristeza, pérdida e incluso culpabilidad, afectando al afrontamiento familiar en función del grado de parentesco con el anciano. Existen pocos artículos relacionados con el afrontamiento familiar durante dicho ingreso.

Conclusiones: Son pocos los artículos publicados de investigación sobre el tema tratado. Además, gran parte de los artículos encontrados son centrados principalmente en el anciano con demencia y al estrés que esa patología genera en la familia y a los ancianos con síntomas depresivos relacionados con una disfunción familiar. El ingreso en residencias se ve incentivado por las situaciones de dependencia y por la incorporación de la mujer al mundo laboral, resultado dicho ingreso un acontecimiento estresante para el anciano y la propia familia. Es importante conocer las repercusiones que la institucionalización tiene sobre el individuo y su unidad familiar, en la medida en que deberá readaptarse y buscar el equilibrio con la nueva situación. Esta vivencia estresante podría alterar la salud familiar si no se integra de manera adecuada en la organización, rutinas y funcionamiento de la familia. Los profesionales de la salud y concretamente enfermería, puede contribuir a minimizar las repercusiones que este hecho tiene sobre el anciano dependiente y su familia, integrándolos de manera holística en sus planes de cuidados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bernal, E.F., Corral, J.C.M., Corral, J.M., y Villardón, M.P.G. (2013). Perfil del anciano institucionalizado en residencias privadas de la comarca del Abadengo en Salamanca. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 48(4), 203–4.

De Oliveira, S.C., Dos Santos, A.A., & Pavarini, S.C.I. (2014). The relationship between depressive symptoms and family functioning in institutionalized elderly. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(1), 65–71. doi: 10.1590/S0080-623420140000100008

- Del Mara, M., y Del Río, M. (2012) El papel del cuidado informal en la atención a la dependencia. *Actas de la dependencia*, 6, 99-106.
- Díaz-Veiga, P., y Sancho, M. (2013). Residencias, crisis y preferencias de las personas mayores. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 48(3), 101–2.
- Pérez, C. (1999). La familia en su etapa de formación. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15, 237–40.
- Pérez, M.C., Romero, R., Morillo, M.S., & Galán, J.M. (2014). Estudio descriptivo sobre la implicación de las familias en los cuidados de los ancianos institucionalizados. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(3), 203-213. doi: 10.1989/ejihpe.v4i3.67
- Piñeiro-Silva, I., Rivas-Quarneti, N., Feal-González, R., y Movilla-Fernández, M.J. (2014). Él ya no es él. Participación de la familia en las ocupaciones de la persona mayor que vive en un centro residencial. *Revista de Terapia Ocupacional Galicia*, 11(19).
- Rodríguez, M., La Rosa, M., y Reyes, M. (2006). Interrelación de la familia con el adulto mayor institucionalizado. *Revista Cubana de Enfermería*, 22(1).
- Rodríguez-Martin, B., Martínez-Andrés, M., Cervera-Monteagudo, B., Notario-Pacheco, B., & Martínez-Vizcaino, V. (2014). Preconceptions about institutionalisation at public nursing homes in Spain: views of residents and family members. *Ageing and Society*, 34(4), 547-568. doi: 10.1017/S0144686X12001146
- Ryan, A., & McKenna, H. (2013). "Familiarity" as a key factor influencing rural family carers' experience of the nursing home placement of an older relative: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 13, 252. doi:10.1186/1472-6963-13-252

POSTER 60**AUTORES/AUTHORS:**

Isabel Barroso, Maria Joao Monteiro, Joaquim Freitas, Joni Madureira, Conceição Rainho

TÍTULO/TITLE:

La prevención de accidentes y primeros auxilios a los cuidadores ancianos: desde el diagnóstico hasta la intervención.

Objetivos: i) Caracterizar los cuidadores de ancianos institucionalizados bajo el punto de vista sociodemográfico y profesional ii) Evaluar el conocimiento de los cuidadores en la prevención de accidentes y primeros auxilios iii) Implementar un proceso de capacitación en prevención de accidentes y primeros auxilios dirigido a los cuidadores basado en el diagnóstico de necesidades.

Método: Se realizó un diagnóstico de situación de salud fundamentado en la metodología del planeamiento en salud (Imperatori & Giraldes, 1993) traves de un estudio descriptivo transversal, con la recolección de datos. Ocurrió en residencias de mayores, en la ciudad de Vila Real, Portugal, en mayo de 2014. Se aplicó un cuestionario, que permitió identificar las necesidades de formación en prevención de accidentes y primeros auxilios. Se obtuvo el consentimiento informado de los cuidadores, así como fueron asegurados procedimientos de participación voluntaria y confidencialidad de la información recogida.

Resultados: Muestra compuesta por 38 mujeres, con una edad media de 41,6 años y 59,5% están casadas, 71% tienen una media dos hijos y 50% tenían bachillerato. Trabajaban 40 horas semanales y 70,6% con contrato de trabajo efectivo.

La mayoría de las cuidadoras de mayores refirieron que no tenían conocimiento sobre prevención de accidentes en las personas mayores, con relación a: caídas (54,1%), intoxicación por medicinas (64,9%) y asfixia (68,4 %). En cuanto a las situaciones que requieren primeros auxilios, se encontró que la mayoría no tiene el conocimiento para actuar en las siguientes situaciones: asfixia (55,2%); persona inconsciente pero con respiración espontánea (57,9%).

Los resultados muestran que el 84,2% de las cuidadoras no asistió a formación de primeros auxilios previamente a trabajar en residencias de mayores. Se destaca el hecho de que sólo 44,7% frecuentó formación en primeros auxilios, después.

El Soporte Vital Básico y Posición Lateral de Seguridad son las técnicas reportadas por las cuidadoras con más necesidad de formación, 76,5% y 58,8% respectivamente. De hecho, en el Programa Nacional de Prevención de Accidentes DGS (2010) se afirma que los sitios más frecuentes de los accidentes son el hogar (50%), seguido por las instituciones de acogida (21%) y las caídas (65%) como un mecanismo lesión más frecuente. Esto contribuye a estancias hospitalarias prolongadas, costosas y con alta mortalidad. Implementado el programa de intervención se encontró que en todos los asuntos de los conocimientos sobre la prevención de accidentes, las cuidadoras de mayores han añadido conocimientos relativos a prevención de caídas, intoxicación por medicinas y asfixia. También hubo un aumento de conocimientos sobre primeros auxilios, sobre todo en soporte vital básico, posición lateral seguridad y desobstrucción de la vía aérea.

Discusión: Los resultados del diagnóstico mostraron un déficit de conocimientos sobre prevención de accidentes y procedimientos de primeros auxilios que han cambiado sustancialmente después de la implementación del programa de intervención. Según Moura (2014) estos profesionales, frecuentemente no tienen formación para la exigente prestación de cuidados a los mayores, luego es necesario formación adecuada para el desarrollo de conocimientos e competencias específicos. También otros autores enfatizan la insuficiencia de competencias de los cuidadores de personas mayores (Sousa, 2011).<

La formación sobre técnicas de primeros auxilios es un tema ampliamente estudiado (Andersen, Jensen, Lippert & Ostergaard, 2010; Niles et al., 2009). En 2010, la publicación de las guías del European Resuscitation Council identifica las cuestiones clave y aporta un consenso en los aspectos fundamentales relacionados con la formación de personas en soporte vital básico (Soar et al., 2010).

El estudio permitió evidenciar que quien trabaja con mayores considera muy importante prevenir accidentes y saber cómo actuar cuando ocurren. Desde el ámbito de la Salud Pública se viene poniendo especial énfasis en la magnitud de las situaciones que en el día a día pueden conllevar riesgo de accidente o enfermedad para las personas mayores, como los accidentes por caídas, intoxicaciones, asfixia, con necesidad de primeros auxilios que aplicados con rapidez son determinantes para reducir sus consecuencias y en ocasiones salvar vidas.

Segundo el Consejo Portugués de Resucitación (2010), los conocimientos e competencias en soporte básico de vida disminuyen no periodo comprendido entre tres e seis meses, siendo necesario delinear procesos formativos continuados.

Potenciar el rol de la Enfermería Comunitaria través de formación práctica, con el objetivo de lograr en los cuidadores de ancianos la

adquisición de actitudes, conocimientos y habilidades y la capacitación necesaria para actuar de manera rápida y segura. Esta estrategia contribuye a la aplicación de la recomendación de la Dirección General de la Salud (2014).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

American Health Association. (2010). Points saillants des lignes directrices 2010 en matière de réanimation cardiorespiratoire et de soins d'urgence cardiovasculaire de l'American Heart Association. Retrieved from

http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317353.pdf

Andersen, P. O., Jensen, M. K., Lippert, A., & Ostergaard, D. (2010). Identifying non-technical skills and barriers for improvement of teamwork in cardiac arrest teams. *Resuscitation*, 81 (6), 695-702. doi: 10.1016/j.resuscitation.2010.01.024

Conselho Português de Ressuscitação. (2010). Recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation Council. Retirado de <http://www.cpressuscitacao.pt/files/2/documentos/20101025153119640078.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2010). Programa nacional de prevenção de acidentes 2010-2016. Lisboa: Autor. Retirado de <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/utentes/saudepublica/AreasSaude/Documents/Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Acidentes.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2014). Informação técnica 3/2012: Formação em emergência e primeiros socorros no local de trabalho (4a ed.). Lisboa: Autor. Retirado de file:///C:/Users/User/Downloads/i020336.pdf

Imperatori, I., & Giraldes, M. R. (1993). Planeamento da saúde. In I. Imperatori & M. R. Giraldes, *Metodologia do planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3a ed. rev. e atual., cap. 3, pp. 21-30). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Moura, C. (2014). *Idadismo: Prioridade na construção social da idade*. Editora: Euredito.

Niles, D., Sutton, R. M., Donoghue, A., Kalsi, M. S., Roberts, K., & Boyle, L. (2009).

Rolling Refreshers: A novel approach to maintain CPR psychomotor skill competence. *Resuscitation*, 80 (8), 909-912. doi: 10.1016/j.resuscitation.2009.04.021

Soar, J., Monsieurs, K. G., Ballance, J. H., Barelli, A., Biarent, D., Greif, R., ... Perkins, G. D. (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 9. Principles of education in resuscitation. *Resuscitation*, 81, 1434-1444. doi:10.1016/j.resuscitation.2010.08.014.

Sousa, S. M. S. (2000). Educação, formação e enfermagem. *Enfermagem Oncológica*, 15, 25-38.

POSTER 64**AUTORES/AUTHORS:**

Encarnación Herrera Sánchez, Josefa De la Cruz Lozano Ruiz, Susana Ruiz Carrasco, Ana Belén Gonzalvez Fortes, Maria Victoria García Gerez, Josefa Lucas García, Maria de los Angeles Iniesta Garzón, Carmen Caballero Franco, Antonio Cano Bernal

TÍTULO/TITLE:

¡ Cuidemos al que espera fuera!. Valoración de las necesidades de los familiares del paciente crítico.

Objetivo General:

Analizar la capacidad de satisfacer las necesidades de los familiares del paciente crítico en nuestra unidad.

Objetivos Específicos:

- Optimizar el trato al familiar, visualizándolos como la prolongación del paciente.
- Cambiar el concepto del familiar, viéndolo como una ayuda, más que como un obstáculo a la hora de aplicar cuidados.
- Desarrollar nuestras habilidades psico-sociales hacia familiares y pacientes.

Método:

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo de corte trasversal desde Febrero a Septiembre de 2014 en la Unidad de Reanimación de pacientes críticos postquirúrgicos del Hospital de la Vega "Lorenzo Guirao".

Los sujetos a estudio fueron 40 familiares de pacientes críticos. Los criterios de inclusión fueron: grado de consanguinidad directa o segundo grado de afinidad con el paciente, edad entre 18-75 años y que la estancia fuera mayor de 48 horas.

Realizamos un cuestionario anónimo, voluntario y confidencial basándonos en la versión breve de Johnson y col., el cual mide las necesidades de los familiares del paciente crítico. En él se valoraron las dimensiones de: comunicación/información, actitud de los profesionales, habilidades reconfortantes/consuelo/empatía y soledad. El cuestionario se basó en una escala de likert compuesta por 14 ítem con 4 opciones de respuesta y graduada en 4 puntos (1= casi todas las veces, 2= mayoría de las veces, 3=solo algunas veces y 4= nunca). También se analizaron variables sociodemográficas tales como sexo, edad, parentesco y nivel de estudios.

Se llevó a cabo una estadística descriptiva mediante distribución de frecuencias. Por un lado analizamos las variables socio-demográficas para ver si los resultados diferían según sexo, edad, estudios y grado de consanguinidad. Y por otro la importancia que le daban los familiares a las distintas dimensiones.

Resultados:

El perfil del familiar es mujer de mediana edad con nivel de estudios medios y de consanguinidad directa con el paciente crítico. Una vez recopilados los datos, no encontramos diferencias estadísticas significativas entre las necesidades de los familiares y las variables socio-demográficas estudiadas.

Posteriormente, analizamos una a una todas las dimensiones a estudio:

En el apartado de Información/comunicación se valoraron conceptos como explicación detallada y entendible con respecto a la evolución clínica y fiabilidad y confianza en la información recibida, presentes en los ítem nº 3, 4 y 5 . Esta necesidad fue la más valorada con un 51% del total.

En el apartado de actitud de los profesionales se valoraron conceptos como cualificación profesional, calidad humana y posibilidad de mejoras en los cuidados ofrecidos, presentes en los ítem nº 1, 2, 6, 7 ,10 ,11 y 12. Esta necesidad fue valorada como segunda más importante con un 30% de los encuestados.

En la dimensión de habilidades reconfortantes/consuelo/empatía se valoraron conceptos como llamada telefónica al familiar si algún cambio significativo en la evolución del paciente y acogida al familiar por parte del profesional, presentes en los ítem nº 7,8 y 9.

Valorada como tercera más importante por un 15% del total.

En la última dimensión se valoró el aislamiento/soledad se analizaron conceptos como el equipamiento y comodidad de la sala de espera y el sentimiento de distancia física entre ambas estancias, presentes en los ítem nº 13 y 14. Fue valorada por un 4% de los encuestados como la más importante.

El análisis final de todos los resultados deja latente, que los familiares del paciente crítico, anteponen el buen trato y calidad asistencial a su familiar ingresado, a sus necesidades propias surgidas del proceso de ingreso. Y que prefieren confiar en todo lo que el personal sanitario hace por su familiar ingresado plasmándolo en una información sincera y detallada, que en otros aspectos también de gran interés.

Discusión:

La Unidad de Reanimación es un espacio cerrado. Esto significa que "los de dentro" (pacientes y sanitarios) mantienen poco contacto físico, emocional y de comunicación con los "de fuera" (familiares/allegados de los pacientes) y que éstos no tienen fácil acceso al interior de la unidad. La relación se ciñe a los horarios de visita y al momento de la información médica.

Los sanitarios solemos desatender "al que espera fuera" centrando todo nuestro esfuerzo en el cuidado del paciente. Los familiares se encuentran en situación de estrés, incertidumbre y conflicto llegando en ocasiones a la enfermedad de alguno de sus miembros, ya que suelen desatender las propias necesidades básicas tales como descanso insuficiente, falta de ejercicio o dieta pobre.

El abordaje holístico del paciente crítico por todos los sanitarios, teniendo en cuenta no solo su atención individualizada sino también la de todas las partes que lo componen, mejora nuestra calidad asistencial y la satisfacción del usuario y sus familiares como un todo indivisible. Desde nuestro servicio de Reanimación, nos comprometemos a que todos los resultados obtenidos sean utilizados para guiar nuestra práctica día a día.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Pardavila MI, Vivar CG. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enferm Intensiva*.2012; 23(2): 51-67.
- Bernal D, Horta S. Cuidado de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la compresión facilitada. *Enferm Universitaria*.2014; 11 (4): 154-163.
- Galvis CR, Salamanca E. Percepción de necesidades en cuidadores familiares de adultos internados en una unidad de cuidados intensivos de una institución prestadora de salud. *Inv Enf*. 2014; 16 (2): 349-361.
- Olano M, Vivar CG. Instrumentos para la valoración de las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en cuidados intensivos: una revisión sistemática. *Anales Sis San Navarra*. 2012; 35 (1): 53-67.
- Achury D, Achury LF. Participación familiar en el cuidado de pacientes críticos: una propuesta de fundamentación teórica. *Inv Enf*. 2013; 15 (2): 131-151.

- De la Cueva L. La realidad de los cuidados a la familia del paciente crítico en España: la necesidad de actuar ya. *Enferm Intensiva*. 2012; 23 (4): 153-154.
- Murillo MA, López C, Torrente S, Morales C, Orejana M, García M, et al. Percepción de las enfermeras sobre la comunicación con la familia de pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva. *Enferm Intensiva*. 2014; 25 (4): 137-145.
- Padilla CF. Most Important Needs of Family Members of Critical Patients in Light of the Critical Care Family Needs Inventory. *Invest Educ Enferm -Col-*. 2014; 32 (2): 306-316.
- Martos G, Aragón A, Gutiérrez N. Satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos: percepción de los familiares y los profesionales. *Enferm Intensiva*. 2014; 25 (4): 164-172.
- Coromina SG. Acompañamiento a la familia del paciente crítico. *Rev ROL Enferm*. 2015; 38 (1): 22-30.
- Aliberch AM, Miquel IM. Necesidad de rol en los familiares del paciente en la unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2015; 26 (3): 101-111.
- López MA, Piñol M, Merino E, Taurá G, Quispe LC, Manzanedo D, et al. Efecto de un protocolo de acogida sobre la encuesta de satisfacción familiar en una unidad de cuidados intensivos. *Nursing Ed-esp-*. 2011; 29 (8): 52-65.

POSTER 65**AUTORES/AUTHORS:**

Ana Rodríguez Gonzalo, Esther Rey cuevas, M.Jesús Muñoz Lobo, Nuria Triguero del Río, Gema Nieto Gómez, Mercedes Mediavilla Durango

TÍTULO/TITLE:

Descanso Nocturno en el paciente Hospitalizado. Visión del paciente y del profesional

Objetivos

- Conocer los factores que interfieren en el descanso nocturno desde el punto de vista del paciente y del profesional.
- Comparar la visión del profesional y del paciente en la identificación de factores determinantes del descanso.

Metodología

Estudio descriptivo realizado entre Julio-Octubre de 2014 en un hospital de agudos. Dirigido a todos los profesionales y pacientes del área de hospitalización, urgencias y cuidados críticos.

Variables:

- Influencia de Factores Externos: sueroterapia, sondajes, drenajes, oxigenoterapia.
- Influencia de Factores Ambientales: ruido, incomodidad de la cama, iluminación, compartir habitación, temperatura, interrupciones por procedimientos terapéuticos.
- Influencia de Factores Fisiológicos: dolor, micción nocturna, náuseas y/o vómitos, tos, dificultad respiratoria, molestias gástricas
- Influencia de Factores Psicológicos: preocupación por enfermedad y/o hospitalización, preocupación por la familia, por el trabajo, ansiedad y/o depresión.

En la evaluación de los pacientes, se añadían dos ítems: el descanso del paciente la noche previa y de manera específica en relación al ruido, se pedía que señalaran los elementos que más les había podido molestar: interrupciones en la habitación, murmullos en el pasillo, timbres, ruidos de puertas.

Instrumento de evaluación: cuestionario autodiseñado basado en otros cuestionarios de evaluación del descanso documentados en publicaciones científicas revisadas¹. Está compuesto por 26 ítems, en formato multirespuesta, que evalúa la afectación en general de los factores externos, ambientales, fisiológicos y psicológicos, con una escala de respuesta de 4 puntos, la cual identifica afectación baja, media, alta y muy alta. Y la afectación específica de los distintos factores, con una escala de 10 puntos, correspondiendo la puntuación 1,2 y 3 a la afectación baja, 4,5 y 6 afectación media, 7 y 8 afectación alta y 9 y 10 afectación muy alta.

Para los profesionales el cuestionario se cumplimenta on-line, haciéndose una difusión a través del supervisor. Los datos de los pacientes se cumplimentan en una entrevista, tras obtener su consentimiento informado, en una cohorte transversal.

Las variables cualitativas se expresan como frecuencias y porcentajes. Análisis de concordancia analizando el índice Kappa. Programa SPSS.

Resultados

Se ha recogido la opinión de 420 pacientes. El 50,5% eran hombres. La edad media es de 67,21 años (DS 16,35).

El 60% (n=252) considera que ha descansado adecuadamente. El 40% considera que no ha descansado. Los factores que más les afectan son los psicológicos (26,9%), seguida de los factores fisiológicos (22,3%), ambientales (21,7%) y finalmente los factores externos (12,2%). El factor fisiológico más molesto es el dolor, y los factores psicológicos más presentes son la preocupación por la

enfermedad y la familia.

Preguntando de manera concreta en relación a la interferencia por el ruido, valorando diferentes motivos causales, nos responden lo siguiente: los murmullos en el pasillo lo señalan como molesto el 29,5% (n=122), las interrupciones en la habitación el 27,6% (n=114), el ruido de las puertas el 16,9% (n=61), los timbres el 13,8% (n=56).

Se han recogido 310 cuestionarios de profesionales. La edad media de los profesionales es de 44,43 años (DS 10,35). El 80,3% (n=249) de los considera que el paciente no descansa por la noche cuando está hospitalizado. Entre el 40,3% y 48,4% considera que los factores externos y ambientales afectan en un grado alto. La afectación es mayor por los factores ambientales y fisiológicos. En relación a los factores psicológicos y externos, se les reconoce una afectación menor que la que hacen los pacientes.

La concordancia entre ambos colectivos es muy baja, Índice Kappa < 0,20.

Discusión

Los profesionales tienen una percepción más elevada de la falta del descanso, dando menos importancia a los factores psicológicos. Este trabajo nos ha llevado a actualizar el procedimiento del descanso nocturno, con una amplia difusión para mejorar la sensibilización profesional.

Implicaciones para la práctica: El descanso es un indicador de bienestar hospitalario, es una responsabilidad del personal de enfermería mejorar el descanso de los pacientes, con una amplia valoración de los factores que afectan al descanso individual de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. San Miguel E. Necesidad de dormir y descansar. Universidad de Zaragoza. Escuela de Enfermería de Teruel; 2013; 1-30.
2. Freire A, Torres A. Factores hospitalarios que inciden en las alteraciones y hábitos del sueño en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital San Luis de Otavalo en el periodo de noviembre del 2010 a julio el 2011. Repositorio Digital UTN. Lic Enfermería. 2013. [citado 2014 Jul 5]. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/1217>
3. Sendir M, Acaroglu R, Kaya H, Erol S, Akkaya Y. Evaluation of quality of sleep and effecting factors in hospitalized neurosurgical patients. *Neurosciences*. 2007 Jul;12(3):226-31.
4. Katherine P, Salas R, Gamaldo C, Chik L, Rasquinha R, Hoesch R. Sleep rounds: a multidisciplinary approach to optimize sleep quality and satisfaction. *Journal of hospital medicine*. 2012. Agosto; 7(6): 508-512.
5. Marqués P, Calvo D, Nuñez Y, Calle A. ¿Cómo perciben el ruido los pacientes en los hospitales españoles?. *Metas de Enferm*. 2006; 9(10):25-31.

POSTER 67**AUTORES/AUTHORS:**

Javier Perez Paniagua, Maria Diaz Corbelle, Pelayo Rodriguez de la Torre, Carlos Canga Gutierrez, Saul Perez Nuñez

TÍTULO/TITLE:

Valoración de la actividad física y hábitos alimentarios en un colectivo de estudiantes de primero de enfermería

Objetivos: Los estudiantes de primero de enfermería de la Universidad de Oviedo, como una carrera dentro de la rama de Ciencias de la Salud, adquieren en sus estudios conocimientos relacionados con las conductas dietéticas y con la actividad física. Dicha información no solo se puede utilizar en el ámbito profesional, ya que ellos también pueden beneficiarse de los conocimientos para lograr una vida saludable. A su vez, las tendencias y los hábitos alcanzados durante el periodo universitario, perdurarán generalmente a lo largo de sus vidas. Por ello, nos proponemos valorar dichas conductas para comprobar que grado de adherencia tienen con ellas.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo transversal sobre estudiantes de primero de enfermería. La muestra está compuesta por 46 alumnas y alumnos que han decidido participar de manera voluntaria, de un máximo posible de 96 personas matriculadas. Por ello, la participación se cifra en el 48%.

La encuesta comienza requiriendo datos sobre la edad, el sexo, el peso y la talla de las personas. A continuación, se formulan 12 preguntas de dos temáticas diferentes, versando las diez primeras sobre las conductas alimentarias y las dos últimas, sobre la actividad física. En cada una de ellas, se describe un consejo de vida saludable, y los participantes deben seleccionar una de las tres opciones disponibles, si han seguido el consejo siempre, si solo lo han seguido en ocasiones o si por el contrario, nunca lo han seguido. Para la parte de la alimentación, se basa en el cuestionario validado He.Diet, mientras que para la parte de la actividad física, en el "Cuestionario de actividad física breve para las consultas primarias".

Se usan variables antropométricas en la obtención del índice de masa corporal o IMC, cuya fórmula es kg/m^2 . Esto divide a la muestra en dos grupos, aquellos con un normopeso, cuyo IMC es menor a 25 y aquellos con sobrepeso, que poseen un IMC superior a 25. A su vez, se divide a la muestra por sexo para comprobar si la adherencia varía entre ellos. Los resultados fueron analizados con el programa IBM SPSS Statistics.

Resultados: La edad media del estudio se cifra en 20,8 años con una desviación típica de 4,996 y el IMC medio fue de 22,5743, con una desviación típica de 3,64978, teniendo el 19,6% sobrepeso. Los porcentajes de no adherencia a las conductas dietéticas fueron: "Consumo de pan, pasta, cereales, arroz y patata" 27,1%; "Fruta fresca" 32,6%; "Verduras y hortalizas" 6,7%; "Lácteos" 2,2%; "Pescado" 19,6%; "Carne" 6,5%; "Huevos" 10,9%; "Legumbres" 10,9%; "Frutos secos" 52,2% y "Consumo de agua" 13%. En relación con la actividad física, el 23,9% indica que no realiza actividad física intensa y el 19,6%, que no desarrolla actividad física moderada. En los resultados por sexo e IMC, no se muestran diferencias significativas.

Discusión: Los estudiantes de primero de enfermería de la Universidad de Oviedo tienen deficiencias en su alimentación, no siguiendo o haciéndolo únicamente en ocasiones, los consejos relacionados con una alimentación saludable, especialmente en el consumo semanal de entre 3 y 7 raciones de frutos secos y el consumo diario de 3 o más raciones de fruta fresca. Hay un seguimiento mayoritario en el consumo diario de 2 a 4 raciones de leche o derivados y el consumo semanal de entre 3 y 4 raciones de carnes bajas en grasa.

Diversos autores han destacado que la población universitaria es un grupo especialmente vulnerable desde el punto de vista nutricional(1). Los resultados observados indican que existe una clara desviación de las recomendaciones de consumo en algunos de los grupos de alimentos(2), correspondiendo el patrón de estos estudiantes con el descrito en estudios previos(3,4). El bajo consumo de fruta es similar al observado en la población española, no así el consumo de hortalizas, que es superior en la muestra estudiada(5). El contraste de los datos de este estudio, si bien no son estrictamente comparables, apuntan a unas mejores conductas dietéticas que la población de Asturias(6). El sobrepeso es inferior a la media de la población universitaria asturiana, que se cifra en un 31,6%(6)

En el apartado de la actividad física, aunque un porcentaje de participantes presenta niveles de actividad inferiores a los recomendados por la OMS(7), este se puede considerar inferior al de la población adulta española(5) y ligeramente inferior a la población con estudios universitarios de Asturias, situada en el 27,8%, según la última Encuesta de Salud de Asturias(6)

Al dividir la muestra según el sexo y el IMC, los resultados no son los suficientemente significativos como para marcar tendencias. A pesar de ello, no parece haber excesivas variaciones entre los grupos. Los resultados obtenidos en la presente investigación, a pesar de tratarse de una muestra reducida, ponen de manifiesto la posibilidad de implementar medidas encaminadas a mejorar las conductas dietéticas así como promocionar la realización de actividad física en el colectivo estudiado.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. López-Azpiazu I, Sánchez-Villegas A, Johansson L, Petkeviciene J, Prattala R, Martínez-González MA. Disparities in food habits in Europe: systematic review of educational and occupational differences in the intake of fat. *J Hum Nutr Diet* 2003; 16(5): 349-364.
2. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). *Consejos para una Alimentación Saludable*. Madrid, 2007. Disponible en: http://www.semfy.com/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/guia_alimentacion.pdf
3. R. Ortiz-Moncada, A. I. Norte Navarro, A. Zaragoza Marti, J. Fernández Sáez y M.ª C. Davó Blanes ¿Siguen patrones de dieta mediterránea los universitarios españoles?. *Nutr Hosp*. 2012 [citado 14 septiembre 2015]; 27(6):1952-1959. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n6/22original11.pdf>
4. María Angustias Ojeda, Elvira de Luna-Bertos. Hábitos de vida saludable en la población universitaria. *Nutr Hosp*. 2015 [citado 14 septiembre 2015]; 31(5):1010-1919. Disponible en: http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/nh/article/viewFile/8608/pdf_8016
5. Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12 (ENSE 2011/12), Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Instituto Nacional de Estadística. Accedido en URL: <http://www.ms.ssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>.
6. Consejería de Sanidad (2012) III Encuesta de Salud para Asturias. Recuperado de: https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/As_Vigilancia/Encuesta%20de%20Salud/ESA%202012/ESA2012_Informe.pdf
7. World Health Organization. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

POSTER 68**AUTORES/AUTHORS:**

GEMA CAVA CASTILLEJO

TÍTULO/TITLE:

HÁBITOS DEL SUEÑO Y RIESGO DE OBESIDAD EN ESCOLARES

INTRODUCCIÓN: Los hábitos de sueño infantiles, suelen verse afectados por creencias dominantes (trasmochar propio del adulto), hábitos sociales y familiares (abuso de tv), o por la presión escolar, convirtiéndose en un motivo de consulta, cada vez más frecuente, en pediatría, y observándose,

que pequeñas variaciones en la duración y la calidad del sueño, pueden afectar a la salud de los escolares, y en concreto, hallándose un aumento del riesgo de padecer obesidad.

Se tiene la hipótesis, de que un sueño de corta duración altera el control del apetito, que está regulado por dos hormonas: LEPTINA (inhibe el apetito, aumenta el gasto energético, y metaboliza la grasa), y GRELINA (estimula el apetito), observándose, que cuando la duración del sueño era < 8h, aumentaba la concentración de grelina en sangre, y disminuía la concentración de leptina, aumentando así la sensación de hambre y la ingesta calórica, y disminuyendo el metabolismo de la grasa, incrementándose con el tiempo la adiposidad.

La obesidad infantil, es uno de los problemas de salud pública más graves del s. XXI, llegándose a hablar de Epidemia Global. Los niños obesos y con sobrepeso, tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta, y tienen más probabilidades de padecer diabetes y enfermedades cardiovasculares a edades más tempranas, por lo que se debe dar prioridad a su prevención.

OBJETIVO: Estudiar la relación entre los hábitos del sueño y la obesidad, en niños en edad escolar.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática, mediante una búsqueda de artículos en la literatura, sobre el tema objeto de estudio, durante los meses de octubre a diciembre de 2014, a través de las siguientes bases de datos: PubMed, MedLine, y el metabuscador Google Scholar, mediante las siguientes palabras clave: Sleep, sleepless, short sleep, sleep duration, obesity, weight gain, body mass index, child, childhood, schoolars. Y utilizando los siguientes criterios:

-Criterios de inclusión: Estudios realizados entre 2002 y 2014, con acceso al texto completo, en escolares y escritos en inglés o español.

-Criterios de exclusión: Estudios que incluyen adolescentes, adultos o preescolares, patologías asociadas al sueño, y ttº farmacológicos relacionados con el sueño.

Tras lo cual, fueron seleccionados 10 estudios, para su posterior análisis.

RESULTADOS: Todos los estudios reportaron una asociación positiva entre la corta duración del sueño y el riesgo de padecer obesidad, en niños en edad escolar, hallándose un aumento del riesgo de padecer obesidad, de hasta 3 veces mayor en niños que duermen menos de 9h/noche, siendo los niños que se acostaban más tarde de las 21:00h, quienes reportaban duraciones del sueño más cortas.

Algunos de los estudios sugieren, que un sueño de excesiva duración, también podría ser un factor de riesgo, y que los niños podrían ser más sensibles a la pérdida de sueño que las niñas.

CONCLUSIÓN: La promoción de unos hábitos correctos del sueño es de vital importancia para el desarrollo del mismo y del niño, destacando la labor del profesional de enfermería en la educación de padres y niños sobre la importancia de un sueño saludable. Aunque la asociación entre el sueño de corta duración, y el aumento del riesgo de obesidad en escolares, hallada en los distintos estudios, es consistente, sigue sin ser clara. La mayoría de ellos han medido la duración del sueño a través de autoinformes, o a través de los padres, mediante diarios del sueño o cuestionarios, ya que, el uso de otros métodos más precisos y exactos, como la polisomnografía ("Gold Standard") y la actigrafía, no es viable a largo plazo, debido a su alto coste y difícil acceso. Por esta razón, los cuestionarios, las escalas, y las agendas de sueño, son los instrumentos más económicos, fáciles y simples para medir y evaluar, de manera subjetiva, el sueño, pero, no permiten una cuantificación precisa de la duración y la calidad del mismo. También debemos tener en cuenta, algunos aspectos que pueden alterar la medición de la duración del sueño, como por ejemplo, la latencia y el número de despertares nocturnos (son costosos de medir, o directamente imposibles para los padres), y los hábitos del sueño (varían enormemente entre los días laborales, y los fines de semana), pudiendo llevar a un error importante a la medición.

Las alteraciones del sueño, la obesidad y/o el sobrepeso son problemas, que se caracterizan por: una alta prevalencia, una cierta estabilidad a lo largo de la infancia, y una gran cantidad de repercusiones negativas, que afectan a la calidad de vida del niño. Por ello, se debe dar prioridad a su detección y diagnóstico desde Atención Primaria, convirtiéndose en una actividad cotidiana para el profesional de enfermería y el médico de pediatría.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- *Giugliano R., & Carneiro E.C. Factors associated with obesity in school children. *Jornal de Pediatria*. 2004; 80(1): 17-22.
- *Padez C., Mourao I., Moreira P., & Rosado V. Prevalence and risk factors for overweight and obesity in Portuguese children. *Acta Pediátrica*. 2005; 94(11): 1550-1557.
- *Chaput J.P., Brunet M., & Tremblay A. Relationship between short sleeping hours and childhood overweight/obesity: results from the 'Quebec en Forme' Project. *International Journal of Obesity*. 2006; 30(7): 1080-1085.
- *Nixon G.M., Thompson J.M.D., Han D.Y., Becroft D.M., Clark P.M., Robinson E., et al. Short sleep duration in middle childhood: risk factors and consequences. *SLEEP*. 2008; 31(1): 71-78.
- *Chaput J.P., Lambert M., Gray-Donald K., McGrath J.J., Tremblay M.S., O'Loughlin J., et al. Short sleep duration is independently associated with overweight and obesity in Quebec children. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique*. 2011 September/October; 102(5): 369-374.
- *Pileggi C., Lotito F., Bianco A., Nobile C.G., & Pavia M. Relationship between chronic short sleep duration and childhood body mass index: a school-based cross-sectional study. *PloS one*. 2013; 8(6):e66680.
- *Von Kries R., Toschke A. M., Wurmser H., Sauerwald T., & Koletzko B. Reduced risk for overweight and obesity in 5-and 6-y-old children by duration of sleep--a cross-sectional study. *International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2002; 26(5): 710-716.
- *Sekine M., Yamagami T., Handa K. Saito, T., Nanri S., Kawaminami K., et al. A dose-response relationship between short sleeping hours and childhood obesity: results of the Toyama Birth Cohort Study. *Child: care, health and development*. 2002; 28(2): 163-170.
- *Hui L.L., Nelson E.A., Yu .LM., Li A.M., Fok T.F. Risk factors for childhood overweight in 6- to 7-y-old Hong Kong children. *International Journal of Obesity*. 2003; 27(11): 1411-1418.
- *Patel S.R., & Hu F.B. Short sleep duration and weight gain: a systematic review. *Obesity*. 2008; 16(3): 643-653.
- *Ben S. F., Achour A., Belhadj O., Hsairi M., Oueslati M., & Achour N. Obesity and life style in a population of male school children aged 6 to 10 years in Ariana (Tunisia). *La Tunisie Medicale*. 2002; 80(9): 542-547.

POSTER 71**AUTORES/AUTHORS:**

José María Tenías Burillo, Lina Alejandrina Canet López, Sonia Marín Vega, Marta Álvarez Martínez, Francisca Gil Latorre, Carmen Fernández Casalderrey, Ana Arbaizar Martínez

TÍTULO/TITLE:

Representación de la enfermería familiar y comunitaria en los tesauros de las principales bases bibliográficas

La enfermería familiar y comunitaria fue definida por la OMS desde hace más de 40 años, en 1974. Sin embargo, su implantación como disciplina profesional es mucho más reciente. En España la formación de especialización postgrado en Enfermería Familiar y Comunitaria por el sistema de residencia (EIR) comenzó en 2009.

La búsqueda de información para una investigación en Cuidados dentro de la Enfermería de Atención Familiar y Comunitaria requiere conocer su representación en los lenguajes documentales (tesauros) de las principales bases bibliográficas de ciencias de la salud.

Objetivo. El objetivo de este trabajo es identificar y comparar las características de los descriptores que representan conceptualmente a la Enfermería Familiar y Comunitaria en los principales tesauros de ciencias de la salud: MeSH, Emtree y encabezamientos CINAHL. Específicamente analizamos la exhaustividad de la representación conceptual y la coherencia en las relaciones jerárquicas, de equivalencia y asociación entre los descriptores.

Métodos. Se han explorado los tesauros de las tres principales bases bibliográficas en Ciencias de la Salud: Medline (tesauro: Medical Subject Headings, MeSH), EMBASE (tesauro: Emtree) y CINAHL (tesauro: descriptores CINAHL). Se han seleccionado los descriptores que se relacionaban con la enfermería familiar y comunitaria, describiendo para cada uno de ellos: el año de implantación, las relaciones jerárquicas (términos generales/específicos), de equivalencias (sinónimos) y asociación (términos relacionados). Se recuperaron los documentos asociados a cada uno de los descriptores y de todos ellos en conjunto.

Resultados. Se identificaron 9 descriptores en el tesauro de Medline, 7 en CINAHL y 6 en EMBASE.

En Medline hay un decalaje temporal importante en la incorporación de los descriptores, iniciándose con los de la disciplina en los años 60 y 70 (Public health nursing; Community Health Nursing) y terminando con las denominaciones de la figura del especialista en 2014 (Nurses, Community Health; Nurses, Public Health). Los descriptores aparecen en 13 ramificaciones diferentes. Se recuperaron 20785 documentos (1981-2014)

CINAHL presenta 7 descriptores en 6 ramificaciones, tiene el mayor número de términos relacionados y unifica con descriptores equivalentes la disciplina y el colectivo (por ej. Community Health Nursing = Community Health Nurses) manteniendo una relación jerárquica coherente, con un término general (specialities, nursing) común a la mayoría de descriptores. Se recuperaron 25485 documentos (1981-2014).

EMBASE con 6 descriptores en 10 ramificaciones diferentes utiliza de forma preferente términos de la disciplina (5 descriptores, por ej: family nursing; community health nursing) sobre el colectivo (1 descriptor: family nurse practitioner). Se recuperaron 19926 documentos (1981-2014).

Discusión. La búsqueda bibliográfica de temas relacionados con la enfermería familiar y comunitaria está mejor representada, es más exhaustiva y coherente en CINAHL. Medline presenta algunas inconsistencias en los descriptores que pueden inducir a error en el proceso de indización y que debería tenerse en cuenta en el proceso de recuperación de la información. Los investigadores en cuidados relacionados con la enfermería de atención familiar y comunitaria deberían conocer estas peculiaridades para mejorar la precisión y exhaustividad de sus búsquedas bibliográficas

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

--

POSTER 72**AUTORES/AUTHORS:**

Isabel Domínguez-Sánchez, María Dolores Grueso-Calero, Estefanía Moreno-Marchena, Marta Lima-Serrano, Joaquín Salvador Lima-Rodríguez

TÍTULO/TITLE:

Influencia de los acontecimientos vitales estresantes sobre la salud familiar

Introducción: Desde la perspectiva sistémica, se considera la familia como un sistema abierto, organizado e interdependiente compuesto de elementos humanos que comparten una historia común, conforma una unidad biopsicosocial en constante transformación e interacción con otros sistemas, cuya dinámica busca el crecimiento de sus miembros (González & Lorenzo, 2012; Lima-Rodríguez, Lima-Serrano, Sáez-Bueno, 2009). La salud familiar es el elemento que le permite adaptarse a los cambios y superar las crisis que se presenten a lo largo de su ciclo vital. Se considera un proceso continuo, dinámico, único e irrepetible en cada familia, determina y está determinada por la capacidad de funcionamiento efectivo de ésta como unidad, dentro de una cultura y sociedad. La conforman cinco dimensiones: clima social familiar, integridad familiar, funcionamiento familiar, resistencia o mecanismos de defensa familiares y el afrontamiento familiar (González, 2000; Lima-Rodríguez et al., 2009; Lima-Rodríguez, Lima-Serrano, Jiménez-Picón, Domínguez-Sánchez, 2012), que en conjunto, deben desarrollarse buscando mantener al sistema familiar en equilibrio con su entorno. En este sentido, un suceso vital es un hecho relevante en la evolución de un individuo o grupo. Pueden ser situaciones deseables como un matrimonio o un logro personal, o vivencias indeseables como la muerte de un ser querido o la enfermedad (Tamers et al., 2014). En cada familia se valoran y poseen una significación particular, originando situaciones de cambio que modificarán en distinto grado su estructura y funcionamiento. Si su dinámica es funcional, permite el desarrollo de sus miembros adaptándose a situaciones estresantes; de modo contrario la salud familiar podría verse afectada (González & Lorenzo, 2012; Lima-Rodríguez et al., 2009; Suárez, 2010). Como todo proceso crítico que requiere un reajuste en la historia vital, estos eventos, y su acumulación, conllevan un riesgo potencial en la salud de individuos y unidades familiares, que puede poner en peligro su salud.

Objetivo: Se propuso conocer el estado actual de conocimiento sobre la relación existente entre los acontecimientos vitales estresantes (AVE) y la salud familiar. Adicionalmente, identificar los principales AVE estudiados, determinar su efecto sobre la salud familiar y analizar los aspectos de la familia que la protegen y actúan como recurso frente a ellos.

Metodología: se desarrolló un proceso de búsqueda siguiendo las recomendaciones de la declaración PRISMA, en las bases de datos Pubmed, Scopus, Cinhal y Wos. Como criterios de inclusión se tomaron artículos originales, con metodología cuantitativa, escritos en inglés, portugués o español, publicados en los últimos 5 años, que analizaran de manera directa la relación existente entre los acontecimientos vitales estresantes y la salud familiar. Las búsquedas ofrecieron un total de 595 artículos, de los que siguiendo los criterios propuestos se seleccionaron doce. Se analizaron los trabajos de acuerdo a los objetivos marcados.

Resultados: Son numerosos los AVE analizados en los estudios, destacando los relacionados con la enfermedad aguda o crónica de algún miembro de la unidad familiar, los procesos migratorios, las catástrofes naturales, o la transición entre etapas del ciclo vital familiar especialmente las relacionadas con el nacimiento de un hijo. Estos tienen repercusiones sobre los distintos subsistemas familiares, especialmente sobre el parental y el fraternal, pudiendo afectar a diferentes dimensiones de la salud familiar, principalmente el funcionamiento e integridad familiares. Así mismo se identificaron aspectos familiares que pudieran actuar factores protectores frente al impacto de los AVE, contribuyendo a mantener la salud familiar. Las variables que se relacionan con una adecuada cohesión y adaptabilidad del grupo, y un vínculo familiar de apoyo, promueven la resistencia de la familia durante las situaciones de estrés o crisis, jugando un importante papel en la gestión de las mismas.

Conclusiones: el análisis de los artículos permitió conocer los principales AVE que afectan a las familias, así como los factores de protección que les permitirían enfrentarlos con mayor éxito. Los principales acontecimientos vitales estresantes que repercuten sobre la salud familiar señalados en los artículos podrían asociarse a los ítems propuestos por Holmes y Rahe en su Escala de Reajuste Social con los cambios de salud de un miembro de la familia, cambio en las condiciones de vida, revisión de hábitos personales, separación matrimonial e incorporación de un nuevo miembro a la familia. Conocer estos AVE puede resultar de interés para la disciplina enfermera en la medida en que muchos de estos se consideran factores relacionados y de riesgo en distintos diagnósticos recogidos en la taxonomía NANDA, lo cual permitiría desarrollar planes de cuidado adaptados a cada situación. Igualmente, conocer los recursos con los que cuentan las familias para hacerles frente y mantener la salud familiar, cobraría gran valor en la medida de promoverlos, conservarlos y potenciarlos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- González I., y Lorenzo, A. (2012). Propuesta teórica acerca del estrés familiar. *Revista Electronica de Psicología Iztacala*, 15(2), 416–32.
- González, I. (2000). Reflexiones acerca de la salud familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16, 508–12.
- Holmes, T.T., & Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(5), 213–8.
- Lima-Rodríguez J.S., Lima-Serrano M., Jiménez-Picón, N., y Domínguez-Sánchez, I. (2012). Consistencia interna y validez de un cuestionario para medir la autopercepción del estado de salud familiar. *Revista Española de Salud Pública*, 86(5), 509–21.
- Lima-Rodríguez J.S., Lima-Serrano M., y Sáez-Bueno, A. (2009). Intervenciones enfermeras orientadas a la familia. *Enfermería clínica*, 19(5), 280–3.
- Suárez, M.A.(2010). La importancia del análisis de los acontecimientos vitales estresantes en la práctica clínica. *Revista Médica la Paz*, 16(2), 58–62.
- Tamers, S.L., Okechukwu, C., Bohl, A.A., Guéguen, A., Goldberg, M., & Zins, M. (2014). The impact of stressful life events on excessive alcohol consumption in the French population: findings from the GAZEL cohort study. *PLoS One*, 9(1), e87653.

POSTER 73**AUTORES/AUTHORS:**

Ana Isabel Fernandez Cuesta, Jesus Antonio Teixido Badia, M^a Pilar Barranco Moreno, Maravillas Rodenas Carmona, Mariangela Queiroz Amaral, M^a Isabel Muñiz Barreiro, M^a José Garrofe Peiron, Susana Garcia Mani, Montserrat Tarrago Valentines

TÍTULO/TITLE:

CONTRACEPCIÓN E INMIGRACIÓN

Objetivos:

Analizar el uso y la actitud acerca de la anticoncepción de las mujeres inmigrantes de nuestro ámbito. Conocer si existe una falta de conocimientos en el tema.

Material y Métodos:

-Método: Estudio descriptivo epidemiológico transversal que se realiza entre Enero y Mayo de 2014 mediante encuesta realizada entre las mujeres inmigrantes que acuden a una consulta de Atención Primaria. Variables: Edad media; hijos; Utilización ACO (Anticoncepción oral); Explicación; Causas abandono; Causas no utilización; Conocimiento píldora emergencia; IVE (Interrupción voluntaria embarazo); Charla . Análisis estadístico mediante Excel

CONTRACEPCIÓN E INMIGRACIÓN

Autores:

Ana Isabel Fernández Cuesta¹, Jesús Teixidó Badia², Pilar Barranco Moreno³, Maravillas Ródenas Carmona², Susana García Mani¹, Mariangela Queiroz Amaral³.

-Objetivos: Analizar el uso y la actitud acerca de la anticoncepción de las mujeres inmigrantes de nuestro ámbito. Conocer si existe una falta de conocimientos en el tema.

Material y Métodos:

-Método: Estudio descriptivo epidemiológico transversal que se realiza entre Enero y Mayo de 2014 mediante encuesta realizada entre las mujeres inmigrantes que acuden a una consulta de Atención Primaria. Variables: Edad media; hijos; Utilización ACO (Anticoncepción oral); Explicación; Causas abandono; Causas no utilización; Conocimiento píldora emergencia; IVE (Interrupción voluntaria embarazo); Charla . Análisis estadístico mediante Excel

Resultados:

-Resultados: 51 mujeres de edad media 27.7. Etnia: , 31,3% árabe, 31,3% Sudamérica, 19,6% Europa Este, , 15,7% subsahariana 2% Asia. Media de 2 hijos. Un 42.3% han utilizado ACO. El 64% de estas no recibieron información. Causas de abandono: 27.2% por deseo de gestación, 9% presión familiar, 13.6% Efectos secundarios, 22.7% otros, 13,6% siguen con ACO. Causas de no utilización: 27.7% por deseo de gestación, 11.1% desconocimiento, 5.5% Contraindicaciones, 16.6% Problema monetario, 11.1% mitos, 11.1% motivos religiosos, 16.6% no tenían relaciones. Conocimiento de píldora emergencia: No en 55.7%. El 34,4% 1 IVE o más de uno. Casi el 68% desearían asistir a charlas informativas sobre el tema.

Conclusiones:

-Conclusiones: Menos de 50% de las mujeres encuestadas utilizaban un método anticonceptivo. Existe un déficit en la información que reciben. Un gran porcentaje tiene necesidad de recibir educación acerca de este tema. Para garantizar una salud reproductiva y sexual correcta en población inmigrante, es necesario desarrollar estrategias que aumenten el conocimiento y la accesibilidad a éstos

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. Hoja informativa sobre la seguridad de las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel. Ginebra: OMS, 2010.
2. Croxatto HB, Fernández SD. Emergency contraception –a human rights issue. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2006; 20: 311-22.
2. Guillebaud J. Time for emergency contraception with levonorgestrel alone. *Reprod Health.* 1998; 352: 416-7.
3. López F, Alejandre G, López J, Campos N, Marañón N, Redondo S. Conocimientos y actitudes sobre anticoncepción de emergencia de los médicos de Atención Primaria en el área de salud de Toledo. *MEDIFAM.* 2001; 11: 441-8

POSTER 75**AUTORES/AUTHORS:**

M^a Pilar López-Sánchez , Joan Josep Paredes-Carbonell , Andrea Sarrio-Granell , Coral Carrasco-Carabaño , Eugenia Torres-Polito , Papa Diegane-Faye

TÍTULO/TITLE:

La conversa-acción como herramienta de promoción de la salud en entornos urbanos.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: el Programa MIHsalud (mujeres, infancia, hombres construyendo salud), es impulsado desde el Centro de Salud Pública de Valencia en colaboración con del CAI (Centro de apoyo a la Inmigración) del Ayuntamiento de Valencia, y las asociaciones de la ciudad.

De enero a mayo de 2015 se ha realizado un proyecto piloto, en colaboración con la asociación Intercultural Candombe y dos agentes de salud de base comunitaria, capacitados para educar en salud entre iguales. El objetivo del proyecto es el de promover la salud y el acceso a los servicios sanitarios de la población en situación de vulnerabilidad de la ciudad de Valencia, con la participación de dos agentes de salud como dinamizadores del programa.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal, en el que se describen las conversaciones realizadas por los agentes de salud, destinadas a la dinamización de la comunidad como herramienta para promocionar la salud. La población de estudio a la que iban dirigidas las conversaciones fueron personas que acudieron al CAI y a los albergues de la ciudad de Valencia. Los agentes de salud, son una mujer uruguaya y un hombre senegalés, que conversan sobre las necesidades de salud que las personas plantean y aportan información que permite el empoderamiento y facilitan el acceso adecuado a los recursos existentes, posteriormente la registran, recogiendo las variables edad, sexo, tiempo de residencia en España, temas tratados y derivaciones.

RESULTADOS: la población a estudio(N= 85), el 74'11% hombres, el 25'89 mujeres, la edad media 34 años con una desviación de 13.56 %, de 26 nacionalidades, el 17'65% lleva unos 3 años en España, la media de estancia es de 5.37 años .Los temas de conversación el 50'59 % sobre tarjeta sanitaria, el 17'65% empadronamiento y acceso a los servicios de salud, el 9'41% salud bucodental, el 8'24% autocuidados, el 4'70% embarazo. Las derivaciones han sido el 44'70% a la Trabajadora social del CS y el 10'58% ayuntamiento y trabajadora social, al 16' 47 %CIPS, 8'24% odontología solidaria y el 12.% otros.

DISCUSION: El fomentar la participación y la educación entre iguales a través de la conversación para promocionar la salud, implica tejer una red en la que el protagonismo recae en las propias personas a través de su implicación y los agentes de salud las personas que sirven de puente entre los servicios de salud y los profesionales son los facilitadores del proceso, permeabilizando la comunidad: las asociaciones y los recursos locales en las grandes ciudades, generando convivencia y barrios mas saludables.

CONCLUSIONES: Los agentes de salud han difundido mensajes a sus iguales, aproximándose a diferentes nacionalidades y han evidenciando que hay personas que desconocen como acceder a recursos. El proyecto propone un cambio innovador al coordinar acciones dirigidas a fomentar la equidad en salud incorporando la perspectiva de género y la interculturalidad, en el que se considera a la propia persona como el principal recurso para generar salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1) Paredes-Carbonell JJ, Alcaraz M, López P, Ramírez LM, El Bokhari M. MIHSALUD: una experiencia de dinamización comunitaria con población inmigrante de la ciudad de Valencia. *Comunidad* 2012; 14:29-32
- 2) Alcaraz Quevedo, M.; Paredes-Carbonell, J.J.; López-Sánchez, P.; Ramírez Delgado, L.M.; Hurtado Murillo, F.;Dumitrache, L. Conversaciones informales en un programa de salud comunitaria: evaluación del proceso. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital) 2013; 22(4). Disponible en <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v22n4/9193.php>> Consultado el 17 de Febrero de 2014

POSTER 76**AUTORES/AUTHORS:**

Ana Magdalena Vargas-Martínez, José Manuel Martínez-Montilla, Ana María Dorado-Moreno, Joaquín Salvador Lima-Rodríguez, Marta Lima-Serrano

TÍTULO/TITLE:

Validación de escalas para medir los determinantes del consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes.

Objetivo: El consumo de alcohol es responsable del 3,8% de la mortalidad general y la tercera causa de mortalidad prematura y discapacidad. En España la población adulta que realiza consumos excesivos en una misma ocasión es elevado, y el número de intoxicaciones etílicas continúa aumentando en la población juvenil (3,4).

El Consumo Episódico Excesivo de Alcohol (CEEA) entre menores constituye uno de los grandes problemas a nivel sociosanitario de nuestro país. Se puede definir como el consumo de 4 o más bebidas estándar de alcohol en chicos y 5 o más en chicas en una sola ocasión (5). Según ESTUDES 2012, el 83,9% del alumnado consultado afirmó haber consumido alcohol en alguna ocasión en su vida y el 41,8% del total de estudiantes hizo CEEA el último mes (6).

Varios modelos teóricos se han utilizado para predecir este fenómeno o la adopción de otros comportamientos de riesgo o protectores; en el presente trabajo se ha utilizado el Modelo I-Change. De acuerdo con este, el comportamiento está determinado por la motivación e intención, pero las barreras pueden reducir la probabilidad de que las intenciones se traduzcan en acción, mientras que las capacidades de la persona para planificar acciones específicas pueden aumentar dicha probabilidad. Por otra parte existen factores motivacionales, como la actitud (ventajas o desventajas percibidas), las influencias sociales (modelo de consumo percibido, norma u opinión que tienen los demás respecto a un comportamiento y presión social del entorno) y las expectativas de autoeficacia determinan la intención de una persona de cambiar. Estos factores motivacionales son influenciados por factores cognitivos, por los factores de información, tales como la calidad del mensaje, y los factores predisponentes, a saber, de comportamiento, psicológicos, biológicos, sociales y culturales (7-9).

El objetivo de este trabajo es comprobar la fiabilidad y la validez de cinco escalas basadas en el Modelo I Change para valorar: Actitud, Influencia Social y Autoeficacia, pertenecientes a un instrumento de origen holandés, que evalúa determinantes del consumo episódico excesivo de alcohol (CEEA) en adolescentes.

Métodos:

El cuestionario desarrollado por De Vries et al.(7) consta de cinco escalas: de Actitud, Modelo Social, Norma Social, Presión Social y Autoeficacia, que son las que se someten a evaluación.

Confirmamos que el fenómeno CEEA que mide el cuestionario holandés, existe en la cultura española a la que se adapta.

Posteriormente se procedió a la traducción conceptual de la versión original a la lengua de la población diana por una traductora bilingüe (holandés-español). Se revisó la traducción con un grupo de expertos y entregamos el cuestionario a adolescentes del mismo grupo de edad para determinar su comprensión. Con respecto a la equivalencia de criterio, se cercioró que la interpretación de la medida se mantiene igual al compararla con las normas de cada cultura.

Se realizó un estudio piloto con 397 adolescentes de 15 a 18 años de Sevilla y Huelva. Se solicitó el consentimiento informado. Se midió la consistencia interna (Alpha de Cronbach >0,70) y la validez de constructo mediante análisis factorial exploratorio (AFE). La adecuación muestral se valoró mediante las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO>0,50) y la prueba de Esfericidad de Bartlett, con valores significativos. Se evaluó que: los ítems tuvieran una r de Pearson >0,30 en el primer factor durante la extracción y >0,40 en la matriz de componentes rotados; el primer factor explicara un mínimo del 20% de la varianza; y que la varianza total explicada fuera >50%. Se utilizó la rotación Varimax. El análisis fue apoyado con SPSS 21.0.

Resultados:

Un 48,4% de los adolescentes encuestados realizaron CEEA en los últimos 30 días. Se obtuvieron valores de KMO>0,58 para todas las escalas, y la muestra se estimó adecuada para la realización del AFE. Antes de las rotaciones, el primer factor explicó >28% de la varianza y la varianza total explicada fue siempre >60%. Tras la rotación, las cargas factoriales de los ítems fueron >0,40 para su factor de pertenencia. Se obtuvieron los siguientes valores alpha de Cronbach: Actitud ($\alpha=0,623$, ventajas: $\alpha=0,763$ y desventajas $\alpha=0,793$), Modelo Social ($\alpha=0,766$, padre/madre: $\alpha=0,683$, hermanos/as: $\alpha=0,774$ y amigos/as: $\alpha=0,887$), Norma Social ($\alpha=0,754$, padre/madre: $\alpha=0,802$ y pares [hermano/as y amigos/as]: $\alpha=0,905$), Presión Social ($\alpha=0,694$, padre/madre: $\alpha=0,722$ y pares: $\alpha=0,685$) y Autoeficacia ($\alpha=0,909$, autoeficacia externa/extroversión: $\alpha=0,850$ y autoeficacia interna/introversión: $\alpha=0,872$). El análisis factorial mostró datos a favor de la multidimensionalidad de las escalas, asumiendo ciertas limitaciones.

Conclusiones:

Se presentan cinco escalas que han demostrado indicios de validez de criterio y fiabilidad (consistencia interna) (9-12), que pueden resultar útiles para valorar los factores determinantes del CEEA ó B-D en la adolescencia.

Desde el punto de vista de su aplicación práctica pueden ser de interés para contribuir en la salud pública, facilitando el conocimiento de factores que determinan el CEEA, como para desarrollar estrategias de promoción y prevención de la salud ante dicho consumo, contribuyendo de esta forma a la adquisición de hábitos de vida saludables.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Shield KD, Rylett M, Gmel G, Kehoe-Chan T a K, Rehm J. Global alcohol exposure estimates by country, territory and region for 2005-a contribution to the Comparative Risk Assessment for the 2010 Global Burden of Disease Study. *Addiction*. 2013; 108:912–22.
2. Martínez-Hernández A, Marí-klose M, Julià A, Escapa S, Rovira U, Federal U, et al. Consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes: su asociación con los estados de ánimo negativos y los factores familiares. *Rev Esp Salud Pública* 2012; 86: 101-14.
3. Soler-Vila H, Galán I, Valencia-Martín JL, León-Munoz LM, Guallar-Castillón P, et al. Binge Drinking in Spain, 2008-2010. *Alcohol Clin Exp Res*. 2013. [En prensa].
4. Valencia-Martín JL, Galán I, Rodríguez-Artalejo F. Binge drinking in Madrid, Spain. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007; 31:1723-30.
5. Delegación Nacional del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994–2012 [Consultado 20 Marzo 2015] Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/oed/home.htm>
6. Jander A, Crutzen R, Mercken L, Vries H De. A Web-based computer-tailored game to reduce binge drinking among 16 to 18 year old Dutch adolescents: development and study protocol. *BMC Public Health*. 2014; 14:1054.
7. De Josselin de Jong S, Candel M, Segaar D, Cremers HP, de Vries H. Efficacy of a Web-based computer-tailored smoking prevention intervention for Dutch adolescents: randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2014 Mar 21; 16(3):e82.
8. Vries H De, Mudde AN. Predicting stage transitions for smoking cessation applying the attitude-social influence-efficacy model. *Psychol Health*. 1998; 13(February 2015):369–85.
9. Morales, P. Medición de actitudes en psicología y educación. Tercera edición revisada. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2008.
10. Lima Rodríguez, Joaquín Salvador; Lima Serrano, Marta; Jiménez Picón, Nerea; Domínguez Sánchez, Isabel. Consistencia interna y validez de un cuestionario para medir la autopercepción del estado de salud familiar. *Rev Esp Salud Pública* 2012; 86:509–21.
11. Boomsma A, Hoogland JJ. The robustness of LIS-REL modeling revisited. En: Cudeck R, Du Toit S, Sörbom D (eds.). *Structural equation modeling: pre-sent and future. A festschrift in honor of Karl Jöreskog*. Chicago: Scientific Software International; 2001; p. 139-68.
12. Nunally J. *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill; 1967.

POSTER 77**AUTORES/AUTHORS:**

Fátima Cháves-Bermúdez, Isabel Domínguez-Sánchez, Martha Dalila Méndez-Ruiz, María de los Ángeles Sánchez-Rodríguez, Marta Lima-Serrano, Joaquín Salvador Lima-Rodríguez

TÍTULO/TITLE:

Historia familiar del consumo de alcohol y su influencia en el consumo de alcohol de los adolescentes

Introducción: La familia es un conjunto de personas que conviven juntas por un período de tiempo indefinido, unidas por vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen. Dentro del núcleo familiar ocurren fenómenos importantes como el crecimiento, el desarrollo, y la constitución de una persona. La relación entre los padres, su sistema de educación, las creencias, conflictos y ambiente familiar pueden interactuar en los fenómenos más importantes del núcleo familiar. Durante el proceso de socialización del niño existen factores de riesgo que tienen mayor probabilidad de desencadenar la aparición de una drogodependencia como es en el caso del alcohol, como son el ambiente familiar inadecuado, o la falta de cariño o apego a las instituciones convencionales (familia y escuela) (Lloret, Segura, & Carratalá, 2008). Uno de los más importantes para el desarrollo de esta conducta es la historia familiar de consumo de alcohol (Geels, Vink, Beijsterveldt, Bartels, & Boomsma, 2013; Latendresse, Pulkkinen, Rose, Viken, Kaprio, & Dick, 2008; Lynskey, Agrawal, & Heath, 2010). El consumo de alcohol por parte de uno o ambos progenitores, y actitudes favorables o tolerantes hacia el consumo del mismo pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de conductas de consumo, abuso y adicción en los hijos adolescentes (Becoña, 2012). Así mismo, en referencia a los factores de protección, los estilos parentales de socialización apoyativos y afectivos, ayudarán a los hijos a desarrollar confianza en sí mismos, alta autoestima, capacidad de autocontrol y de autoconcepto. (Díaz et al., 2000).

Objetivos: Se propuso analizar y sintetizar la evidencia de investigaciones sobre la historia familiar del consumo de alcohol y su influencia en el consumo de alcohol de los adolescentes.

Metodología: Se establecieron tres fases de trabajo: la primera consistió en una búsqueda bibliográfica exhaustiva en las bases de datos nacionales como internaciones, EBSCO HOST, PUBMED, CINAHL y SCOPUS. A continuación se realizó una primera selección a partir de título y resumen, de acuerdo a los criterios de selección establecidos (artículos originales de investigación escritos en español, inglés y portugués publicados en los últimos cinco años, en relación directa con el objetivo del estudio).

Seguidamente se procedió a la lectura de los textos completos de los artículos previamente seleccionados. También se revisaron las listas de referencias de los artículos seleccionados para localizar artículos de interés no encontrados en las búsquedas realizadas.

Resultados: partiendo de 429 resultados, 86 pasaron el primer cribado, y finalmente fueron seleccionados 16 estudios. Mediante el análisis de los mismos se observa que existe una relación del consumo de alcohol familiar con el consumo de alcohol en adolescentes (Yau et al., 2012), aunque esta asociación no se produce en todos los casos (Pilatti et al., 2013). Los adolescentes consumidores de alcohol, tienen con mayor frecuencia padres con historia de consumo positiva. Tener un progenitor alcohólico puede afectar al entorno familiar y su organización, aumentando la violencia en el hogar y la deficiencia en la crianza de los hijos (Becoña et al., 2012). Éstos pueden desarrollar conductas antisociales, y abuso de sustancias. Se observa que hay un menor número de factores protectores que de riesgo para el consumo de alcohol en adolescentes con padres que consumen alcohol. Una relación emocional positiva entre padres e hijos, con un adecuado nivel de comunicación familiar, compartiendo actividades y compromisos, podrían actuar como factores de protección ante del desarrollo de la conducta de consumo en el adolescente.

Conclusiones: En la mayoría de los artículos se pone de manifiesto que el consumo de alcohol de los padres supone un factor de riesgo para el desarrollo de hábitos de consumo en los hijos adolescentes, resaltando con ello la importancia de que los profesionales sanitarios actúen ante esta problemática cuanto antes, para evitar que se desencadenen conductas que pueda tener consecuencias graves a lo largo de la vida de estas personas. La enfermera debe abordar el alcoholismo desde la tanto a nivel individual como familiar y social, a través de la metodología y diagnósticos enfermeros, con el fin de ayudar no solo a la persona alcohólica, sino también a las personas con las que vive y convive, las cuales se ven afectadas de forma directa por esta enfermedad. El conocimiento y análisis de los factores de riesgo permitirían conocer posibles ámbitos de actuación por parte de las organizaciones sanitarias y/o de seguridad, así como, en el caso de los factores protectores, desarrollar medidas para potenciarlos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Becoña, E., Martínez, Ú., Calafat, A., Juan, M., Duch, M., y Fernández-Hermida, J. R. (2012). ¿Cómo influye la desorganización familiar en el consumo de drogas de los hijos? Una revisión. *Adicciones*, 24 (3), 253-68.

- Díaz, R., Gual, A., Serrano, L., Costa, S., Ferri, M., y Grau, C. (2001). Programa ALFIL: evaluación de marcadores de riesgo e intervención preventiva en hijos de alcohólicos. *Addiciones*, 13(1), 39-49.
- Geels, L.M., Vink, J.M., Beijsterveldt, C.E.M. van, Bartels, M. & Boomsma, D.I. (2013). Developmental Prediction Model for Early Alcohol Initiation in Dutch Adolescents. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 74(1), 59-70. 10.15288/jsad.2013.74.59
- Latendresse, S.J., Pulkkinen, L., Rose, R.J., Viken, R.J., Kaprio, J., & Dick, D.M. (2008). Parenting mechanisms in links between parent's and adolescents' alcohol use behaviors. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32, 322-330.
- Lloret, D., Segura, M.C., Carratalá, E. (2008). Relaciones y reacciones familiares y consumo de alcohol y tabaco en adolescentes en población rural. *Salud y drogas*, 8(2), 119-135.
- Lynskey, M., Agrawal, A., & Heath, A.C. (2010). Genetically informative research on adolescent substance use: Methods, findings, and challenges. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(12), 1202-1214.
- Pilatti, A., Caneto, F., Garimaldi, J.A., Vera, B del V., Pautassi, R.M. (2014). Contribution of time of drinking onset and family history of alcohol problems in alcohol and drug use behaviors in Argentinean college students. *Alcohol and Alcoholism*, 49(2), 128-37. doi: 10.1093/alcalc/agt176
- Yau, W.Y., Zubieta, J.K., Weiland, B.J., Samudra, P.G., Zucker, R.A., & Heitzeg, M.M. (2012). Nucleus Accumbens Response to Incentive Stimuli Anticipation in Children of Alcoholics: Relationships with Precursive Behavioral Risk and Lifetime Alcohol Use. *The Journal of Neuroscience*, 32(7), 2544–2551.

POSTER 78**AUTORES/AUTHORS:**

José Manuel Martínez-Montilla, Bárbara Amador-Marín, Ana Magdalena Vargas-Martínez, Ana María Dorado-Moreno, Joaquín Salvador Lima-Rodríguez, Marta Lima-Serrano

TÍTULO/TITLE:

Factores que influyen en el consumo excesivo de alcohol en adolescentes, a través del Modelo I-Change: Grupos focales.

Objetivo: El consumo de bebidas alcohólicas es un problema de salud pública a nivel mundial, causando aproximadamente 3,3 millones de muertes cada año (1). Según la Organización Mundial de la Salud, la toxicidad asociada al alcohol, las alteraciones sensoriales y motoras derivadas de su ingesta excesiva y la capacidad adictiva de esta droga, la convierten en una de las de mayor consumo y más peligrosas para las personas (2).

Especial atención se debe tener en la adolescencia, ya que se trata de un período vulnerable en el desarrollo humano y caracterizado por numerosos cambios biopsicosociales, provocando conductas de riesgo relacionadas con la salud (3).

Son numerosos los comportamientos de riesgo estudiados en los adolescentes, destacando el consumo de drogas, las relaciones sexuales precoces y de riesgo, trastornos de la alimentación, inseguridad vial, comportamientos violentos y antisociales, etc. (4).

Respecto al consumo de drogas, el alcohol es la sustancia psicoactiva de abuso más extendida entre los adolescentes a nivel mundial (5), asociándose el fenómeno llamado binge drinking, o consumo episódico excesivo de alcohol (6), que con una prevalencia en España del 50% a los 17 años, se define como el consumo de 4 o más vasos estándar de alcohol en una sola ocasión en chicos y de 5 o más en chicas (7).

Varios modelos teóricos se han utilizado para predecir este fenómeno (8); como el Modelo I-Change (9). Este es un modelo integrado para la exploración del cambio motivacional y conductual (10), desarrollado a partir de la integración de varias teorías y modelos social-cognitivos (9) y que enfatiza los factores motivacionales como las actitudes (ventajas y desventajas), la influencia social (la familia, el entorno) y la autoeficacia o capacidad para decir no.

Nuestro objetivo fue conocer factores que influyen en el binge-drinking en adolescentes entre 16 y 18 años, usando el modelo I-Change.

Métodos: Se utilizó una metodología cualitativa fenomenológica. Se realizaron 6 grupos de discusión (GD), siguiéndose las recomendaciones de la guía COREQ para estudios cualitativos (11).

La investigación se realizó entre Marzo y Mayo de 2015, con estudiantes de matriculados en los cursos de 4º de Educación Secundaria Obligatoria y 1º de bachillerato, en Sevilla. Se realizó un muestreo por conveniencia y se utilizó el criterio de saturación de los datos. Los GD se realizaron mediante un guion semiestructurado, previa administración de un consentimiento informado a los padres.

Tras la transcripción de los datos, estos fueron analizados con apoyo del programa informático NUDIST-VIVO 8, categorizándose los datos mediante los distintos apartados del modelo de conducta I-Change.

Resultados: La muestra total fue de 31 alumnos, 16 de ESO y 15 de 1º de Bachillerato. La mayoría pertenecía al grupo de edad 16 y 17 años.

Un 45,2% de los adolescentes realizaron binge-drinking en los últimos 30 días, observándose una similitud en el consumo en función del sexo/género. La percepción de riesgo del binge-drinking fue escasa entre los adolescente.

Las principales ventajas al consumo de alcohol percibidas fueron socializarse, ligar, perder los miedos y la vergüenza, así como, pasárselo bien, reírse, sentir la adrenalina, entre otros. Y como aspectos negativos, la pérdida de consciencia o control de sus actos, problemas físicos, enfermedades, etc.

Se observó que las personas más influyentes para los adolescentes a la hora de beber fueron los amigos, seguidos de algunos miembros de la familia.

Los adolescentes declararon sentir mayor presión cuando el tamaño del grupo era mayor, estaban en una fiesta o bar con los amigos, presentando una limitada autoeficacia.

Los progenitores presentan una actitud de claro rechazo al binge-dinking, pero presentan mayor permisividad respecto al consumo de alcohol.

Entre las alternativas propuestas por los adolescentes al consumo de alcohol se encuentran la confianza y la autoestima como claves para poder evitar este consumo.

Discusión: El patrón de consumo de alcohol de los adolescentes de nuestro estudio, se encuentra en consonancia con el patrón de

consumo de alcohol existente en España. Los hábitos de los familiares y de las personas cercanas al adolescente influyen a la hora de fijar, mantener o eliminar sus propias pautas comportamentales (12). Por un lado, el consumo y tolerancia parental al alcohol, la ausencia de control parental o vínculos de comunicación, afecto y apoyo son factores de riesgo robustos (13). Los padres deben ser alentados a establecer y mantener normas adecuadas en relación con el consumo de alcohol, ya que estas han demostrado ser eficaces en reducir el consumo entre los adolescentes. El tener una autoestima saludable es considerado como un factor protector, ya que el tener una autoestima baja, puede convertirse en factor de riesgo para iniciar el abuso de alcohol (14). Por tanto, se incide en la importancia de proponer, mediante un programa de promoción de la salud, entrenamientos en técnicas de resistencia a la presión de los pares y de la familia, basadas en la potenciación de las competencias psicosociales, de la autoestima y de la promoción de la auto-eficacia en los adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Chestnov O. Foreword. En: World Health Organization, editors. Global status report on alcohol and health. Geneva, Switzerland: Editorial World Health Organization; 2014. p. VII-VIII.
2. WHO. Global status report on alcohol and health. Suiza: Editorial WHO; 2011.
3. Lima-Serrano M, Lemos I, Nunes C. Adolescent quality of life and health behaviors: A comparative study between adolescents from the south of Portugal and Spain. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2013;4:893-900.
4. Meneses C, Romo N, Uroz J, Gil E, Markez I, Giménez S, et al. Adolescencia, consumo de drogas y comportamiento de riesgo: diferencias por sexo, etnicidad y áreas geográficas en España. *Trastornos Adictivos*. 2009;11(1):51-63.
5. Salamó A, Gras ME, Font-Mayolas S. Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema*. 2010;22(2):189-95.
6. Niaaa.nih.gov. Alcohol Facts and Statistics | National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). 2015.
7. Delegación del gobierno para el Plan Estatal sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.
8. de Vries H, Mudde AN. Predicting stage transitions for smoking cessation applying the attitude-social influence-efficacy model. *Psychol Health*. 1998;13(2):369-85.
9. de Vries H, Mesters I, Van de Steeg H, Honing C. The general public's information needs and perceptions regarding hereditary cancer: an application of the Integrated Change Model. *Patient Educ Couns*. 2005;56(2):154-65.
10. Walthouwer MJL, Oenema A, Candel M, Lechner L, de Vries H. Eating in moderation and the essential role of awareness. A Dutch longitudinal study identifying psychosocial predictors. *Appetite*. 2015;87:152-9.
11. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007; 19(6): 349-357.
12. Espada JP, Pereira JR, García-Fernández JM. Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema*. 2008;20(4):531-7.
13. Pedersen W, von Soest T. Socialization to binge drinking: A population based, longitudinal study with emphasis on parental influences. *Drug Alcohol Depen*. 2013;133:587-92.
14. Rodríguez C, Caño A. Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *Rev Int Psicol Ter Psicol*. 2012;12(3):389-403.

POSTER 79**AUTORES/AUTHORS:**

dolores perez galvez, cecilia banacloche cano, pablo fernandez abellan, francisco marin montoya, francisco javier fernandez velez, mercedes peñalver gomez, francisco jose marin martinez, josefa cava iniesta, antonio serrano navarro

TÍTULO/TITLE:

Intervención en un área de salud para aumentar los registros metodológicos enfermeros en atención primaria

El registro de los cuidados enfermeros hace visible nuestro trabajo y proporciona los datos necesarios para estudios científicos. En las historias clínicas de los usuarios ha de constar el trabajo metodológico y no solo las técnicas realizadas

OBJETIVOS

1. Aumentar el registro de diagnósticos enfermeros y de planes de cuidados en la las Historias Clínicas Informatizadas de la población diabética, hipertensa, inmovilizada y niños entre 0 y 6 años de un área salud.
2. Aumentar el número de ICC que son recibidos por los enfermeros de tención Primaria del área.

METODOLOGÍA: estudio de intervención observacional, descriptivo y analítico, realizándose la medición de indicadores de registros metodológicos en las Historias Clínicas de los usuarios antes y después de la intervención.

Indicadores

- Porcentaje de diabéticos con algún plan de cuidados abierto en 2013 sobre el total de diabéticos
- Porcentaje de hipertensos con algún plan de cuidados abierto en 2013 sobre el total de hipertensos
- Porcentaje de inmovilizados con algún plan de cuidados abierto en 2013 sobre el total de inmovilizados
- Porcentaje de niños entre 0 y 6 años con algún plan de cuidados abierto en 2013 sobre el total de niños de 0 a 6 años
- Porcentaje de ICC emitidos por enfermeras del hospital durante 2013 cuya recepción está registrada por las enfermeras de Atención Primaria

Indicadores primer trimestre de 2013 en un área:

- Porcentaje de diabéticos con algún plan de cuidados abierto en 2013 sobre el total de diabéticos: 0.69 %
- Porcentaje de hipertensos con algún plan de cuidados abierto en 2013 sobre el total de hipertensos: 0.56 %
- Porcentaje de inmovilizados con algún plan de cuidados abierto en 2013 sobre el total de inmovilizados: 40.57 %
- Porcentaje de niños entre 0 y 6 años con algún plan de cuidados abierto en 2013 sobre el total de niños de 0 a 6 años: 0.03 %
- Porcentaje de ICC emitidos por enfermeras del hospital durante 2013 cuya recepción está registrada por las enfermeras de Atención Primaria: 5.63 %

Población diana 134 enfermeros de AP.

Criterio de inclusión trabajar en el área en el periodo de la intervención.

Criterio de exclusión no estar en activo en el periodo de la intervención, jubilarse antes de diciembre de 2013.

Periodo de intervención de 2-5-2013 a 15-12-2013.

Fuente de datos OMI.

Intervención:

La enfermera formada en metodología, concierta citas individuales. Clases de dos horas: valoración de conocimientos, dificultades y necesidades de formación del enfermero mediante una entrevista inicial semi estructurada, entrega un esquema de registro que servirá de consulta y clase práctica con historias clínicas seleccionadas por el alumno. Cada visita se registra en una hoja de firmas con NIF. Se harán tantas sesiones como necesite el enfermero. El equipo de enfermería recibe los datos trimestrales de los indicadores.

RESULTADOS INDICADORES (30 diciembre de 2013)

- Porcentaje de diabéticos con algún plan de cuidados abierto en 2013: 17.98 %
- Porcentaje de hipertensos con algún plan de cuidados abierto en 2013: 12.66 %
- Porcentaje de inmovilizados con algún plan de cuidados abierto en 2013: 77.66 %
- % de niños entre 0 y 6 años con algún plan de cuidados abierto en 2013: 16.36 %
- Porcentaje de ICC emitidos por enfermeras del hospital durante 2013 cuya recepción está registrada por las enfermeras de Atención Primaria: 26,42 %

DISCUSIÓN

Ha aumentado el registro de diagnósticos enfermeros y de planes de cuidados y el de recepción de los ICC en la HC

El aumento cuantitativo y cualitativo de los registros es importante para la realización de futuros trabajos de investigación de enfermería en ese área de salud.

Los enfermeros han mejorado sus conocimientos sobre los siguientes temas: las etapas del proceso enfermero, asistente de OMI AP para metodología enfermera, taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Durante la sesión individual se detectaban errores en registros en la Historia Clínica de OMI o desconocimiento de herramientas del programa que pueden mejorar los registros y el trabajo de la enfermera. A lo largo de las sesiones se aclaraban estas cuestiones para ayudar en el desarrollo del trabajo de la enfermera.

La intervención de la enfermera mentora en la formación continuada de los enfermeros de ha sido decisiva en el aumento del registro.

Los enfermeros acogen favorablemente estas sesiones de formación ya que no exigen dedicación del tiempo libre ni molestias para ellos.

Pese a la dificultad real que para muchos profesionales supone no haber tenido formación académica en metodología, esta intervención individual les ha servido para aclarar conceptos básicos, aumentar el uso de lenguaje metodológico y consultar dudas en un ámbito de aprendizaje diseñado de la forma más cercana y personalizada posible. Esto aumenta su satisfacción profesional.

La entrevista, la escucha son fortalezas de la enfermera mentora pues el profesional comprende mejor que la disposición de la enfermera mentora es la de ayuda y acoge de mejor grado las indicaciones de esta. La enfermera mentora enseña desde la experiencia y el conocimiento de las dificultades y las necesidades de formación y sabe cómo darles respuestas ágiles y prácticas. Además valora el esfuerzo de quién quiere mejorar.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Leticia Escalante Martínez de Murguía. EL ARTE DE REGISTRAR. La importancia de los registros de enfermería Universidad de San Sebastián. Escuela de enfermería de San Sebastián. 2013.

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. España.

Camacho Bejarano, García Flores, Calvo González, Carrasco Gómez, Gómez Salgado. La mentoría clínica en el desarrollo competencial de los profesionales de Enfermería: la visión desde el Reino Unido. Index Enferm [revista en la Internet]. 2011[citado 2014]. DOI: org/10.4321/S1132-12962011000100021

Benner, Patricia. "Uso del modelo Dreyfus de adquisición de habilidades para describir e interpretar la adquisición de habilidades y el juicio clínico en la práctica de enfermería y la Educación". Boletín de ciencia, tecnología y sociedad. Volumen 24. June 2004 DOI: 10.1177/0270467604265061.

Canadian Nurses Association. "A guide to preceptorship and mentoring". 2004 .

Julie DeCicco RN y BScN y MSCn. Consultor de Investigación Clínica, Elizabeth Heath Ca. "Desarrollo de un Modelo Preceptorship/Tutoría para las enfermeras Cuidado de la Salud". Revista de Enfermería de Salud Comunitaria. Volumen 25, Número 1. 2008. DOI: 10.1080/07370010701836310

Lleixà-Fortuño M, Gisbert-Cervera M, "Diseño de un programa de e-tutoría para favorecer la inserción laboral de profesionales noveles de enfermería". Pixel-Bit. Revista de Medios y Educación. ISSS: 1133-8482 - Nº 38. Julio- Diciembre 2010 pp. 23 – 34

Artículo 3 de 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.

Fernán González Bernaldo de Quirós y Luna. Manual de salud electrónica para directivos de servicios y sistemas de salud.

C. Hullin. Proceso de Enfermería e informática para la gestión del cuidado. Registros de Enfermería y características de un registro clínico de calidad

Alfaro-Lefevre R. Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctic. Harcourt. Madrid, 1999

Fuensanta Hellín Gil. "Mejora en la recepción de los Informes de Continuidad de Cuidados en el Área I Murcia Oeste." Máster Universitario en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud. Universidad de Murcia.

Fernán González Bernaldo de Quirós y Daniel Luna. "Manual de salud electrónica para directivos de servicios y sistemas de salud". Capítulo La historia clínica electrónica.

POSTER 80**AUTORES/AUTHORS:**

Conceição Rainho, Isabel Barroso, Sónia Mateus, Gil Cabral, Maria João Monteiro

TÍTULO/TITLE:

El conocimiento de primeros auxilios e soporte vital básico de los auxiliares en la escuela

1. **Objetivo:** Analizar la relación entre las variables sociodemográficas, estilo de vida y el conocimiento en primeros auxilios, del personal de servicios auxiliares de escuelas secundarias.

2. **Métodos:** Estudio transversal, correlacional y cuantitativo. Después del entrenamiento en primeros auxilios, cuatro horas, a la que asistieron 59 trabajadores de tres escuelas secundarias en Vila Real (Portugal), en diciembre de 2014. Al final de la formación, han completado un cuestionario, construido para este estudio. Este consta de tres partes: la caracterización sociodemográfica, de conocimientos en primeros auxilios y un cuestionario utilizado para evaluar los estilos de vida. Esto consiste en treinta ítems, contestados a través de una escala de Likert de 3 puntos, que van desde cero (0) "casi nunca" y dos (2) "casi siempre" (Silva, Brito & Amado, 2011). El estilo de vida se obtuvo mediante la suma de los ítems, que van de cero a 120 (clasificación en cinco niveles), puntuaciones más altas indican estilos de vida saludables. Al analizar la relación entre las variables, se utilizó la prueba de Mann-Whitney, cuando se comparan dos grupos independientes y la prueba Kruskal-Wallis, la comparación de dos o más grupos. El nivel de significación para todas las pruebas fue del 5% (Fortin, Côté y Filion, 2009).

3. **Resultados:** La mayoría de los auxiliares eran mujeres (69,5%), casados (78%) y con media de edad $50,54 \pm 6,75$, un promedio de $18,71 \pm 7,37$ de años de trabajo y 52,5% de las participantes afirmaron formación en primeros auxilios. Cuanto al estilo de vida, el 57,6% presentan puntuaciones bajo la categoría "muy bueno", las categorías de "bueno" y "excelente" presentaron las dos (18,6%). Al analizar la relación entre las variables sociodemográficas y conocimientos en primeros auxilios (prueba de Kruskal-Wallis), había una relación estadísticamente significativa entre los niveles de educación y el conocimiento de los procedimientos a adoptar en una situación en la que la posición lateral de seguridad es necesaria ($p=0,011$), los que tenían la Escolaridad Secundaria Obligatoria (ESO) mostraron promedio más alto de respuestas correctas, seguido de los que tenían bachillerato. También la relación entre nivel de educación y conocimiento de los procedimientos en situación epistaxis mostró diferencias significativas ($p=0,008$), los participantes con educación primaria tenían media significativamente más baja de respuestas correctas en comparación con los otros niveles de educación. La relación estadística es altamente significativa entre la educación y la identificación de signos de fractura ($p=0,000$), vimos una vez más que los participantes con ESO y bachillerato mostraron promedio significativamente más alto de respuestas correctas. La prueba de Mann-Whitney nos permitió saber que existe una relación estadísticamente significativa entre la formación previa en primeros auxilios y el conocimiento de soporte vital básico ($p=0,026$), así como la identificación de signos de fractura ($p=0,002$) y procedimientos en situación de alteración de integridad de la piel ($p=0,031$). Para las tres variables, los participantes que habían asistido a formación anteriormente, tenían el promedio significativamente más alto de respuestas correctas. En el análisis de la relación entre los estilos de vida y conocimientos en primeros auxilios (prueba Kruskal-Wallis), se observó una relación estadísticamente significativa, específicamente con respecto a los procedimientos a adoptar en una situación de obstrucción de las vías respiratorias ($p=0,013$), los que refirieron un estilo de vida "excelente" tenían significativamente más alto promedio de respuestas correctas. Lo mismo puede decirse en relación con el conocimiento de los procedimientos en situación epistaxis ($p=0,01$), también encontraron relación con la identificación de los signos de fractura ($p=0,004$), fueron los participantes con un estilo de vida "bueno" los que mostraron un promedio significativamente superior de respuestas correctas.

4. **Discusión:** los resultados mostraron que existe una relación entre conocimientos en primeros auxilios y las variables sociodemográficas, así como con los estilos de vida. Los resultados sugieren que el desarrollo de programas de formación para capacitación en primeros auxilios de los participantes es crucial para actuar en situaciones de emergencia y promover entornos seguros y saludables en la escuela. Lo que se ve corroborado por otros autores, que defienden la formación en primeros auxilios (Canário, 2000). Según Sousa y Tibeau (2008) hay una preocupación en formar todos profesionales de la educación, para la prevención de accidentes y atención de emergencia en las escuelas. Sin embargo, el nivel de conocimiento de los profesionales aún no es satisfactoria (Bernardes, Maciel y Vecchio, 2007). La continua implementación de programas de capacitación en primeros auxilios es relevante debido a que cada institución de educación necesita profesionales de la educación calificados y competentes en el ejercicio de sus funciones. La escuela es un lugar favorito para la intervención de Enfermería de la Comunidad debido, pues al promover un ambiente escolar seguro y saludable, está contribuyendo para incrementos en la salud de la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Bernardes, E. L., Maciel, F. A. & Vecchio, F. B. D. (2007). Primeiros socorros na escola: nível de conhecimento dos professores da cidade de Monte Mor. Movimento e percepção, Espírito Santo do Pinhal, SP. 8(11):127-33.
- Brent Q.YN Hafen, Keith J. Karren, & Kathryn J. Frandsen. (2002). Primeiros Socorros Para Estudantes. São Paulo: Editora Manole Ltda, 518 pp.
- Canário, R., (2000), "Gestão da escola: Como elaborar o plano de Formação?", Cadernos de Gestão e Organização Escolar, Instituto de Inovação Escolar.
- Fortin, M.F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lisboa: Lusodidacta.
- Souza, P. J., & Tibeau, C., (2008). Acidentes e primeiros socorros na Educação Física escolar. Revista Digital, Buenos Aires. Consult. 06-09-2014, disponível em <http://www.efdeportes.com/efd127/acidentes-e-primeiros-socorros-na-educacao-fisica-escolar.htm>.
- Silva, A. Brito, I. Amado, J. (2011). "Adaptação e validação do questionário "Estilo de Vida Fantástico": resultados psicométricos preliminares". Revista Referência 3, 650-650.

POSTER 81**AUTORES/AUTHORS:**

Inés Barrio López-Cortijo, Hilario Hernández Ovejero, Carmen M^a Tauste Galera, M^a del Mar Campos Fernández, Óscar Álvarez López, Laura López-Martín

TÍTULO/TITLE:

¿QUÉ MEDICAMENTOS GUARDAN LOS MADRILEÑOS EN SUS DOMICILIOS?

En la gran mayoría de los hogares madrileños hay medicamentos, bien sea para tratamientos de enfermedades crónicas, para alivio de síntomas puntuales o por acumulación de medicamentos de tratamientos pasados. Los medicamentos son un componente importante en la prevención y tratamiento de las enfermedades, pero en cualquiera de estos casos habría que velar por un consumo responsable, ya que hay diversos estudios que indican que los botiquines suelen tener una gran cantidad de productos y a menudo incorrectamente utilizados.

1. Objetivos: el objetivo principal de este estudio es estimar el contenido de los botiquines caseros de una muestra de población residente en el municipio de Madrid.

Como objetivos secundarios se plantean:

- Comparar el contenido de los botiquines caseros de una muestra de población enfermera con una muestra de población no enfermera.
- Conocer la prevalencia y razones para la automedicación de los sujetos de la muestra.
- Valorar los conocimientos y hábitos de la población encuestada en cuanto al botiquín casero en función del lugar de almacenamiento, la revisión del estado del botiquín, la comprobación de la fecha de caducidad de los medicamentos y la eliminación adecuada en los contenedores SIGRE.

2. Métodos: estudio descriptivo, de corte transversal, sobre el contenido de los botiquines caseros y sus condiciones de uso en una muestra de 397 ciudadanos del municipio de Madrid. Para ello se ha utilizado un cuestionario de elaboración propia, de carácter autoadministrado.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS (v.15.0). Las variables cuantitativas se calcularon como porcentajes, y para analizar diferencias significativas entre proporciones se utilizó la prueba no paramétrica chi cuadrado, estableciendo la significación para una $p < 0.05$.

3. Resultados: los fármacos más habituales en los botiquines caseros, por orden de frecuencia, pertenecían a los grupos terapéuticos: analgésicos-antitérmicos (tipo paracetamol), antiinflamatorios no esteroideos, protectores gástricos, anticatarrales, antibióticos, antihistamínicos y ansiolíticos.

En la comparativa entre los medicamentos almacenados en los botiquines caseros de la población enfermera y no enfermera de la muestra, no se observaron grandes diferencias, sin embargo se evidenciaron diferencias significativas en cuanto al material de curas que guardaban en sus botiquines ambos grupos de la muestra. Los enfermeros refirieron tener mayor cantidad y variedad de elementos de curas que el resto de la población encuestada, incluyendo en varios casos material muy específico. Mientras que los productos más comunes en los botiquines de la población general fueron: tiritas, termómetro, gasas y esparadrapo, los más habituales en los botiquines de los enfermeros fueron: termómetro, antiséptico, esparadrapo y vendas.

En relación con el hábito de automedicación, más de la mitad de la población refirió automedicarse, aunque la motivación fue diferente entre la muestra de enfermeros y la muestra de población no sanitaria. Los profesionales de enfermería afirmaron tener conocimientos suficientes para consumir algunos medicamentos sin prescripción médica, mientras que la causa principal de esta práctica entre la población no enfermera fue la repetición de tratamientos previamente prescritos por un facultativo. Los resultados obtenidos muestran algunas carencias de conocimiento y prácticas inadecuadas en cuanto al correcto almacenamiento de los medicamentos.

4. Discusión: la acumulación de fármacos en los hogares madrileños es una práctica muy extendida, y a menudo se almacenan medicamentos innecesarios o en condiciones inadecuadas. Éstos, utilizados de forma incorrecta, suponen una fuente potencial de peligro para nuestra salud.

Conforme a las implicaciones para la práctica clínica, los profesionales de Enfermería son un componente fundamental en el desarrollo de Educación para la Salud y deberían concienciar y educar a sus pacientes en el uso adecuado de la medicación y los riesgos potenciales de la automedicación no responsable. Además, se considera necesario fomentar que los enfermeros de Atención Primaria hagan revisiones periódicas de los botiquines de sus pacientes con alto riesgo de cometer errores de medicación, principalmente ancianos polimedcados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. De Bolle L, Mehuys E, Adriaens E, Remon JP, Van Bortel L, Christiaens T. Home Medication Cabinets and Self-Medication: a Source of Potential Health Threats? *Ann Pharmacother.* 2008; 42(4):572-579.
2. Notenboom K, Beers E, Van Riet-Nales DA, Egberts TCG, Leufkens HGM, Jansen PAF et al. Practical Problems with Medication Use that Older People Experience: A Qualitative Study. *J Am Geriatr Soc.* 2014; 62(12):2339-2344.
3. Fialová D, Topinková E, Gambassi G, Finne-Soveri H, Jónsson PV, Carpenter I, Schroll M, Onder G, Sørbye LW, Wagner C, Reissigová J, Bernabei R. Potentially Inappropriate Medication Use Among Elderly Home Care Patients in Europe. *JAMA.* 2005; 293(11):1348-1358.
4. Vacas Rodilla E, Castellà Dagà I, Sánchez Giralt M, Pujol Algué A, Pallarés Comalada MC, Balagué Corbera M. Self-medication and the elderly. The reality of the home medicine cabinet. *Aten Primaria.* 2009; 41(5):269-74.
5. Hughes CM, McElnay JC, Fleming GF. Benefits and risks of self medication. *Drug Saf.* 2001; 24(14):1027-37.
6. Jubete MJ. Automedicación en España. ¿Qué podemos hacer? *Aten Primaria.* 2004; 34:445-6.
7. Ramírez Puerta D, Larrubia Muñoz O, Escortell Mayor E, Martínez Martínez R. La automedicación responsable, la publicidad farmacéutica y su marco en la Atención Primaria. *Semer.* 2006; 32(3):117-124.
8. Suárez Cardona M. La información sobre uso de medicamentos recogida mediante encuesta: la Encuesta Nacional de Salud (ENSE). España: Ministerio de sanidad, Servicios Sociales e igualdad; Julio 2012.

POSTER 82**AUTORES/AUTHORS:**

MARIA AURORA MONTAÑEZ FRAUSTO, ALICIA ÁLVAREZ AGUIRRE, MARTHA OFELIA VALLE SOLÍS, GEORGINA OLVERA VILLANUEVA, MA. DEL ROCIO ROCHA RODRIGUEZ, MA. GLORIA VEGA ARGOTE, MA. DEL CARMEN MÉNDEZ HERNÁNDEZ, MA. TERESA HERNÁNDEZ RAMOS

TÍTULO/TITLE:

Control de la Conducta Percibida para VIH/Sida y la Conducta Sexual en Jóvenes Universitarios

INTRODUCCIÓN: Las infecciones por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que causa el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida), son la pandemia más extendida del siglo y de la actualidad. El grupo de personas más vulnerables para contraer VIH/sida, son los adultos jóvenes, debido que el tiempo entre adquirirlo y desarrollarlo es de 5 a 10 años aproximadamente. En México se ha reportado que la mayor parte de los casos han ocurrido en el grupo de 25 a 39 años de edad.

OBJETIVO: Conocer la relación entre control de la conducta percibida para el VIH/SIDA y la conducta sexual de jóvenes universitarios.

METODOS: Se realizó un estudio correlacional, participaron 294 jóvenes entre 18 y 19 años de edad, por muestreo aleatorio estratificado. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial prueba de normalidad de Kolmogoro-Smirnov, Correlación Spearman y Regresión Logística.

RESULTADOS: El 50 % correspondió al género femenino, 54.1% cursaban segundo semestre, 98.3% señaló ser soltero y 77.9% refirió no trabajar. El 61.9% ha tenido vida sexual con mayor porcentaje los jóvenes masculinos. La conducta sexual fue valorada a través de una serie de preguntas respecto al inicio de la vida sexual y comportamientos sexuales alguna vez en la vida y fue medido con la pregunta ¿Has tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida? El control de la conducta percibida para VIH/Sida se relacionan de forma negativa con las siguientes conductas sexuales relaciones sexuales alguna vez en la vida ($\rho = -.254$; $p < .000$), forzado (a) la primera vez que tuvo relaciones sexuales ($\rho = -.253$; $p < .000$) y ha tenido sexo anal alguna vez en la vida ($\rho = -.139$; $p < .017$); lo que significa que al no llevar a cabo estas conductas sexuales, mayor control percibido para decir NO a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias, preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo como el consumo de drogas, adquirir y utilizar correctamente el condón y mantener la virginidad hasta el matrimonio. La variable control de la conducta percibida muestra una mediana de 51.11; estos jóvenes perciben control respecto a decir NO a las relaciones sexuales, para preguntar al compañero sobre relaciones sexuales anteriores, para adquirir y utilizar correctamente el condón y mantener la virginidad hasta el matrimonio, ser fiel a la pareja y platicar de sexo con los padres. La variable control de la conducta percibida tiene la capacidad de predecir la conducta sexual en el inicio de vida sexual ($X^2 = 39.638$, $gl = 4$, $R^2 = 12.6\%$) y la conducta del sexo anal alguna vez en la vida son el control de la conducta percibida ($X^2 = 10.254$, $gl = 4$, $R^2 = 3.4\%$).

DISCUSIÓN: Más de la mitad de los participantes ha tenido vida sexual, con mayor porcentaje en los jóvenes masculinos, sin embargo esta diferencia no fue significativa. Este hallazgo difiere a lo reportado por Yip, et al., (2013) y Pham, et al., (2013), quienes mostraron diferencia significativa en el inicio de vida sexual activa por género. Los jóvenes universitarios en la actualidad se perciben como vulnerables ante las conductas sexuales y tienen sexo con protección, lo cual nos lleva a reflexionar que tienen sexo con protección para no contagiarse de VIH/SIDA o tener embarazos no deseados.

IMPLICACIONES: En la práctica clínica de enfermería se lleven a cabo programas de intervención dirigidos a la población desde la adolescencia donde se incluyan otras variables como normas subjetivas, intenciones y actitudes para abordar toda la teoría de Acción Razonada y Conducta Planeada implementando actividades de prevención de VIH/Sida y así disminuir ingresos hospitalarios por esta fatal enfermedad y a su vez disminuir costos por los tratamientos de los retrovirales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1970). The prediction of behavior from attitudinal and normative variables. *Journal of Experimental Social Psychology*, 6, 466- 487.
- Benavides, R., Bonazzo, C. & Torres, R. (2006). Parent-child communication: a model for hispanics on HIV prevention. *Journal of Community Health in Nursing*, 23, 81-94.
- Benavides, R. A. (2007). An interaction model of parents' and adolescents' influences on Mexican adolescents' intentions for contraception and condom use. Tesis de Doctorado no publicada. Universidad de Austin, Texas, E.E.U.U.
- Burns, N. & Grove, S. k. (2009). *Investigación en Enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia* (5th ed.). Elsevier Saunders.
- Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (2012). El programa de acción para la prevención y control del VIH/SIDA e ITS 2001-2006. *Higiene*, 3(2), 7-9.
- Coordinación Estatal de Programa VIH/SIDA Guanajuato (2012). Registro Estatal de casos nuevos de 2008 a julio 2013.
- CENSIDA (2012). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 30 de Septiembre del 2012. 2-23
- CENSIDA (2012). Informe Nacional de Avances en la Lucha contra el SIDA, México. 26-89.
- Kalichman, S., Eaton, L. y Cherry, C. (2010). Sexually transmitted infections and infectiousness beliefs among people living with HIV/AIDS: implications for HIV treatment as prevention. *HIV Medicine*, 11, 502-509.
- William, T., Gunesekaran, S. & Sekar, I. (2013). Perceived risk sexual behavior among rural youth. *Golden Research Thoughts*. 2 (11), 1-10.
- World Health Organization. Sitio Web World Health Organization. [Online].; 2010 [cited 2011 Enero 7. Available from: <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/facts/en/index.html>.
- Yip, P., Zhang , H. & Lam, T. et al., (2013). Sex knowledge, attitudes, an high –risk sexual behaviors among un married youth in Hong Kong. *BMC Public Health*. 13-691.

POSTER 86**AUTORES/AUTHORS:**

VERONICA VELASCO, LAURA MENA, EVA SOBAS, AMANDA VAZQUEZ, M^a ISABEL LÓPEZ, JOSÉ CARLOS PASTOR

TÍTULO/TITLE:

Cribado de la retinopatía diabética a través de sistemas de telemedicina: teleoftalmología

Objetivos: Formar y certificar a técnicos en captura de retinografía en 3 campos para posteriormente evaluar, a través de sistemas de telemedicina, la presencia y grado de evolución de retinopatía diabética en los pacientes incluidos en el ensayo clínico ePREDICE.

Métodos: El presente trabajo de investigación cuyo diseño es descriptivo, forma parte del ensayo clínico europeo ePREDICE financiado por fondos del séptimo programa marco, de la Unión Europea, y encaminado a la prevención precoz de las complicaciones de la diabetes.

Para realizar la gradación de la retinopatía diabética de los 2.000 pacientes pertenecientes a 24 centros clínicos de atención primaria y hospitalaria de 9 países europeos (España, Austria, Bulgaria, Grecia, Italia, Lituania, Polonia, Serbia y Turquía) y Australia, mediante el envío de sus imágenes de fondo de ojo, a través de sistemas de telemedicina al Centro de Lectura del Instituto Universitario de Oftalmobiología Aplicada (IOBA) de la Universidad de Valladolid; ha sido necesario formar a los técnicos que van a capturar y enviar las imágenes, para certificar que las fotografías cumplen los requisitos mínimos del control de calidad que permitan una buena lectura y evaluación de las mismas: buen enfoque de la imagen, adecuada iluminación y color, ausencia de artefactos...

La muestra está compuesta por los 51 técnicos, entre los que se encuentran enfermeras, médicos de atención primaria, oftalmólogos y técnicos de rayos, que realizarán las capturas de retinografías a los pacientes. Cada centro clínico cuenta con un mínimo de dos fotógrafos.

La teleformación se está realizando mediante el envío de los protocolos y manuales creados para el proyecto, tutorías online, fase de entrenamiento individual de cada fotógrafo con los retinógrafos no midriáticos de cada centro y evaluación de las imágenes enviadas. Para una buena evaluación, se recomendó a los fotógrafos enviarlas en estudios de máximo 14 imágenes. Se ha seguido el protocolo de 3 campos basado en el protocolo de la Joslin Vision Network; el cual está formado por la captura de 7 imágenes de cada ojo: imagen de reflejo de fondo, campo 1, estéreo del campo 1, campo 2, estéreo del campo 2, campo 3 y estéreo del campo 3.

El requisito para la obtención de la certificación es el envío de 10 sets válidos (que todas sus imágenes cumplan con los requisitos mínimos del control de calidad):

- 1 set= 1 ojo= 7 imágenes
- 10 sets= 10 ojos= 5 pacientes

Las variables a estudio han sido el número de fotógrafos certificados, los tiempos medios de certificación y el número de imágenes recibidas frente al número de imágenes necesarias para superar la certificación. Los resultados se presentan en forma de frecuencias y porcentajes.

Resultados: De los 51 fotógrafos, el 76,5% están certificados (n= 39), siendo 22 los centros con al menos un fotógrafo certificado (91,7%). 4 fotógrafos (7,8%) continúan enviando imágenes y 8 (15,7%) todavía no han empezado con la formación. El tiempo medio de certificación es de 3 meses. 4.844 imágenes han sido recibidas en total frente a las 2.660 necesarias para la cumplimentación de la certificación de 38 fotógrafos. A continuación, cuantificándolos por el número de sets no válidos, se describen los diferentes errores presentes durante el proceso de certificación: un 29,8% (90 sets) por reflejos de fondo con falta de foco, el 21,5% (65) por envíos masivos en un mismo estudio, el 11,3% (34 sets) por presencia de artefactos, el 9,6% (29) por errores en la captura del campo 3, un 8,9% (27) por falta de foco en los campos retinianos, el 7,3% (22) por estéreos mal capturados, un 4,3% (13) fueron mal etiquetados, el 4,0% (12) por falta de luminosidad, un 2,7% (8) por errores en la captura del campo 1 y el 0,7% (2 sets) por

errores en la captura del campo 2.

Discusión: Actualmente alrededor de 285 millones de personas tienen diabetes en todo el mundo y se estima que en 2025 se doblará este número, superando los 500 millones de afectados. Por la alta prevalencia de la enfermedad, y sus complicaciones crónicas que limitan la calidad de vida (entre las que se encuentra la ceguera), son necesarias las campañas de cribado de retinopatía diabética, para evaluar el estado de la retina. De acuerdo con los resultados obtenidos, para llevar a cabo un buen sistema de cribado y/o evaluación de retinopatía diabética mediante teleoftalmología, es necesaria una correcta captura de las imágenes siguiendo siempre las pautas del protocolo establecido y obteniendo una adecuada iluminación, color y nitidez para su posterior evaluación; en conclusión es necesaria una correcta formación y destreza del fotógrafo.

Actualmente las campañas de cribado de retinopatía diabética mediante sistemas de teleoftalmología ahorran tiempo y costes, y disminuyen las listas de espera. La incorporación de la enfermería, como profesionales técnicos de captura de retinografías, podría derivar en una nueva especialización y desarrollo de la profesión en este campo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Al Alawi E, Ahmed AA. Screening for diabetic retinopathy: the first telemedicine approach in a primary care setting in Bahrain. Middle East Afr J Ophthalmol. 2012; 19(3):295-8.
- Garg S, Jani PD, Kshirsagar AV, King B, Chaum E. Telemedicine and retinal imaging for improving diabetic retinopathy evaluation. Arch Intern Med. 2012; 172(21):1677-8.
- Kirkizlar E, Serban N, Sisson JA, Swann JL, Barnes CS, Williams MD. Evaluation of telemedicine for screening of diabetic retinopathy in the veterans health administration. Ophthalmology. 2013; 120(12):2604-10.
- Mansberger SL, Gleitsmann K, Gardiner S, Shepler C, Demirel S, Wooten K, Becker TM. Comparing the Effectiveness of Telemedicine and Traditional Surveillance in Providing Diabetic Retinopathy Screening Examinations: A Randomized Controlled Trial. Telemed J E Health. 2013 Oct 8.
- Martínez Rubio M, Moya Moya M, Bellot Bernabé A, Belmonte Martínez J. Diabetic retinopathy screening and teleophthalmology. Arch Soc Esp Oftalmol. 2012; 87(12):392-5.
- Mohan V, Deepa M, Pradeepa R, Prathiba V, Datta M, Sethuraman R, Rakesh H, Sucharita Y, Webster P, Allender S, Kapur A, Anjana RM. Prevention of diabetes in rural India with a telemedicine intervention. J Diabetes Sci Technol. 2012; 6(6):1355-64.
- Muir KW, Grubber J, Mruthyunjaya P, McCant F, Bosworth HB. Progression of diabetic retinopathy in the hypertension intervention nurse telemedicine study. JAMA Ophthalmol. 2013; 131(7):957-8.
- Rachapelle S, Legood R, Alavi Y, Lindfield R, Sharma T, Kuper H, Polack S. The cost-utility of telemedicine to screen for diabetic retinopathy in India. Ophthalmology. 2013; 120(3):566-73.
- Sánchez C, Hornero R, López MI, Poza J. Retinal image analysis to detect and quantify lesions associated with diabetic retinopathy. Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc. 2004; 3:1624-1627.
- Schulze-Döbold C, Erginay A, Robert N, Chabouis A, Massin P. Ophdiat(®): five-year experience of a telemedical screening programme for diabetic retinopathy in Paris and the surrounding area. Diabetes Metab. 2012; 38(5):450-7
- Vaziri K, Moshfeghi DM, Moshfeghi AA. Feasibility of Telemedicine in Detecting Diabetic Retinopathy and Age-Related Macular Degeneration. Semin Ophthalmol. 2013 Oct 30
- Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R & King H. Global Prevalence of Diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care. 2004; 27(5):1047-1053.

POSTER 89**AUTORES/AUTHORS:**

Carmen M^a Tauste Galera, Hilario Hernández Ovejero, Inés Barrio López-Cortijo, M^a del Mar Campos Fernández, Lidia Sánchez Yebra, Elena Chamorro Rebollo

TÍTULO/TITLE:

PERFIL DEL CUIDADOR INFORMAL EN LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

Introducción: La Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurológica degenerativa, invalidante y con un desenlace fatal. El deterioro físico que conlleva y la ausencia de un tratamiento curativo generan gran impacto en la calidad de vida del enfermo y en la de sus cuidadores.

La ELA se caracteriza por la degeneración de las células nerviosas encargadas de contraer de forma voluntaria los músculos, lo que provoca una debilidad muscular que progresa hasta la parálisis. En cuestión de poco tiempo el enfermo se vuelve totalmente dependiente y por ello la figura de un cuidador principal de apoyo, se convierte en una necesidad primordial. Este cuidador, que habitualmente es un miembro de la familia, puede experimentar el "síndrome del cuidador quemado", es decir, cambios asociados a su nuevo rol que generan altos niveles de sobrecarga, ansiedad y depresión.

1. Objetivos: Valorar la calidad de vida de los cuidadores informales de enfermos con ELA y el posible riesgo de desarrollo del síndrome del cuidador quemado. Identificar su nivel de ansiedad y depresión consecuencia de los cuidados que prestan y analizar las repercusiones.

2. Material y método: Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal y mixto con la colaboración de 35 cuidadores informales que cumplimentaron un cuestionario de elaboración propia. Los niveles de sobrecarga, ansiedad y depresión se objetivaron a través de cuestionarios validados (Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit y Escala de Ansiedad – Depresión de Goldberg).

3. Resultados: El cuidador informal tipo del paciente con ELA en la muestra fue una mujer de mediana edad, normalmente la cónyuge, con un nivel formativo correspondiente a estudios secundarios y que dedicaba más de 10 horas a los cuidados. Presentaba un nivel de sobrecarga leve – moderado que en la mayoría de los casos estaba relacionado con problemas físicos, trastornos del sueño y de la esfera neuropsicológica; casi la mitad de los cuidadores informales padecían un cuadro mixto de ansiedad y depresión. Se comparó además, la sobrecarga en cuidadores de ELA con la experimentada por cuidadores de otras enfermedades neurológicas en las que el paciente sí presenta deterioro cognitivo, como es el caso del Parkinson y la demencia, resultando una mayor sobrecarga para estos últimos que se achacó al grado de deterioro cognitivo de esos pacientes.

El momento del diagnóstico de la ELA es una situación muy delicada que determina de forma importante la reacción inicial del paciente y su familia, ya que puede causar un problema psicológico, si no se comunica de manera adecuada. Según manifestaron algunos cuidadores necesitaban información y ayuda para poder expresar sus sentimientos e incertidumbres, y así poder hacer frente al impacto emocional que ocasiona el diagnóstico, asumir el nuevo rol e ir adaptándose a la pérdida progresiva de las funciones motoras que, en pocos años, probablemente presentará el paciente.

Además los pacientes con ELA, tarde o temprano, se enfrentan a una disartria pseudobulbar que puede producir devastadoras consecuencias psicológicas y sociales.

La vida y el ocio de los cuidadores están bastantes delimitados al núcleo familiar y supeditados a las necesidades del paciente, por lo que se pueden presentar sentimientos de aislamiento.

La situación económica en todas las familias ha sufrido un deterioro como consecuencia del aumento de los gastos para cubrir las necesidades del paciente, resultando excesivos los trámites burocráticos que se necesitan para pedir ayudas. Además, el tiempo de concesión de las mismas es elevado, así que en el mejor de los casos se ven obligados a realizar grandes desembolsos según avanza la enfermedad, que posteriormente serán cubiertos parcial o totalmente.

A pesar de la variedad en la progresión de la enfermedad, todos los pacientes y familiares deben tomar decisiones importantes para hacer frente a las constantes y periódicas pérdidas que conlleva el curso de la enfermedad, sobre todo en el manejo de la nutrición o una posible traqueotomía para mantener la respiración.

4. Discusión: Las mujeres continúan asumiendo el rol de cuidador informal en la ELA. Esta situación afecta a su esfera física,

psíquica y social, lo que repercute de forma considerable en su calidad de vida, llegando a padecer en numerosos casos el llamado "síndrome del cuidador quemado". La actuación de la enfermera dentro del equipo interdisciplinar de Atención Primaria y Especializada debe enfocarse desde el principio y de forma integral al núcleo familiar para una detección precoz y mejor adecuación de estrategias terapéuticas que disminuyan la sobrecarga y que finalmente, a través de la mejora en la calidad de vida de los cuidadores, genere una optimización en la calidad de los cuidados del paciente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. ADELA, Asociación Española de Esclerosis Lateral Amiotrófica. Manual de Cuidados para personas afectadas de Esclerosis Lateral Amiotrófica. Madrid: ADELA;2004.
2. Sánchez López C, Perestelo Pérez L, Ramos Pérez C, López Bastida J, Serrano Aguilar P. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con esclerosis lateral amiotrófica. *Neurología* 2014;29(1):27-35.
3. Chio A, Vignola A, Mastro E, Giudici AD, Iazzolino B, Calvo A, et al. Neurobehavioral symptoms in ALS are negatively related to caregivers' burden and quality of life. *European journal of neurology* 2010;17(10):1298-1303.
4. Gauthier A, Vignola A, Calvo A, Cavallo E, Moglia C, Sellitti L, et al. A longitudinal study on quality of life and depression in ALS patient-caregiver couples. *Neurology* 2007 Mar 20;68(12):923-926.
6. Rabkin JG, Albert SM, Rowland LP, Mitsumoto H. How common is depression among ALS caregivers? A longitudinal study. *Amyotrophic Lat Scler* 2009;10(5-6):448-455.
7. Pagnini F, Rossi G, Lunetta C, Banfi P, Castelnuovo G, Corbo M, et al. Burden, depression, and anxiety in caregivers of people with amyotrophic lateral sclerosis. *Psychol , Health Med* 2010;15(6):685-693.
8. Chio A, Gauthier A, Calvo A, Ghiglione P, Mutani R. Caregiver burden and patients' perception of being a burden in ALS. *Neurology* 2005 May 24;64(10):1780-1782.
9. Pagnini F, Rossi G, Lunetta C, Banfi P, Corbo M. Clinical psychology and amyotrophic lateral sclerosis. *Frontiers in psychology* 2010;1:33.
10. Rodríguez-Agudelo Y, Mondragón-Maya A, Paz-Rodríguez F, Chávez-Oliveros M, Solís-Vivanco R. Variables asociadas con ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes con enfermedades neurodegenerativas. *Arch Neurocienc* 2010;15(1):25-30.

POSTER 91**AUTORES/AUTHORS:**

Amanda Vazquez, Veronica Velasco, Eva Maria Sobas

TÍTULO/TITLE:

Tratamientos para el dolor ocular derivado de la cirugía de ablación de superficie avanzada: revisión sistemática.

Introducción: La corrección de la visión con Láser Excimer es una de las cirugías más frecuentes en los países desarrollados. (Bower KS 2001)

Englobados dentro del término "cirugía refractiva" podemos distinguir varios tipos, entre los que destacan dos grandes grupos que son LASIK (Laser in situ keratomileusis) y cirugía de ablación de superficie avanzada ó(ASA). Cada vez son más los cirujanos que están a favor de las técnicas de ablación de superficie avanzada como alternativa al Lasik para la corrección de errores refractivos debido a su seguridad y estabilidad corneal, eficacia y previsibilidad de resultados quirúrgicos. (Nissman SA 2008)

El problema radica en el dolor y discomfort postoperatorio que conlleva, muchas veces calificado como severo por los propios pacientes, reportando valores de hasta 8 y 9 puntos en escalas de 0 a 10. (Carones April 2007)

Sería importante lograr un control adecuado de este dolor postoperatorio y simultáneamente de la ansiedad que genera en el paciente.

Objetivos: Estudiar los tratamientos más eficaces y seguros para el dolor postoperatorio derivado de la cirugía de ablación de superficie avanzada o A.S.A existentes hasta el momento a través de una revisión sistemática cualitativa.

Método: Revisión sistemática. Los estudios fueron obtenidos a partir de varias búsquedas automatizadas y sistemáticas realizadas en las principales bases de datos de ciencias de la salud, PubMed, Cochrane Library Plus, SciELO, Scopus y el metabuscador Google Académico.

Los tesauros o palabras clave empleados para la búsqueda fueron "Pain" "Prk" y "Refractive surgery".

Todos los estudios incluidos cumplen los siguientes criterios de inclusión:

- Ensayos clínicos originales posteriores al año 2000, aleatorizados, con grupo control y doble ciego.
- Todos los estudios son realizados en humanos, operados de cirugía refractiva corneal, mayores de 18 años y sin distinción de género y raza.
- Publicaciones en inglés y castellano.

Los criterios de exclusión son los siguientes:

- Valores de miopía menores de 0.75 y mayores de 9 D.
- Valores de hipermetropía menores de 1 y mayores de 5 D.
- Valores de astigmatismo menores a 0.25 y mayores a 5 D.

Como resultado de varias búsquedas sistemáticas y automatizadas y tras los filtrados correspondientes, se obtienen 17 ensayos clínicos acordes a los criterios de inclusión establecidos.

Resultados: Se estudia un total de 14 fármacos diferentes. Todos ellos son eficaces frente al placebo. Se rechazan aquellos que científicamente está demostrado que producen retraso en la reepitelización corneal (Bromfenaco 0.9%). Las comparaciones entre la eficacia de los diferentes fármacos demuestran que hay diferencias significativas. Los más eficaces son Nepafenaco 0,1%, Morfina, Gabapentina 300 mg y Pregabalina 75 mg. Teniendo en cuenta la seguridad farmacológica nos quedamos con Nepafenaco 0.1%.

Conclusión: La literatura científica actual demuestra que el fármaco más eficaz y seguro para el tratamiento del dolor postoperatorio derivado de la cirugía de A.S.A es el Nepafenaco 0,1%.

Discusión: Es importante lograr un control adecuado del dolor postoperatorio, en este caso hay que tener en cuenta que estamos tratando con pacientes sanos. En este tipo de cirugía, los pacientes califican el dolor como severo. Lograr un manejo correcto del dolor nos ayudaría a reducir la ansiedad del paciente y mejorar su confort, incluso influir en su decisión a la hora de someterse a una segunda cirugía.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Bower KS, Weichel ED, Kim TJ. «Overview of refractive surgery.» American Family Physician., 2001: 64(7):1183-90.
2. Carones, F. «Pain Management Strategies for Surface Ablation and Epi-Lasik.» Cataract & Refractive Surgery Today., April 2007: 53-54.
3. Nissman SA, Tractenberg RE, Babbar-Goel A, Pasternak JF. «Oral gabapentin for the treatment of postoperative pain after photorefractive keratectomy.» Am J Ophthalmol, 2008: 145(4):623-9.

POSTER 95

AUTORES/AUTHORS:

FILIPA ALEXANDRA AGOSTINHO VASCONCELOS , MARGARIDA MAURÍCIO LEONOR FIDALGO PISTOLA , MARIANA REIS JANEIRO , Anabela Sousa Salgueiro-Oliveira

TÍTULO/TITLE:

Terapias no farmacológicas en el tratamiento del dolor oncológico.

Objetivos: el dolor es una de las principales causas de sufrimiento para el paciente oncológico, y el enfermero tiene un papel fundamental en la implementación de acciones para su control, sobre todo, en lo que respecta a recurrir a técnicas no farmacológicas. De este modo, establecemos como objetivos para esta revisión sistemática: identificar algunas de las intervenciones no farmacológicas para el control del dolor oncológico y analizar la eficacia de esas intervenciones.

Metodología: se realizó una revisión sistemática de la literatura, se recurrió a bases de datos electrónicas de la plataforma EBSCO y se utilizaron palabras clave: "pain", "intervention", "non pharmacologic", "cancer pain", "nurs*", "music", "pain management", "educational" e "cancer", que cruzamos entre sí, según cuatro estrategias de investigación. Para ello, se utilizó la metodología PICOD para elaborar la cuestión de investigación: «¿Cuál es la eficacia de las intervenciones no farmacológicas en el control del dolor oncológico?». Se encontraron 108 artículos científicos y se seleccionaron 10 estudios, con base en criterios predefinidos (publicados entre enero de 2000 y junio de 2014; en portugués, inglés o español; pacientes adultos con dolor oncológico). Se consideraron los criterios de calidad para el análisis de los estudios científicos definidos por Hicks (2006).

Resultados: se analizaron críticamente 4 artículos de revisión sistemática de la literatura y 6 estudios cuantitativos (tres estudios aleatorizados y controlados y tres estudios cuasi experimentales), que cumplieran los criterios de inclusión establecidos.

Las áreas de estudio abordadas en el tratamiento del dolor oncológico son las siguientes: las intervenciones físicas como el masaje terapéutico y la utilización de la Estimulación Eléctrica Transcutánea (TENS); las intervenciones psicosociales que engloban programas educativos y las intervenciones cognitivo-comportamentales como el uso de la musicoterapia, usada como forma de distracción, el relajamiento, la imaginación guiada y la aromaterapia.

Discusión: las intervenciones no farmacológicas mostraron, en términos globales, que son eficaces en el control del dolor oncológico, sobre todo, el masaje y la aromaterapia, que llevaron a una reducción significativa en los niveles del dolor. En el estudio aleatorizado realizado por Wilkie et al. (2000), los investigadores concluyeron que el masaje redujo la intensidad media del dolor, permitió disminuir o mantener las dosis de analgesia que los usuarios tomaban y que se produjo una mejora de la calidad de vida durante los cuidados paliativos. Asimismo, Abreu et al. (2009), a través de la revisión sistemática de la literatura, comprobó que recurrir al masaje con aromaterapia lleva a una reducción significativa de los niveles de dolor. De igual modo, Doss (2014) concluyó, a través de un estudio cuasi experimental que el masaje del pie, contribuye a la reducción del nivel de dolor en pacientes con cáncer. Incluso en pacientes con metástasis y en el final de la vida, un estudio aleatorizado y controlado obtuvo conclusiones sobre el impacto del masaje en la menor percepción del dolor y la mejora de la calidad del sueño (Toth et al., 2013).

En cuanto a las intervenciones educativas, de hecho, aumentaron los conocimientos de los usuarios y alteraron su forma de actuar en relación al control del dolor y hacen que sean capaces de controlar el dolor de forma más eficaz a través de estrategias farmacológicas y/o no farmacológicas. Se concluyó también que las intervenciones educativas, solo por sí, no fueron necesariamente suficientes para la reducción del dolor y la mejora en la calidad de vida. Sin embargo, otras intervenciones, en concreto las intervenciones educativas, se deberán complementar con otras de otro tipo, sobre todo, las farmacológicas (Aubin et al., 2006; Ling, Lui & So, 2012). En cuanto a la eficacia de la utilización de la TENS, los resultados del estudio analizado no fueron concluyentes (Hurlow, 2012).

En relación a las intervenciones cognitivo-comportamentales, los participantes en el estudio cuasi experimental, realizado por Kwekkeboom, K., Abbott-Anderson, K., & Wanta, B. (2010), recibieron una formación y un entrenamiento para utilizar 12 estrategias cognitivo-comportamentales, en relación a lo cual concluyeron que la media de los resultados de dolor disminuyó, así como la fatiga y las perturbaciones del sueño, lo que indica que los pacientes con cáncer avanzado pueden usar estas estrategias controladas por los mismos. Abreu et al. (2009) encontraron unos resultados semejantes. Asimismo, en relación a la musicoterapia, aunque se haya encontrado en uno de los estudios (Igawa-Silva, Wu & Harrigan, 2007), que la utilización de la música en enfermos con dolor oncológico proporciona distracción, disminución de la ansiedad y disminución de la tensión muscular, lo que alivia el dolor, en otro, los resultados no fueron concluyentes (Kwekkeboom, 2003).

Implicaciones para la práctica clínica: a pesar de que los resultados no hayan sido suficientemente firmes y sea necesario que

contribuyan más investigaciones, consideramos que pueden motivar a los enfermeros a utilizar más frecuentemente las terapias no farmacológicas en el control del dolor oncológico.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Abreu, M., Reis, P., Gomes, I., & Rocha, P. (2009). Non pharmacologic pain management on oncologic patients: systematic review. *Online Brazilian Journal Of Nursing*, 8(1), 1p.
- Aubin, M., Vézina, L., Parent, R., Fillion, L., Allard, P., Bergeron, R., & ... Giguère, A. (2006). Impact of an educational program on pain management in patients with cancer living at home. *Oncology Nursing Forum*, 33(6), 1183-1188. doi:10.1188/06.ONF.1183-1188
- Doss, Jeenath Justin, K. (2014). Effectiveness of Foot Massage on Level of Pain among Patients with Cancer. *Asian Journal Of Nursing Education & Research*, 4(2), 228-231.
- Hicks, C. M. (2006). Método de investigação para terapeutas clínicos: concepção de projectos de aplicação e análise. 3ª ed. Loures: Lusociência ISBN 978-972-8930-19-6.
- Hurlow, A., Bennett, M. I., Robb, K. A., Johnson, M. I., Simpson, K. H., & Oxberry, S. G. (2012). Transcutaneous electric nerve stimulation (TENS) for cancer pain in adults. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 3CD006276. doi:10.1002/14651858.CD006276.pub3
- Igawa-Silva, W., Wu, S., & Harrigan, R. (2007). Music and cancer pain management. *Hawaii Medical Journal*, 66(11), 292-295.
- Kwekkeboom, K.(2003). Music Versus Distraction for Procedural Pain And Anxiety in Patients With Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 30(3), 433-440.
- Kwekkeboom, K., Abbott-Anderson, K., & Wanta, B. (2010). Feasibility of a patient-controlled cognitive-behavioral intervention for pain, fatigue, and sleep disturbance in cancer. *Oncology Nursing Forum*, 37(3), 151-159, E151-9. doi:10.1188/10.ONF.E151-E159
- Ling, C., Lui, L. Y., & So, W. K. (2012). Do educational interventions improve cancer patients' quality of life and reduce pain intensity? Quantitative systematic review. *Journal Of Advanced Nursing*, 68(3), 511-520. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05841.x
- Toth, M., Marcantonio, E. R., Davis, R. B., Walton, T., Kahn, J. R., & Phillips, R. S. (2013). Massage Therapy for Patients with Metastatic Cancer: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal Of Alternative & Complementary Medicine*, 19(7), 650-656. doi:10.1089/acm.2012.0466
- Wilkie, D. J., Kampbell, J., Cutshall, S., Halabisky, H., Harmon, H., Johnson, L. P., & ... Rake-Marona, M. (2000). Effects of massage on pain intensity, analgesics and quality of life in patients with cancer pain: a pilot study of a randomized clinical trial conducted within hospice care delivery. *The Hospice Journal*, 15(3), 31-53.

POSTER 98**AUTORES/AUTHORS:**

fatima helena espirito santo, renata miranda de souza

TÍTULO/TITLE:**DEMANDAS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE LOS PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS HOSPITALIZADOS**

Identificar las demandas de atención de enfermería de los pacientes oncohematológicos hospitalizados. Métodos: investigación cualitativa de tipo estudio de caso realizado con 10 miembros del personal de enfermería de una sala de un hospital universitario, ubicado en el estado de Rio de Janeiro, Brasil, mediante una entrevista semiestructurada seguida de análisis temático. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de ética de la institución. Los resultados mostraron la atención como la principal demanda, relacionada con la condición del paciente en la admisión y durante la hospitalización. Esa atención requiere la presencia de un equipo especializado capaz de saber identificar y evaluar plenamente estos pacientes. Así como líder del equipo la enfermera debería estar lista para proporcionar apoyo al paciente y su familia para una variedad de crisis física, emocional, social, cultural y espiritual. Otra exigencia identificada se refiere al ámbito de la atención a estos pacientes. Es necesario que las enfermeras tienen una observación atenta a todo lo que rodea al cliente que le proporcionan un ambiente adecuado, seguro, agradable y cómodo. Otra exigencia identificada es el apoyo emocional al paciente y su familia. De esta manera, son demandas que una vez identificados temprano pueden promover una asistencia integral, segura y eficaz, evitando las complicaciones tales como hemorragia e infección son factores que pueden agravar aún más la condición clínica del paciente y aumentan la morbilidad y la mortalidad. Se concluyó que el paciente oncohematológico es una persona que llega al hospital débil, destartado, sensible, necesitado y exigente continua atención y solicitante calificado personal de enfermería tanto en la evolución de su marco clínico, habida cuenta de su fragilidad frente al diagnóstico, hospitalización y tratamiento, acerca de su equilibrio emocional, a través de la relación de ayuda con las pautas que él y su familia durante la hospitalización.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

AMANCIO, N.A.M.; CAMPOS, L.N.M. El papel de la enfermera en la asistencia a pacientes con cáncer. Weaving Magazine, Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p. 95-104, noviembre de 2009. Disponible en:

<<http://pe.izabelahendrix.edu.br/ojs/index.php/tec/article/view/187/262>>. Acceso en: 17 de agosto 2013.

BRASIL. Ministério de Salud. Instituto Nacional del Cáncer - INCA. Intervenciones de enfermería para el control del cáncer: una propuesta para la enseñanza y el servicio de integración. 3ª ed. rev. actual. ampl. Río de Janeiro: INCA, 2008.

COSTA, V.G.S.; RODRIGUES, B.M.R.D.; PACHECO, S.T.A. Las relaciones interpersonales en el cuidado del cliente en el espacio oncohematología: una contribución de las enfermeras. Enferm Rev. UERJ, Río de Janeiro, v. 20, no. 2, p. 209 hasta 214, abril / junio 2012. Disponible en: <<http://www.facenf.uerj.br/v20n2/v20n2a12.pdf>>. Acceso en: 12 de septiembre 2012.

GARNICA, M.; NUCCI, M. Epidemiología, tratamiento y la profilaxis de las infecciones en la leucemia linfocítica crónica. Rev. bras. hematol. hemoter., Río de Janeiro, v. 27, no. 4, p. 290-300. 2005. Disponible en:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v27n4/v27n4a16.pdf>>. Acceso en: 07 de agosto 2012.

HONORIO, P.R.P.; CAETANO, J.A. Desarrollo de un protocolo de atención de enfermería para pacientes hematológicos: relato de experiencia. Rev. Electo. Enfermera., V. 11, no. 1, p. 188-193. 2009. Disponible en:

<<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a24.htm>>. Acceso en: 28 de agosto 2011.

MENDONÇA, K.M. et al. Rol de la enfermería en la prevención y control de la infección sanguínea relacionada con el catéter. Enferm Rev. UERJ, Río de Janeiro, v. 19, no. 2, p. 330 a 333, abril / junio 2011. Disponible en:

<<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a26.pdf>>. Acceso en: 15 de agosto 2013.

MOHALLEM, A.G.C.; RODRIGUES, A.B. Oncológica enfermería. Barueri, SP: Manole, 2007. (Serie de enfermería).

SOUSA, R.M.; ESPÍRITO SANTO, F.H.; COSTA, R. Hospitalización subsidios cliente oncohematológicos para el cuidado de

ancianos. R. Pesq.: Enfermería. fundada. en línea, Río de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 2613-2626, Jul / Set. 2012. Disponible en: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1715/pdf_601>. Acceso en: 23 de agosto 2013.

POSTER 99**AUTORES/AUTHORS:**

Anselmo J. Montes Aguilera, Javier Jimenez Benitez, Paloma Jimenez Arribas

TÍTULO/TITLE:

EFFECTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DEL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO SOBRE LA TASA DE VENTRICULITIS

INTRODUCCIÓN

La inserción de un drenaje ventricular externo (DVE) es uno de los procedimientos más comunes en Neurocirugía. Se utiliza para el drenaje de líquido cefalorraquídeo y proporciona un medio de control y seguimiento de la presión intracraneal.

La incidencia de infecciones por drenaje ventricular externo según la literatura más actual es variable, con tasas que van desde el 2% al 27%, suponiendo un importante problema de salud y costes sanitarios.

OBJETIVO

Valoramos la incidencia de ventriculitis asociada a drenaje ventricular externo (DVE) tras la puesta en marcha de un protocolo con medidas generales y específicas de actuación durante el procedimiento de inserción, manipulación, extracción de muestras y cuidados generales del drenaje.

METODO

El estudio se desarrolla en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Son Espases.

La UCI cuenta con 4 unidades independientes con un total de 32 camas, 8 de ellas en la unidad de Neurotrauma.

Estudio observacional, analítico longitudinal y prospectivo.

Se confecciona un protocolo con medidas generales y específicas para la colocación de DVE; técnica aséptica, cuidados de enfermería, extracción de muestras, antibioterapia profiláctica siguiendo las recomendaciones Internacionales basadas en la Evidencia Científica.

El protocolo se inicia en junio de 2014 y realizamos una valoración de su efectividad en mayo de 2015.

Los criterios de inclusión son; todos los pacientes adultos ingresados en Cuidados intensivos que precisaron colocación de un DVE.

Criterios de exclusión; pacientes pediátricos y catéteres insertados en las cirugías programadas, para evitar un posible sesgo en el estudio.

Método utilizado para la obtención de datos:

Tras la colocación del drenaje registro y seguimiento diario por el personal de Enfermería, valorando: Tipo de DVE y fecha de inserción, revisión del sistema, recambio del DVE o del sistema de recolección, extracción de muestras de LCR, detección precoz de posibles complicaciones, infusión de medicación, mal funcionamiento del drenaje y fecha de retirada.

Se registraron variables: Demográficas, patologías de base, causa y días de DVE, infección, microorganismos causantes, días de estancia en uci, días de hospitalización, destino y tipo de alta del paciente.

RESULTADOS

Han formado parte del estudio 46 pacientes.

El rango de edad es muy variable y abarca de los 17 a los 75 años de edad. En cuanto al sexo; 26 eran hombres y 20 mujeres.

Se colocaron 46 DVE. La causa principal fue por hemorragia subaracnoidea (HSA), seguido de traumatismo craneoencefálico (TCE), hemorragia intravascular (HI), hemorragia intraparenquimatosa (HIP), LOE, absceso e ICTUS.

Protocolizadas las actuaciones, se describieron 4 casos de ventriculitis, siendo el *Stafilococo epidermidis* el agente causal aislado. En cuanto al destino de estos pacientes; 2 de los pacientes fueron dados de alta a hospitalización y posteriormente a su domicilio. Los otros 2 fueron exitos. En todos los casos se alargó el tiempo de ingreso y las complicaciones potenciales.

Se utilizó estadística descriptiva con medidas de centralización para el análisis de los datos.

DISCUSION

Los casos de ventriculitis asociada a DVE se redujeron del 19,5% (previo al estudio) al 8,7% actual.

Todos los casos contaminados han dado como agente causal el *S. epidermidis*.

A pesar del uso de técnicas estériles protocolizadas por todo el personal, y del descenso en la incidencia de ventriculitis, existe todavía un % importante de infección.

IMPLICACION PARA LA PRÁCTICA

La puesta en marcha de una serie de medidas estandarizadas por todo el personal en el momento de inserción y mantenimiento del drenaje ventricular externo incide de manera importante en el descenso de la infección y las complicaciones derivadas de su manejo. El diseño de estrategias para la prevención de complicaciones en el manejo de los drenajes mejora la seguridad clínica, la calidad asistencial y los costes sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA

1. Sein Lwin, Shiong Wen Low et al. External ventricular drain infections: successful implementation of strategies to reduce infection rate. *Singapore Med J* 2012;53(4):255
2. Tanner J. Surgical hand antisepsis: the evidence. *J Perioper Pract* 2008;18:330-4 339.
3. Korinek AM, Reina M, Boch AL, Rivera AO, De Bels D, Puybasset L. Prevention of external ventricular drain – related ventriculitis. *Acta Neurochir (Wien)* 2005 147:39-46
4. Hong Joo Moon MD et al. Clinical Analysis of external ventricular drainage related Ventriculitis. *J Korean Neurosurg Soc* 41:236-240, 2007
5. Spaho N, Computaro L, Salazar E, Clara L, Almada G, Lizzi A et al. Guías de práctica clínica para el manejo del drenaje ventricular externo. *Rev Argent Neurocir.* 2006;20(3):143-6
6. Lo CH, Spelman D, Bailey M, Cooper DJ, Rosenfeld JV, Brecknell JE. External ventricular drain infections are independent of drain duration: an argument against elective revision. *J Neurosurg.* 2007;106(3):378-83.
7. Beer R, Pfausler B, Schumutzhard E. Infectious intracranial complications in the neuro-ICU patient population. *Curr Opin Crit Care.* 2010;16(2):117-22

POSTER 101**AUTORES/AUTHORS:**

Natalia Díaz Vigón, Lidia Fernández Gutiérrez, Ana Isabel Díaz Cano, Mercedes Vega Gutiérrez

TÍTULO/TITLE:

¿Le duele? ¿Nada que hacer? ¡Sí!

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico constituye uno de los problemas de mayor prevalencia en la medicina actual, afectando al 12% de la población española y es, por ello, una de las cuestiones de máxima actualidad (1). Es la causa más frecuente de sufrimiento e incapacidad que compromete la calidad de vida de las personas afectadas y por tanto muy costoso tanto económica como socialmente. (2)

La afectación de la calidad de vida en el dolor crónico de origen osteoarticular es evidente por las limitaciones y repercusiones en los aspectos tanto físicos como psíquicos, sociales y económicos de los pacientes que lo padecen. (3) Hay personas afectadas que se ven obligadas a cambiar de trabajo a causa del dolor y éste a su vez genera varias consultas médicas incluyendo distintas especialidades. Hay estudios que recogen que cada paciente activo pierde al año en torno a 16 días laborales, siendo el dolor lumbar el de mayor prevalencia (80 %) y el causante de más días de trabajo perdidos y el que solicita más compensaciones (1).

Además del dolor existen diversos factores que repercuten negativamente sobre la calidad de vida de estos pacientes. En ocasiones son factores poco modificables, en cambio sobre otros sí se pueden realizar estrategias de actuación del tipo educativas, preventivas, dietéticas, psicológicas, conductuales etc. siendo preciso conocer el entorno de influencias que rodean a los pacientes con dolor crónico para realizar un tratamiento integral desde un punto de vista amplio y multidisciplinar, donde el tratamiento analgésico asociado a medidas no farmacológicas y de promoción de hábitos saludables nos permita una mejora global de la patología dolorosa y de su repercusión personal, social y económica. (3)

Por todo lo anterior, en el Centro de Salud de Las Vegas, llevamos a cabo intervenciones individuales en la consulta de enfermería de atención primaria donde hacemos una valoración integral de los pacientes.

Igualmente, al formar parte del Consejo de Salud de la Zona, contactamos con la presidenta de la Asociación de Amas de Casa, donde gran parte de las socias integrantes padecen algún tipo de dolor crónico, especialmente osteomuscular y formamos un grupo de trabajo para impartir charlas sobre el manejo del dolor crónico ya que se objetivó una necesidad real de educación.

OBJETIVOS

- Educar a un grupo de amas de casa y pacientes interesados acerca del dolor crónico, en un simposio realizado en una tarde de marzo de 2015 en el concejo de Corvera.
- Educar a los integrantes de una comunidad terapéutica en dolor crónico en una charla impartida una mañana de abril en Pravia.
- Evaluar la percepción de los asistentes acerca de las charlas.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo e informativo realizado en el primer semestre de 2015. La primera parte consistió en una revisión bibliografía en las bases de datos pubmed, cochrane, scielo, etc, páginas de Internet de sociedades científicas y bibliografía en papel.

La segunda parte consistió en un conjunto de charlas impartidas a grupos con dolor osteomuscular crónico en las localidades de Corvera y Pravia, (Asturias).

Tras impartir las sesiones, se entregó a los asistentes un cuestionario breve de 5 ítems acerca de su percepción sobre la charla.

RESULTADOS

- Hubo una asistencia mayor de la esperada, acudieron 130 personas a las sesiones.
- El 100% de los asistentes a las charlas las consideraron de gran utilidad y referían que las explicaciones fueron claras y comprensibles.
- Al 85,7% le ha aportado conocimientos nuevos.
- Al 52,4% le hubiese gustado profundizar más en algún tema, como la fibromialgia y artrosis.
- La mayor parte de los asistentes refiere desear talleres prácticos.

CONCLUSIONES

- El dolor osteomuscular crónico es una patología muy prevalente en nuestra población y que repercute en muchos aspectos de la vida de las personas, por lo que los afectados son poblaciones muy susceptibles a las intervenciones educativas.
- La totalidad de los asistentes consideraron útiles las sesiones lo que denota interés y necesidad real de educación en este aspecto.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006;10:287-333.
- (2) Goberna Iglesias M. J., Mayo Moldes M., Lojo Vicente V.. Gestión y actuación enfermera en la unidad de dolor crónico. *Rev. Soc. Esp. Dolor [revista en la Internet]*. 2014 Feb [citado 2015 Jun 02] ; 21(1): 50-58. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000100006&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462014000100006>.
- (3) Casals M., Samper D.. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico: Estudio ITACA. *Rev. Soc. Esp. Dolor [revista en la Internet]*. 2004 Jul [citado 2015 Jun 02] ; 11(5): 260-269. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000500002&lng=es.

POSTER 103**AUTORES/AUTHORS:**

AMPARO CASTAÑO ANDUJAR, ANGEL AGULLO PIÑOL, MANUELA IBARRA RIZO, JOSE RAMON VARGAS PEÑA, M^a LUISA SOLER RIZO, M^a DOLORES MOLINA UTRERA, M^a ROSA LOZANO HEREDIA, NOEMI CASTAÑO ALEJO, VANESA ARACIL PEDRAZA

TÍTULO/TITLE:

Diagnostico de salud de la población de una Unidad Básica Asistencial en el Centro de Salud Integrado de Santa Pola

Objetivos

Conocer el diagnostico de salud de los pacientes asignados a la Unidad Básica Asistencial (UBA) de la población de Santa Pola.
Conocer la prevalencia de las enfermedades crónicas más relevantes de la UBA

Metodo

Ámbito: Centro de Salud Integrado de Santa Pola del Departamento de Salud Elche –Hospital General.

Diseño: Estudio descriptivo, observacional y transversal

Sujetos/participantes: Población de referencia asignada a la UBA medico/enfermera formada por 848 pacientes.

Criterios de inclusión: Todos los pacientes entre 15-64 años. Un total de 631 pacientes de ambos sexos, de ellos 332 son hombres y 299 mujeres. TABLA 1

Variables: Revisión de la Morbilidad de las enfermedades crónicas y selección de las que mayor prevalencia tienen. Enfermedades crónicas con mayor prevalencia.

Obtención datos: Para la obtención de datos del Paciente y Morbilidad se utilizan los registros de Sistema Información Ambulatoria (SIA), Programa ABUCASIS y ALUMBRA

Resultados

Las enfermedades crónicas diagnosticadas con mayor prevalencia en la UBA son Hipertensión Arterial (HTA) Diabetes (DM) y Obesidad.

La prevalencia de enfermedad fue del 24%, un total de 152 pacientes diagnosticados con patología crónica. De ellos 100 pacientes son Hipertensos es decir el 15,8% padecen HTA. Con DM 28 pacientes que supone una prevalencia de 4,4% y con diagnostico de Obesidad de 24 pacientes, un 3,8% de prevalencia de esta patología.

De los 100 pacientes diagnosticados de HTA 56 son hombres, un 56% y 44 son mujeres un 44%. Hay mas Hombres Hipertensos

Los pacientes diagnosticados de DM en la UBA son un total de 28 con una prevalencia del 4,4% de la población a estudio y una prevalencia del 18,4% de los pacientes diagnosticados con patologia cronica. De ellos 22 son hombres(78,5%) y 6 son mujeres (21,5%). Hay mas Hombres con DM en santa Pola

Con respecto a la Obesidad los datos obtenidos en mujeres (1;6%) son superiores al de los hombres (0,8%). Hay mas mujeres Obesas en santa Pola

Más de la mitad de los pacientes con HTA son hombres lo que demuestra que tienen peor salud que las mujeres. También ocurre lo mismo con la DM un porcentaje elevado y significativo son hombres y muchas menos las mujeres que padecen dicha patología.

Por contra la patología crónica que más afecta a las mujeres con diferencia es la obesidad

Comparandolo con la CV vemos que la prevalencia entre hombres y mujeres es muy similar. Con respecto a la HTA y la DM pero difiere con los datos obtenidos respecto a la Obesidad ya que la UBA tiene una prevalencia del 3,8 % y la CV una prevalencia del 17,33% esto puede deberse a un error en la codificación de diagnosticos medicos.

5-Conclusiones

Es necesario conocer el diagnostico de salud de la población con la que trabajamos, saber la prevalencia de las enfermedades de nuestra comunidad y conocer sus necesidades en salud.

Los datos indican una prevalencia significativa de las enfermedades crónicas HTA, DM y Obesidad tanto, en el CSI de Santa Pola, como en el resto de la Comunidad Valenciana (CV) y con el resto de las Comunidades Autonomas de España.

Los hombres de la UBA de Santa Pola tienen mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares ya que presentan mayor índice de HTA y DM que las mujeres. Si no se interviene puede derivar en complicaciones cardiovasculares graves tipo IAM y otras enfermedades coronarias.

Las mujeres tienen menos actividad física por lo que son mas Obesas. Si no se interviene pueden llegar a padecer HTA y DM

La intervención a realizar es distinta en hombres que en mujeres ya que hay una destacada prevalencia de enfermedad en ambos grupos.

6-implicacion para la práctica

Permite al profesional realizar una intervención directa sobre las necesidades de salud de los pacientes que tiene asignados en su UBA.

Intervenir en aquella población con riesgo de padecer patología crónica antes de la aparición de la enfermedad, ya que conocemos que patologías crónicas tienen mayor prevalencia.

Fomentar hábitos y estilos de vida saludable a todo paciente que acuda a consulta por cualquier motivo de salud.

Realizar un screening a la población en general para detectar los posibles casos ocultos de HTA, DM, Obesidad para intervenir sobre ellos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Sandín-Vázquez M (1) y Sarría-Santamera A (1,2). Evaluación de impacto en salud: valorando la efectividad de las políticas en la salud de las poblaciones. Departamento de Ciencias Sanitarias y Médico-sociales, Universidad de Alcalá.
Rev.Esp.SaludPublica vol.82 n.3 Madrid May./Jun. 2000; Cofiño R, Álvarez B, Fernández S, Hernández R. Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? Rev Atenc Prim. 2005;35(9):478-83;
Generalitat Valenciana. Estudio de la prevalencia de obesidad, hipertensión arterial, dislipemia tabaquismo y resistencia a la insulina. Plan de Diabetes de la Comunitat Valenciana 2006-2010. Catala Bauset M, Girbes Borrás J, Battaler Gisbert A, Catala Pascual MJ, Pedro Font T, Lluch Verdu I. Ed. Generalitat Valenciana; 2006-2010. p.61-69; Estrategia en Diabetes del Sistema nacional de Salud. Actualización. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad; 2012. p.15-42; Instituto Nacional de estadística INE. base <http://www.ine.es/inebmenu/indice.htm>;
<http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.5122-2000.pdf>.

POSTER 104**AUTORES/AUTHORS:**

AMPARO CASTAÑO ANDUJAR, ANGEL AGULLO PIÑOL, MANUELA IBARRA RIZO, SANDRA GARCIA PRIETO, M^a LUISA SOLER RIZO, M^a DOLORES MOLINA UTRERA, VANESA ARACIL PEDRAZA, NOEMI CASTAÑO ALEJO, ESPERANZA MOYA COLLADO

TÍTULO/TITLE:

Implantación de un Programa de Atención Domiciliaria en un Centro de Atención Primaria de Salud

Objetivos

Garantizar la Atención Domiciliaria periódica por parte de los profesionales de Enfermería.

Mantener la continuidad de cuidados de Enfermería en el domicilio del paciente.

Valorar el estado de salud del paciente y su entorno

Metodología**Ámbito**

Centro de Salud Integrado de Santa Pola del Departamento de Salud Elche –Hospital General.

Diseño

Estudio descriptivo, observacional, transversal

Sujetos/participantes

Todos los pacientes del CSI que cumplan los criterios de inclusión en el programa

Criterios de inclusión: Pacientes con enfermedad, discapacidad o deterioro con imposibilidad para desplazarse al centro de salud por causas Físicas, Psíquicas o Sociales.

Que el domicilio sea el mejor lugar terapéutico

Variables

Registro de la Atención Domiciliaria realizada en el Sistema de Información Ambulatoria

Barthel. Control de constantes

Obtención datos

Se realiza la captación de los pacientes mediante valoración a domicilio. La valoración se realiza bien a petición de la familia, por informe de alta de Enfermería hospitalaria, petición de material de curas para paciente que no conocemos y son derivados o no por Médico de Atención Primaria, trabajadores sociales.

Resultados

Tras la implantación del PAD en el CSI de Santa Pola se ha registrado un aumento significativo de las visitas domiciliarias por parte de Enfermería, pudiendo valorar la salud y el entorno del paciente.

El control de los pacientes domiciliarios se realiza de forma periódica según la patología que presentan y con la colaboración del cuidador.

El paciente se siente mejor controlado y los cuidadores tienen la percepción de continuidad de cuidados por parte del personal de Enfermería del CSI.

Se realiza seguimiento telefónico del paciente inmovilizado para valorar evolución de enfermedad crónica y control de sus constantes, se valora estabilidad de síntomas.

Discusión

Por parte del profesional de enfermería:

Los profesionales de enfermería se sienten satisfechos con la implantación del Programa ya que conocen la periodicidad de los controles, asociados a la patología del paciente, cuando el paciente está estable.

Mediante seguimiento telefónico se mantiene un contacto continuo con el paciente y cuidador que le facilita el trabajo desde el Centro de Salud.

Mejora la comunicación y la atención con el paciente o cuidador.

Por parte del paciente y cuidador:

Tienen la percepción de Atención y seguimiento por parte de enfermería de los cuidados del paciente.

Están mejor informados sobre la patología crónica del paciente y los cuidados básicos que pueden aplicar en cada situación, así

como, la detección de factores de riesgo para evitar la aparición de nuevas patologías.

Implicación para la práctica

Permite al profesional realizar un control y seguimiento periódicos del paciente crónico.

Al mejorar la comunicación con el paciente o cuidador nos permite ser más objetivos en el control de síntomas del paciente domiciliario.

La EpS realizada por el personal de enfermería en el domicilio del paciente, permite mayor implicación de la familia o cuidador en los cuidados del paciente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1) Guía para personas con Ulceras por presión o riesgo de padecerlas y sus cuidadores. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad. 2) Guía practica Programa Atención Domiciliaria PAD, Departamento de Salud Elche hospital General. 3) Tabla seguimiento control PAD, Coordinadora Enfermería CSI Santa Pola,

POSTER 105**AUTORES/AUTHORS:**

Eva Angeles Sánchez Martos, Maria Concepción Cubillo de Pablo, Anna Torres Corts, Montserrat Carrasco Sánchez, Nuria Seijas, Maria Teresa Cantos Santamaria, Marta Fernandez Ross, Joan Sola Aznar, Maria Puertas Calvero

TÍTULO/TITLE:

RESULTADOS ESTUDIO MANEJO INEFECTIVO REGIMEN TERAPEUTICO

Las unidades de Hospitalización a Domicilio llevamos más de 35 años entrando en los domicilios de los pacientes y valorando sus botiquines de medicamentos. Hemos podido apreciar que el paciente que presenta enfermedades crónicas, Crónicas Complejas y Frágil hacen un uso inadecuado del tratamiento.

Quisimos conocer la gravedad del problema y consultamos los siguientes tesauros Cumplimiento terapéutico. Adherencia. Cooperación. Concordancia. Manejo inefectivo del régimen terapéutico. La mayoría de los estudios no contemplan la visita al domicilio ni encuestan a la persona que prepara la medicación.

Objetivo principal: Evaluar la incidencia de uso inadecuado del régimen terapéutico. Objetivos secundarios:-Causa la persona que asume el tratamiento: Datos demográficos. Limitaciones. Comorbilidad. Características situacionales.- Causa en personal sanitario de referencia: Número de médicos. Valoración atención recibida. Consulta de duda o enfermedad.- Causa los fármacos: Relación fármaco- enfermedad. Diferente formato/ igual principio. Formato similar / principio diferente. Efectos secundarios. Cambios frecuentes.

Material y método: Diseño de un estudio observacional transversal multicéntrico. Muestreo no probabilístico consecutivo.

Intervenciones: Los pacientes fueron incluidos por orden de ingreso y cumplieron los criterios de inclusión. Se aplicó unos cuestionarios a 419 personas que prepararon la medicación.

Variables de resultado: Conocer el grado de uso inadecuado y de concordancia del régimen terapéutico de larga duración.

Frecuencia de uso inadecuado relacionado con la persona que asume el tratamiento, personal sanitario y fármacos.

Consideraciones éticas: Estudio aprobado por CEIC del Hospital Promotor. Para participar se explicó el estudio verbalmente y por escrito y se firmó consentimiento por la persona encuestada. Esta participación no supuso riesgo ni coste económico.

Resultados: Encuestados 83% era pacientes y 17% cuidadores. El 46,4% pacientes crónicos, 38,8% Paciente Crónico Complejo, 11,5% Frágil. La edad media 67,81. El 52,6% mujeres. Nivel cultural elemental 40,4%. La media Barthel 82,05, Charlson 3,72, Pfeiffer 1,04. El 43,1% conocen la enfermedad. El 25,4% les falta ayuda si la necesitan. El 58,6% son dependientes. Un 12,7% hay días que no pueden comer caliente. El 44,5% no pueden salir a la calle por su enfermedad. Dijeron tener: mala salud 66,5%, problemas de visión 52,2% y de oído 24,4%, olvidos 42,8%, disponer de rutinas 45,9% ,no limitada su vida social 48,3%dejaron la medicación 48,6%, 49,3% no dejó la medicación. Previo a un ingreso el 80,1% no dejó la medicación. El 76,3% tuvieron ingresos previos. Concordancia receta electrónica/ medicación domicilio un 55,3%. El juicio clínico de Manejo Inefectivo Régimen Terapéutico es 51,7%. Valoración buena al médico de familia 43,3%, al médico especialista 42,6%, enfermera de familia 48,3%, farmacéutico 56,7%. Si duda de medicación 29,4% preguntó al farmacéutico. Si enfermaron 65,3% acudió a urgencias. De 3694 tratamientos revisados, 971 presentaban duplicidad y 1084 fármacos se cambiaron con frecuencia. A la pregunta de si conocían como se administra el fármaco, conoce las dosis día y relaciona fármaco con patología: entre los fármacos que no tienen un seguimiento 54'5% contestaron No conocer ninguno de estos datos. Entre los pacientes que reciben educación profesional encontramos que contestan Sí en caso de inhaladores un 63'7% , un 74,1% en tratamientos diabéticos y un 80,6% en tratamiento con Sintrom. Discusión, conclusiones e implicaciones para la práctica: Las características de las personas que preparan la medicación y los tratamientos aplicados nos lleva a insistir en la educación y seguimiento de la adherencia farmacológica por parte de los profesionales para conseguir mayor cumplimiento y disminuir el riesgo de complicaciones o ingresos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

[17] Marquez Contreras E, Casado Martinez JJ. El incumplimiento farmacológico en las enfermedades cardiovasculares. Med Clin 2001; 116 (Supl 2): 54-56. [21] Marquez Contreras E, Casado Martinez JJ, Celotti Gómez B, Martín de Pablos JL, Gil R, Lopez V, Dominguez R. El cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial. Ensayo sobre la intervención durante dos años mediante educación sanitaria. Aten Primaria 2000; 26:5-9. [22] Zaragoza Pérez S. Ensayo Clínico de intervención en hipertensión arterial para modificar el incumplimiento terapéutico (Tesis Doctoral) Universidad Miguel Hernandez, Facultad de Medicina Alicante; 2002. [24] Salvador Carrulla L, Melgarejo Ochoa M. Cumplimiento terapéutico El gran reto de la medicina del siglo XXI. Ars Medica

ISBN.84-95670-20-8 2002;pag.9 [28] Garcia Navarro MD,Orozco Beltran D, Gil Guillén V, Carratalá Munuera C, Terol Moltó C, Merino Sánchez J. Relación entre cumplimiento farmacológico y grado de control en pacientes con hipertensión, diabetes o dislipemias. Med Clin (Barc) 2001; 116 (Sup2): 141-146.[34] Haynes B,MacDonald H, Gard A. Helping patients follow prescribed treatment. Clinical Applications. JAMA 2002; 208: 2880-2883. [36] Argimon Pallás JM, Jimenez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Elsevier ed.3ª.2007.[37] NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros Definiciones y clasificaciones. 2009-2011. Elsevier-2009.[39] Torres Perez L, Leal Valle AM . Manejo inefectivo del regimen terapeutico en un paciente diabético. Tempus Vitalis vol. 6 nº2 ,2006.[40]Guia española de Hipertensión arterialHipertensión.2005;22 Supl 2: 47-57[41] Ma M,Fernandez E, Veledo P,Garcia MP,Gonzalez A,Fernandez D ,Soto L,Mesa A. Enfermera centinelas em red vigilância epidemiológica em Leon. Boletin de enfermeria comunitaria. 2004: pag.21-24.[42] Fernandez Rodriguez V, Moreno Verdugo A, Perejon Fernandez I ,Guerra Martin MD. Enfermeras Hospitalarias de enlace (Gestoras de casos). ISSN 1695-6141 Mayo 2007.[43] Martinez Romero F,Fernandez Llimós F,Gastelorrutia MA,Parras M,Faus MJ.Programa Dáder Del seguimiento Del tratamiento farmacológico. Universidad de Granada CTS -131. Facultad de Farmácia.-2000.[44] Protocolo De l' Hospital de Sabadell per a La detecció i el cumpliment terapeutiic en pacients en tractament amb retrovirals.[45]Daroqui Agustí MP, Castells Molina S, Hernández Pérez M Cumplimiento terapéutico: Farmacología en enfermería Elsevier 2007; 65: 569-576

POSTER 108**AUTORES/AUTHORS:**

Alexandra Bittencourt Madureira, Taísa Tatiane de Souza Santos, Maria de Fátima Mantovani, Elis Martins Ulbrich, Maria Elisa Brum do Nascimento

TÍTULO/TITLE:

La representación social del usuarios de lo programa HIPERDIA sobre el tratamiento de la hipertensión arterial.

Introducción: El tratamiento de la hipertensión trae a las personas que tienen esta enfermedad incumbencias, incluyendo cambios en el estilo de vida y la adhesión a la medicación con el uso constante de los medicamentos. La adherencia a la terapéutica de la enfermedad está sujeto a influencias relacionadas con el tratamiento, lo que implica un cambio en el estilo de vida, además del constante uso de medicamentos. Entre los factores relacionados son el conocimiento sobre la enfermedad y la modificación de la forma de vida. Por lo tanto, cada uno basado en sus experiencias personales, expresa puntos de vista sobre este proceso, que tienen estrecha relación con sus creencias, pensamientos, sentimientos y representaciones.

1. Objetivo: El objetivo del estudio fue describir las representaciones de los usuarios sobre el tratamiento medicamentoso, acompañados por el HIPERDIA programa, que permite controlar los pacientes registrados en lo Plan Nacional de la Reorganización de los Cuidados para la Hipertensión y Diabetes Mellitus.
2. Método: estudio cualitativo descriptivo realizado en las unidades de salud de un Distrito de Salud, con sede en Curitiba, Paraná, basado en la Teoría de las Representaciones Sociales. Participaron 210 personas, con edades comprendidas entre 18 y 60 años, registrados y activos en el programa. Los datos se recogieron entre abril de 2013 y enero de 2014, con encuesta semiestructuradas y analizadas por el método de análisis de contenido. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos del Sector de la Salud de la Universidad Federal de Paraná, registro CEP / SD: 220.068.
3. Resultados: Fue encontradas dos categorías: "lo peso del medicamento y el control de los acaecimientos"; "el conocimiento y el control de la enfermedad con la droga".
4. Discusión: Las representaciones de lo peso de la droga están permeadas por sentimientos ambivalentes y contradictorios y revela convivencia inarmónico marcadas por la tensión frecuente asociada con las preocupaciones cotidianas, lo que conlleva la pérdida de la libertad. El conocimiento y control de la enfermedad con medicamentos destacan, efectos negativos paradójicos como el miedo a la muerte por la ausencia de remedio, la tensión por el mal uso, y positivo, para una mejor salud con el uso de la terapia. La descripción de las representaciones sociales de tratamiento de drogas construidas a partir de la experiencia subjetiva de los usuarios en su práctica diaria, la interacción social y las barreras experimentaron hacia el tratamiento puede ayudar a estas personas se respetan a sí mismos y con la realidad que los rodea. Se cree que el conocimiento de las representaciones de la gente sobre el tratamiento de la hipertensión permitirá una mejora en la práctica clínica que proporciona una mejor interacción entre el usuario y profesionales de la salud y una mejor adherencia al tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

ALMEIDA, G.B.S.; PAZ, E.A.; SILVA, G.A. Representações sociais sobre hipertensão arterial e o cuidado: o discurso do sujeito coletivo. Acta Paul Enferm. v. 24, n.4 p. 459-65, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

FAQUINELLO, P.; MARCON, S.S.; WAIDMANN, M.A.P. A rede social como estratégia de apoio à saúde do hipertenso. Rev Bras Enferm, Brasília, v. 64, n. 5, p.849-56, set-out, 2011.

LOPES, M.C.L.; MARCON, S.S. A hipertensão arterial e família: a necessidade do cuidado familiar. Rev Esc Enferm UPS, v.43 ,n.2,

p. 343-50, 2009.

MACIEL, K.F.; ULBRICH, E.M.; LABRONICI, L.M.; MAFTUM, M.A.; MANTOVANI, M.F.; MAZZA, V.A. A hipertensão arterial na percepção dos seus portadores. *Cienc. Cuid. Saude*, v.10, n.3, p.437-443, Jul/Set, 2011.

POSTER 109**AUTORES/AUTHORS:**

Alejandro Lendínez Mesa, Sara Agudo Navas, Ana Sofía Fernandes Ribeiro, Julio César de la Torre Montero, Monica Casero Alcázar, María del Carmen Díaz García, Sarah Jayne Grantham, Fernando Paredes Fernandez

TÍTULO/TITLE:

DISFAGIA OROFARINGEA EN LOS PACIENTES CON ICTUS HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE NEUROREHABILITACIÓN

Objetivos: Conocer la prevalencia de disfagia orofaríngea y las principales características clínicas de los pacientes con ictus hospitalizados en una unidad de neurorehabilitación.

Método: Se llevó a cabo un estudio observacional, de carácter transversal, retrospectivo en la Unidad de Neurorehabilitación de un hospital de media-larga estancia. Se utilizó como población accesible pacientes con ictus hospitalizados en el programa de daño cerebral rehabilitable en el periodo comprendido entre Abril de 2012 y Enero de 2015. Se recogieron variables tanto sociodemográficas como variables clínicas al ingreso y al alta de los pacientes. Siendo este estudio aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del área correspondiente. Los datos fueron extraídos de las historias clínicas de los pacientes tras el consentimiento firmado al ingreso en la unidad. El análisis de los datos fue realizado a través del programa estadístico SPSS 19.0 para Windows.

Resultados: La muestra está constituida por un total de 124 pacientes de los cuales el 29% son mujeres y un 71% hombres, con una media de edad de 56.45 ± 12.35 años. El tiempo medio de evolución desde el diagnóstico del evento cerebrovascular hasta el ingreso de los pacientes en la unidad de neurorehabilitación fue de 74.23 ± 56.07 días y con una estancia hospitalaria media de 114.94 ± 53.83 días. Se observó una prevalencia de disfagia orofaríngea del 46.8% de los pacientes ingresados, siendo la principal etiología del ictus de origen traumático en un 12.9%, seguido por un 7.3% de origen hipertensivo. Se observó que al ingreso de los pacientes en la unidad el 62.9% presentaban una dependencia total, mientras que un 26.6% eran dependientes severos, 8.9% dependientes moderados y un 1.6% independiente, objetivando una mejoría funcional al alta. En este sentido se observó que el 19.1% de pacientes mantienen una dependencia total, el 38.7% dependencia severa, el 28.2% dependencia moderada, el 5.6% dependencia leve y un 8.1% de los pacientes causaban alta con una independencia funcional. Además se ha verificado que 46 de los pacientes al ingreso presentaban un grado de dependencia total y disfagia orofaríngea, observándose al alta una mejoría del 58.7% de dichos pacientes en lo que se refiere a nivel funcional y deglutorio. Al ingreso en la unidad, un 24.2% del total de la muestra portaban sonda de alimentación enteral, siendo portadores de sonda nasogástrica un 11.3%, con sonda de gastrostomía un 10.5% y con sonda de yeyunostomía un 2.4% de los pacientes. Al alta observamos una disminución de estas cifras siendo que al alta un 1.6% de los pacientes eran portadores de sonda nasogástrica y un 11.3% de sonda de gastrostomía. **Discusión:** Con este estudio podemos observar que la prevalencia de disfagia en pacientes con ictus hospitalizados en nuestra unidad de neurorehabilitación es elevada. Nuestros resultados son similares a los presentados en otros estudios de investigación. Se ha visto una prevalencia de 38.6% en unidades de trastornos neurológicos de un hospital de media-larga estancia (1), de 53.6% en una unidad de rehabilitación de pacientes con ictus (2) y de 53,5% en una unidad de convalecencia de ancianos (3). Dichas cifras nos permiten reconocer la importancia del diagnóstico precoz de los trastornos de la deglución en especial en pacientes con enfermedad cerebrovascular y con nivel de dependencia total, donde observamos que se presenta una posible relación entre la dependencia funcional y la presencia de disfagia orofaríngea, ya observado en estudios previos (1,2). En los últimos años se ha verificado un incremento de pacientes diagnosticados de disfagia en las unidades de media-larga estancia, muchos de estos casos están infra-diagnosticados desde los hospitales de agudos de referencia, retrasando su diagnóstico y provocando diversas complicaciones. Siendo importante la realización de este tipo de cribado para la valoración integral del paciente, evitando a su vez la colocación de vías de alimentación enteral que en ocasiones podrían ser innecesarias (4-5). Este estudio nos ha permitido conocer la situación real en cuanto a la prevalencia de disfagia orofaríngea en nuestra unidad, poniendo en práctica desde el equipo interdisciplinar un protocolo de actuación para la detección y diagnóstico precoz de trastornos de la deglución con el fin de minimizar las complicaciones secundarias para el paciente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

(1) Lendínez-Mesa A, Fraile-Gomez MP, García-García E, Díaz-García MC, Casero-Alcázar M, Fernández-Rodríguez N,

- Fernandes-Ribeiro AS. Disfagia orofaríngea: prevalencia en las unidades de rehabilitación neurológica. *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol* 2014;39(1):5-10.
- (2) Ho YH, Liu HY, Huang ST. The prevalence and signs of Dysphagia among stroke patients in rehabilitation units. *Hu Li Za Zhi* 2014;61(2):54-62.
- (3) Silveira-Guijarro L, Domingo-García V, Montero-Fernández N, Osuna-Pozo C, Álvarez-Nebreda L, Serra-Rexach J. Disfagia orofaríngea en ancianos ingresados en una unidad de convalecencia. *Nut Hosp* 2011;26(3):501-10.
- (4) Saein K, Shaker R. Management of Swallowing Disorders. In: Eamonn M, editor. *Neuro-gastroenterology*. 1st ed. Philadelphia: Butterworth Heinemann; 2004. P. 275-301.
- (5) Nazar G, Ortega A, Fuentealba I. Evaluación y manejo integral de la disfagia orofaríngea. *Rev Med Clin Condes* 2009; 20(4): 449-457.

POSTER 111**AUTORES/AUTHORS:**

Carla Lube de Pinho Chibante, Fatima Helena Espirito Santo

TÍTULO/TITLE:**EL CUIDADO DE LAS HERIDAS Y EL USO DE PRÁCTICAS POPULARES**

Objetivo: Describir el conocimiento y las prácticas de los clientes en el cuidado de heridas.

Métodos: Estudio cualitativo, descriptivo de tipo etnográfico. El escenario era una curación clínica en el ciudad de Niterói-RJ y los participantes 20 clientes con algún tipo de herida atendidos en la clínica. Se realizó observación simple y participante y entrevista semiestructurada, sometieron a análisis de contenido. Aprobado por el Comité de ética de la institución.

Resultados: las prácticas identificadas fueron el uso de la tienda en forma de pasta para poner encima de la herida, la cáscara del anacardo y árbol de pimienta en forma de té para bañar la herida. Fe y los hábitos alimentarios también se citaron como una manera de ayudar a la cicatrización de las heridas. Mayoría de los clientes profesó sabe plantas e infusiones en el cuidado de la herida, pero muestran desconfianza en cuanto a su uso que no está legitimada por el conocimiento científico. Fue posible identificar las líneas de clientes como describen la evolución de sus heridas. Sin embargo, la búsqueda de servicios de salud o asistencia médica se realiza por el empeoramiento de la herida. En relación con el cuidado de la herida, los clientes registrados la frecuencia de ida a la unidad, como el intercambio de vendajes, que utilizó en sus heridas, destacando la higiene en el cuidado de la herida que cura. El cuidado de la herida, resulta crucial que el cliente sea protagonista en este cuidado, desarrollar autonomía e independencia en el mantenimiento de la salud todo a través de orientaciones para proporcionar la toma de decisiones sobre qué y cómo hacer para contribuir en el proceso de recuperación y curación de la herida en su vida cotidiana y no sólo ser condicionada a la presencia de los profesionales de la salud y la ida a la institución para la realización de la venda.

Discussión: Estudios e investigaciones enfoque el tema con cuidado, en su mayor parte, revelan una preocupación por la objetividad, la adopción de una perspectiva curativista, cuyo enfoque es el tratamiento de la herida con poco énfasis en la cuestión educativa frente a la persona con heridas, así como su conocimiento y experiencia en el tratamiento y prevención de la misma. Ante esto, hay necesidad de prácticas de cuidado superar la dimensión biológica visible, trascendiendo el conocimiento de aspectos físicos y psíquicos de las lesiones¹.

De esta manera, es importante que profesionales de la salud comprendan las diferentes dimensiones que conforman el proceso de vivir y ser saludable: biológica, social, cultural y subjetivo². Esto es porque los temas de salud y enfermedad deben diseñarse desde los contextos socio-culturales, tratando de integrar los conocimientos y prácticas de los clientes con las heridas con el conocimiento científico que guía las prácticas de los profesionales de la salud.

Teniendo en cuenta los resultados de algunas investigaciones, parece que los profesionales de la salud, especialmente enfermeros, deben considerar el saber popular de los clientes, sus creencias, cultura y valores, agregando al proceso de atención, la relación entre cultura y salud se ha abogado por los investigadores, con el fin de conocer las manifestaciones culturales de las personas en la familia, la enfermedad y el acceso a los servicios así como la curación y alivio del sufrimiento³⁻⁵.

En el cuidado de la herida, es importante que el cliente es el protagonista en este cuidado, desarrollar autonomía e independencia en el mantenimiento de la salud todo a través de orientaciones para proporcionar la toma de decisiones sobre qué y cómo hacer para contribuir en el proceso de recuperación y cicatrización de la herida en su vida cotidiana y no estar condicionado a la presencia de la profesional de la salud y la ida a la institución para realizar el vendaje parte de este proceso.

El reloj, en la perspectiva de Leininger, debe considerar la integridad, totalidad y la perspectiva holística de la vida, presente en factores culturales y sociales, expresados en lenguaje y los modelos populares y profesionales de la salud. Para ello, conocer la cultura de los clientes, acceder a la interpretación del significado de la atención y experiencia de diversos grupos culturales es esencial para las acciones, haciendo posible disminuir la brecha entre profesional y cliente, con el fin de mejorar la adaptación y aceptación de las recomendaciones profesionales⁶.

En este sentido, resulta importante para la aplicación de un cuidado que se articulan los conocimientos y prácticas entre quien se preocupa y es cuidadoso en el escenario de las instituciones, basado en una mirada distintiva que trae la integridad y la participación del sujeto, respetando sus límites y posibilidades.

Implicaciones para la práctica clínica: considerar al cliente como el protagonista de su historia señala cómo desafíos sacar el potencial del conocimiento de sus experiencias en un determinado contexto socio-cultural en cuanto a su conocimiento subyacente y la práctica en el cuidado de heridas y, por tanto, las bases para la práctica de enfermería a los clientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Jacondino CB, Severo DF, Rodrigues KR, Lima L, Einhardt RR, Amestoy SC. Educação em serviço: qualificação da equipe de enfermagem para o tratamento de feridas. *Cogitare Enferm.* 2010; 15(2):314-8.
2. Melo LP, Silva NP, Silva KCL, Ponte MPTR, Gualda DMR. Representações e práticas de cuidado com a ferida crônica de membro inferior: uma perspectiva antropológica. *Cogitare Enferm.* 2011; 16(2):303-10.
3. Alcoforado CLGC, Espírito Santo FH. Saberes e práticas dos clientes com feridas: um estudo de caso no município de Cruzeiro do Sul, Acre. *Rev Min Enferm.* 2012 [cited 2015 jan 23]; 16(1):11-7. Available from: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4fccf66a17245.pdf
4. Kreuz I, Gaiva MAM, Azevedo RCS. Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. *Texto contexto- enferm.* 2006 [cited 2015 mar 10]; 15(1):89-97. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072006000100011
5. Hammerschmidt, K.S.A.; Zagonel, I.P.S.; Lenardt, M.H. Envolvimentos da teoria do cuidador cultural na sustentabilidade do cuidado gerontológico. *Acta Paul Enferm.* 2007 [cited 2015 mar 20]; 20(3):362-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt_a20v20n3.pdf
6. Leininger MM, Mcfarland MR. *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory.* 2ªed. New York: McGraw-Hill; 2006.

POSTER 112

AUTORES/AUTHORS:

Yolanda Martín Vaquero, Azucena Gonzalez Sanz, Carmen Villar Bustos

TÍTULO/TITLE:

INFORME DE EVIDENCIA DE LA INTERVENCION ENFERMERA NIC 2150 TERAPIA DE DIALISIS PERITONEAL

Este estudio pretende presentar las mejores pruebas de la efectividad de las actividades incluidas en la Intervención Terapia de Diálisis Peritoneal de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y determinar las actividades enfermeras con mayor evidencia disponible y que no estén incluidas en la taxonomía.

METODOLOGIA: Se realiza un procedimiento sistemático de revisión de la literatura en 22 bases de datos complementada con búsqueda referencial desde junio a diciembre 2014. La población a estudio es el paciente con tratamiento de diálisis peritoneal, en domicilio u hospitalización. Se seleccionan estudios secundarios, Guías de Práctica Clínica (GPC) basadas en evidencias, Revisiones Sistemáticas (RS), metanálisis (MA) o metasíntesis (MS) desde el 2004 hasta la actualidad en español, inglés o portugués. Los descriptores son: DECs: Insuficiencia renal crónica, Terapia de Diálisis Peritoneal, Diálisis Renal, Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua, Peritonitis, Mortalidad, calidad de vida. MeSH: Renal Insufficiency, Chronic. Peritoneal dialysis. Therapy Renal Dialysis. Continuous ambulatory peritoneal dialysis. Automated peritoneal dialysis. Residual kidney function; peritonitis; mortality; healthrelated quality of life. La revisión es por pares en caso de discrepancias se decide en grupo. La valoración de la calidad metodológica se sigue el CASPe (Critical Appraisal Skills Programme) en las RS, MA o MS (se seleccionan si puntuación igual o mayor a 6 puntos) y para las GPC se utiliza el AGREE (si obtienen el 60%). Se realiza la síntesis de las evidencias encontradas, se asigna cada actividad de la intervención los niveles de evidencia y grados de recomendación del Joanna Briggs Institute (JBI).

RESULTADOS: Se identifican 1272 estudios, se seleccionan 180 resúmenes, tras su lectura se retiran 51 que no cumplieran los criterios de inclusión, 1 no se localiza y 46 duplicados. Se hizo lectura crítica de 82 artículos, 20 son los artículos definitivos para elaborar las recomendaciones (8 GPC (1-8) y 12 Revisiones Sistemáticas (9-20)). Se desestiman 10 Resúmenes de Evidencia UpToDate por coinciden con las recomendaciones realizadas en los otros estudios.

DISCUSIÓN: La mayoría de las actividades descritas en la Intervención están centradas en la técnica, contando en casi todas con un alto nivel de Evidencia y grado de recomendación, por lo que consideramos en su mayoría importantes de realizar durante la fase de implantación de la Diálisis peritoneal. Se propone la inclusión de otras que se ajusten mejor a nuestro entorno para conseguir el mantenimiento de la función renal el mayor tiempo posible. Se realiza la propuesta de las actividades para la intervención, sugiriendo una agrupación de las actividades nuevas propuestas. El resultado sería:

- Participación activa del paciente en la toma de decisión sobre el tratamiento de la misma., explicando las diferentes opciones de tratamiento de su fallo renal. (nueva propuesta) IA
- Comprobar el equipo y realizar los intercambios de diálisis (introducción, permanencia y extracción), según el protocolo del centro.(nueva propuesta) IA
- Asegurar una manipulación aséptica y segura del catéter peritoneal y de las conexiones: Valorar la permeabilidad del catéter, fijar las conexiones y el tubo firmemente, evitar el exceso de tensión mecánica sobre los catéteres de diálisis peritoneal(nueva propuesta) IIB
- Llevar un registro de los volúmenes de flujo de entrada/salida y del equilibrio de líquido individual/acumulado IA
- Invitar al paciente a vaciar la vejiga antes de la inserción de catéter peritoneal. IIB
- Controlar y registrar diariamente los signos vitales basales y/o enseñar al paciente a llevar un registro diario: peso, temperatura, pulso, respiraciones, presión arterial y la respuesta del paciente durante la diálisis. (nueva propuesta) IA
- Extraer muestras para el laboratorio y analizar la bioquímica sanguínea (BUN, creatinina sérica y niveles séricos de Na, K y PO4). IA
- Obtener cultivos para el recuento de células del flujo de salida peritoneal, si se indica. IA
- Observar si hay signos de infección (peritonitis e inflamación/drenaje del sitio de salida). IA
- Observar si hay signos de dificultad respiratoria. IIB
- Observar si se produce perforación intestinal o fuga de líquidos IIB
- Trabajar en colaboración con el paciente para ajustar la duración de la diálisis, las regulaciones dietéticas y las necesidades en cuanto a dolor o distracción para conseguir el máximo beneficio del tratamiento. IA

Las actuaciones que han demostrado reducir las tasas de infección en los estudios aleatorios se basan en la formación e intensidad

del entrenamiento, la profilaxis antibiótica para cubrir la inserción del catéter y la prevención de las infecciones del sitio de salida. Se considera clave que en el plan de cuidados de estos pacientes estén incluidas otras intervenciones enfermería, la NIC 5250 Apoyo en la toma de decisiones (Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre su asistencia sanitaria) y la NIC 1100 Manejo de la nutrición (Proporcionar y fomentar una ingesta equilibrada de nutrientes) debido a la importancia que va a tener en el mantenimiento y desarrollo de la Diálisis peritoneal.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Woodrow G, Davies S. Renal Association Clinical Practice Guideline on Peritoneal Dialysis. Nephron Clinical Practice. 2011; 118(s1): c287-310.
2. Blake PG, Bargman JM, Brimble KS, Davison SN, Hirsch D, McCormick BB, et al. Clinical Practice Guidelines and Recommendations on Peritoneal Dialysis Adequacy 2011. Perit Dial Int. 3 de enero de 2011; 31(2):218-39.
3. Centre for Clinical Practice. Peritoneal dialysis. Peritoneal dialysis in the treatment of stage 5 chronic kidney disease. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) [internet]; 2011 Jul. 24 p. (Clinical guideline; no. 125). [Consultado el 10/11/14] Disponible en: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=34826&search=peritoneal+dialysis+therapy>
4. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Hyperphosphataemia in chronic kidney disease. Management of hyperphosphataemia in patients with stage 4 or 5 chronic kidney disease. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) [internet]; 2013 Mar. 22 p. (Clinical guideline; no. 157). [Consultado el 10/11/14] Disponible en: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=44088&search=peritoneal+dialysis+therapy>
5. Figueiredo A, Goh B-L, Jenkins S, Johnson DW, Mactier R, Ramalakshmi S, et al. Clinical Practice Guidelines for Peritoneal Access. Perit Dial Int. [internet] 7 de enero de 2010; 30(4):424-9. [Consultado el 10/11/14] Disponible en: <http://www.pdicconnect.com/content/30/4/424.long>
6. NKF KDOQI Guidelines [Internet]. [Consultado el 26 /09/14]. Disponible en: http://www2.kidney.org/professionals/KDOQI/guideline_upHD_PD_VA/ Depner TA, Sacramento CA, Daugirdas JT, Goldstein S, Ing TS, Wilmette IL, et al. Hemodialysis Adequacy 2006 Work Group Membership. American Journal of Kidney Diseases. 2006; 48(1 Suppl 1):S3.
7. Nurses' Association of Ontario Decision Support for Adults Living with Chronic Kidney Disease. [internet] [Consultado el 10/11/14] Disponible en: <http://nao.ca/bpg/guidelines/decision-support-adults-living-chronic-kidney-disease>
8. Naylor HL, Jackson H, Walker GH, Macafee S, Magee K, Hooper L, et al. British Dietetic Association evidence-based guidelines for the protein requirements of adults undergoing maintenance haemodialysis or peritoneal dialysis. J Hum Nutr Diet. 1 de agosto de 2013; 26(4):315-28.

POSTER 114**AUTORES/AUTHORS:**

Maria Ballesteros Tena, Lledó Guillamón Gimeno

TÍTULO/TITLE:

Enfermedad de Parkinson: Intervención educativa sobre los síntomas no motores.

1. Objetivos

Evaluar la efectividad de una intervención educativa para pacientes con Parkinson sobre los síntomas no motores (SNM) de la enfermedad en el ámbito de atención primaria.

2. Método

Estudio cuantitativo, cuasi-experimental de tipo antes-después, desarrollado en tres fases: búsqueda bibliográfica, desarrollo de la intervención educativa y evaluación de la efectividad. Para la obtención de la muestra se realizó un muestreo consecutivo no aleatorizado de enfermos de Parkinson usuarios de la Asociación de Parkinson Provincia de Castellón. Como instrumento de medida se utilizó un cuestionario ad hoc que constó de 2 partes separadas en el tiempo por la intervención (pre-test/post-test). Para evaluar la efectividad de la intervención, en el cuestionario post-test, se añadió una batería de preguntas tipo Likert. Los resultados se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS versión 19 y la significación fue extraída mediante el test de Homogeneidad Marginal. (1)

3. Resultados

Se incluyeron en la muestra final del estudio 7 participantes de los cuales el 71'4% eran hombres. Presentaron un promedio de edad de 67'86 años \pm 11'01 en un rango comprendido entre 46 - 79 años y una media de edad al diagnóstico de la enfermedad de Parkinson (EP) de 62 años \pm 10'55 en un rango comprendido entre 42-73 años. El nivel de escolarización alcanzado por los asistentes fue primario en un 57'1% y secundario en un 42'9%. El 71'4% de los participantes llevaban años siendo socios de la Asociación de Parkinson Provincia de Castelló.

Los resultados muestran un aumento general sobre el nivel de conocimientos de los SNM, aunque no fueron estadísticamente significativos para las variables de percepción de conocimientos ($p = 0'655$) y necesidad de información ($p = 0'317$). La variable de conocimientos sobre los SNM de la EP tampoco resultó significativa para las preguntas sobre trastornos motores ($p = 0'564$), estreñimiento como consecuencia de la EP ($p = 0'317$) y actuación en la nicturia ($p = 0'180$). Tras la intervención, el 100% de los participantes señaló conocer la existencia de los SNM y coincidió en la importancia que éstos tienen en la calidad de vida durante todas las fases de la enfermedad y un 57'1% de los participantes afirmaron la necesidad de seguir obteniendo información sobre los SNM de la EP.

En la valoración de la efectividad de la intervención, los aspectos más destacados por parte de los participantes fueron la percepción de mejora de conocimientos y la valoración de la intervención. El menos destacado, aunque también valorado positivamente, fue el impacto que la intervención podría tener sobre la calidad de vida.

4. Discusión

Las intervenciones educativas son herramientas utilizadas fundamentalmente desde la Atención Primaria de Salud para incrementar conocimientos y adquirir hábitos de vida saludables. (2-6)

En la EP, los estudios basados en programas de intervención educativa han demostrado también su efectividad en aspectos clave como la calidad de vida de los enfermos de Parkinson y de sus cuidadores, disminuyendo la necesidad de ayuda de los primeros y la carga psicosocial de los segundos (3); y la adhesión al tratamiento farmacológico (2). El presente estudio aporta que la puesta en marcha de la intervención educativa aumenta los conocimientos sobre los SNM en la EP. Finalmente, si se considera que este estudio no resultó ser significativo por sus limitaciones principales (tamaño muestral reducido, límite temporal estipulado para la realización del estudio y la falta de un estudio piloto para comprobar la fiabilidad del cuestionario) debe considerarse a su vez la mejora en los conocimientos relacionados con los SNM de la EP. El hecho de no haber encontrado estudios específicos sobre los SNM en la EP que evalúen el efecto que los programas de intervención educativa tienen en la mejora de los SNM de la EP, hace

necesaria la incentivación de la investigación en este ámbito, ya que su implementación en otros campos relacionados con la enfermería ha sido de gran utilidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Gómez Gómez M., Danglot Banck C., Vega Fraco L. Sinopsis de pruebas estadísticas no paramétricas. Cuándo usarlas. Revista Mexicana de Pediatría. 2003; 70(2): 91-99
2. Grosset K.A., Grosset D.G. Effect of educational intervention on medication timing in Parkinson's disease: a randomized controlled trial. BMC Neurol. 2007; 7(20): 1 - 6
3. Campo A.L.E.I., Spliethoff-Kamminga N.G.A., Ross R.A.C. An evaluation of the patient education programme for Parkinson's disease in clinical practice. Int J Clin Pract. 2011; 65(11): 1173-1179.
4. Tenorio D., Escobar J.M., Garzón E.S., Acevedo A. Efectividad de intervenciones educativas en primeros auxilios. Investigaciones Andina. 2010; 18(11): 81-91
5. Cabrera Pivara C.E., Morales Sánchez A.E., Arias Merino E., Gonzalez Pérez G.J., Vega Lopez M.G., Coronado Cordero A. Efecto de una intervención educativa sobre la memoria operativa de trabajo del adulto mayor: estudio cuasi-experimental con juegos populares. Redie. 2011; 13(2): 56-67
6. Beltrán González B.M., Ruiz Iglesias M., Grau Avalo R., Álvarez León I. Efectividad en una estrategia de intervención educativa para la promoción de la salud con la embarazada. Rev Cubana Salud Pública. 2007; 33(2): 1 - 11

POSTER 115**AUTORES/AUTHORS:**

Juliana da Costa Silva, Enéas Rangel Teixeira, Donizete Vago Daher, Marlea Chagas, Fátima Helena o Espírito Santo

TÍTULO/TITLE:

Estilo de vida da pessoa com úlcera venosa: implicações para o cuidado em saúde.

Objetivos: describir las características socio-culturales de la persona con Ulcus Cruris; discutir el impacto de los Cruris de Ulcus en el estilo de vida de las personas lesionadas. **Metodología:** se trata de un estudio observacional de tipo transversal con análisis descriptivo con enfoque cuantitativo. La encuesta fue realizada en dos policlínicos del municipio de Niterói. Participantes en la investigación fueron personas con úlcera venosa con rango de edad entre 21 y 84 residentes de años del municipio de Niteroi sirve los vestuarios de las policlínicas mencionadas en el período entre mayo y junio para realización de pruebas previas y de agosto y septiembre para la eficaz aplicación del instrumento de investigación. Criterios de inclusión para el desarrollo de la investigación fueron los participantes de ambos sexos matriculados en unidades básicas de salud anteriormente citadas, con una edad mínima de 18 años con úlceras varicosas (única o múltiples), mostrando o no de comorbilidades (hipertensión, diabetes tipo I y II, insuficiencia cardíaca, entre otros), personas con mezclan y heridas asociadas con neuropatías arteriales. Criterios de exclusión fueron las personas que tengan otros tipos de heridas y no puede responder debido al desarrollo de patologías de naturaleza neuro-psíquico. Los datos se analizaron a través del programa estadístico R. el tamaño de muestra utilizada en este estudio fue de 35 personas. Este estudio fue presentado y aprobado por la cantidad de producto genera CEP-Huapi-UFF: 22667713.6.0000.5243. La opinión que se incorporó fue referida en día 24/06/14. Se garantizaba el anonimato de los sujetos, llegar tranquilo. La información obtenida se utilizará sólo para fines científicos, que se basan en la resolución 466/12, lo que Norma y orienta la investigación con seres humanos, que serán destruidos cuatro años después del comienzo de la búsqueda.

Resultados: entre los participantes con úlceras venosas, 18.2% son hembras y macho de 81,8%. Sobre la progresión de enfermedades que afectan a los participantes en la investigación. 42% (n = 35) son hipertensos. 21.2% (n = 35) son pacientes diabéticos e hipertensos. 12.1% (n = 35) enfermedades vasculares. 6,1% (n = 35) hipertensión y diabetes. 3% (n = 35) se han desarrollado otros tipos de trastornos (estrés y ansiedad). 3% (n = 35) de las participantes actuales y vascular y 12,1% (n = 35) de los individuos que participan en la investigación, función tiene, Mellitus de Diabetes y enfermedades vasculares. 80% tienen sólo 20% y úlcera venosa úlcera (arterial y venosa) Junta. Del total de 90 hombres % (n = 35) tienen sólo Ulcus Cruris y 9.1% (n = 35) se han mezclado la úlcera venosa. Todos los gráficos han sido revisados y las asociaciones de las variables en cuestión fueron objeto de la prueba de Chi cuadrado donde el valor de p 0.05 exigió asociación significativa < estadísticamente. Para el análisis de los datos, se utilizó estadística descriptiva, utilizando el gráfico de sectores o gráfico de sectores, donde cada categoría está representada por un porcentaje.

Discussão de los resultados: 81,8% pertenece a los varones, lo que permite algunas reflexiones sobre problemas socio-económicos y sanitarios, por ejemplo, cumplimiento de salud prácticas servicios ofrecidos por actividades laborales ausentismo o reducir su jornada laboral después de la aparición de la herida. La mayor prevalencia de las úlceras venosas están relacionadas con las mujeres y los ancianos. Estudios epidemiológicos indican 16 a 46% de las úlceras venosas afectan a la hembra y 40% del macho 12 (PIAZZOLLA, 2011). 42.4%, seguido por la Asociación de hipertensión con diabetes, con 21,2%. Los estudios demuestran que los principales factores de riesgo para el desarrollo de heridas crónicas de las extremidades inferiores están relacionadas con la hipertensión y la diabetes. Con respecto al tipo de herida, 91.9% presentó como Ulcus Cruris, caracterizado por pérdida circunscrita o irregular de la piel (DermIS o epidermis), subcutáneos y llegar a tejidos subyacentes, que afecta a los extremos de las extremidades inferiores y cuya causa generalmente se relaciona con sistema vascular arterial o venoso (Brasil, 2008), que aún hoy en día una alta incidencia.

CONCLUSIÓN: Conocer al individuo dentro de su contexto social, cultural y las estrategias utilizadas para el autocuidado, son condiciones esenciales para el desarrollo de actividades con enfoque en prevención y promoción a la salud con un enfoque en el individuo con Ulcus Cruris, buscando con esta cuota de estudio, mejorar el conocimiento, consolida la importancia del desarrollo de la investigación, fortalecimiento de la participación del centro de investigación de salud y subjetividad en la perspectiva transdisciplinar contribuir a la expansión de la enseñanza de estrategias en el cuidado de la salud Ciencias, con el fin de difundir y añadir nuevos conocimientos a través de alianzas con otros estudios en áreas relacionadas, contribuyendo más al desarrollo humano, para la enseñanza, investigación y aprendizaje.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

COLLIÈRE, Marie-Françoise. Cuidar ... a primeira arte da vida. 2ª ed. Lisboa. Lusociência: 2003

COSTA, Isabelle Katherinne Fernandes et al. Pessoas com úlceras venosas: estudo do modo psicossocial do modelo adaptativo de Roy. Rev. Gaúcha Enferm. vol.32, n.3, pp. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-144720iso>. Acesso em 24 ago 2014.

COSTA, Jorge de Assis et al . Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro. v. 16, n.3, Mar. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300034iso>. Acesso em: 23. Fev. 2015.

COSTA, Larissa Maranhão; HIGINO, Wesley J.F.; LEAL, Flávia de Jesus e COUTO, Renata Cardoso. Perfil clínico e sociodemográfico dos portadores de doença venosa crônica atendidos em centros de saúde de Maceió (AL). J. vasc. bras. v.11, n.2. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1677-54492012000200007>.

CZERESNIA, Dina, FREITAS, Carlos Machado. Promoção da Saúde. Conceitos, Reflexões, Tendências. 2.ed.rev.e amp. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 229p. 2009.

DANTES, Daniele Vieira; TOREES, Gilson de Vasconcelos. Assistência a portadores de úlceras venosas baseada em protocolos: revisão de literatura em bases de dados eletrônicas. Rev Enferm UFPE on line. 2010. Disponível em:

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/pdf_254. Acesso em: 24 fev 2015.

DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, 2007 <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/matriz.htm#mort>> Acessado em: 11 de novembro de 2013.

TEIXEIRA, Enéas Rangel et al . O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 10, n. 3, p. 378-384, dez. 2006 . Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 25 maio 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452006000300004>.

TOLEDO, Mariana Tâmara Teixeira de; ABREU, Mery Natali; LOPES, Aline Cristine Souza. Adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 47, n. 3, jun. 2013 . Disponível em

<<http://www.scielo.br/scielo> -acessos em 25 fev. 2015

POSTER 118**AUTORES/AUTHORS:**

Ernestina Silva, Georgina Abrantes, Daniel Silva, Susana André

TÍTULO/TITLE:**LA IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN DEL PADRE EN LA LACTANCIA MATERNA**

Introducción: La lactancia materna es la forma más sana para alimentar a un lactante, trayendo beneficios innegables para el niño, madre, familia, medio ambiente y sociedad. La participación del padre durante el embarazo mediante el seguimiento de la madre y del apoyo ofrecido después del nacimiento del bebé, puede influir positivamente en el éxito de la lactancia materna.

Pretendemos con este trabajo identificar la participación del padre en el embarazo, el conocimiento sobre la lactancia materna y la importancia atribuida a su participación en la lactancia materna.

Métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo correlacional. Los datos fueron recogidos a través de un cuestionario realizado a 83 padres de recién nacidos que fueron con la lactancia, en un Centro Hospitalario de la región centro de Portugal. Los resultados indican un alto grado de participación del padre en el embarazo (73,5%) con acompañamiento en las consultas y ecografías y con participación en la preparación de la habitación y objetos del bebé.

Resultados: Encontramos que 43,4% de los padres tenían entre 31-36 años; 32,5% terminó 12^o año de escolaridad; relación marital entre 1 a 5 años con 44,6%; 66,3% casados; 54,2% sin hijos previos y el 54,2% de las madres asistieron a clases de preparación para el parto.

Los resultados indican un alto grado de participación del padre en el embarazo (73,5%) con acompañamiento en las consultas y ecografías y con participación en la preparación de la habitación y ajuar de bebé.

En cuanto a los conocimientos sobre la lactancia materna, 55,4% de los padres demostró gran conocimiento acerca de la función de la lactancia materna y 44,6% demostró alto conocimiento en la anatomía y fisiología de la lactancia materna.

Verificamos que algunos padres sentían necesidad de adquirir más conocimientos sobre la lactancia materna (26,5%)

También verificamos que el padre ha dado gran importancia a su participación en la lactancia materna en todas las dimensiones de la escala: 90,4% en la dimensión doméstica (ayuda en la tarea), 77,1% en dimensión afectiva (atención y afecto a la madre y el bebé) y 63,9% en la dimensión física (presencia y apoyo en el embarazo)

Conclusión: El estudio revela que los padres dan gran importancia a su participación en la lactancia (apoyo físico, emocional y actividades domésticas) y esto será un factor a tener en cuenta en la vigilancia del embarazo, para promover la lactancia materna a los bebés. Este estudio demuestra la importancia concedida por el padre a participar en la lactancia materna y como tal será una oportunidad para los profesionales de la salud promover la participación más activa del padre en el proceso de la lactancia materna, contribuyendo así al éxito de esta práctica y para el fortalecimiento del proyecto parental.

Palabras clave: La lactancia materna; Relación padre-hijo; Responsabilidad parental

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Gonçalves, V. (2012). A Participação do pai na amamentação. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. Portugal.

Levy, L., & Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno. Lisboa: Comité Português para a UNICEF Comissão Nacional Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés.

Lucas, L. (2011). Amamentar é bom! Recuperado de Ordem dos Enfermeiros:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeirose.aspx>

Macedo, P. (2012). Conferência Internacional de Aleitamento Materno. Recuperado de Portal da Saúde:

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/conferencia+internacional+aleitamento+materno.htm>

Nogueira, J. R., & Ferreira, M. (2012). O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação. Revista de Enfermagem Referência, III Série(8), 57-66.

Piazalunga, C. R., & Lamounier, J. A. (2011). O contexto atual do pai na amamentação: uma abordagem qualitativa. Rev Med Minas Gerais, 21(2), 133-141.

Silva, B. T., Santiago, L. B., & Lamounier, J. A. (2012). Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. Revista Paulista Pediatria, 30(1), 122-130.

Silva, P. P., Silveira, R. B., Mascarenhas, M. L., Silva, M. B., Kaufmann, C. C., & Albernaz, E. P. (2012). A percepção das mães sobre o apoio paterno: influência na duração do aleitamento materno. *Revista Paulista de Pediatria*, 30(3), 306-313.

Sousa, A. M., Fracoli, L. A., & Zaboli, E. L. (2013). Práticas familiares relacionadas à manutenção da amamentação: revisão da literatura e metassíntese. *Rev Panam Salud Publica*, 34(12), 127-134.

World Health Organization (WHO). (2014). Breastfeeding. Recuperado de <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>.

POSTER 119**AUTORES/AUTHORS:**

ANA DOMÍNGUEZ ROMERO, AURORA JIMÉNEZ RAMÍREZ, MATILDE REGUERO QUINTERO, M^aDOLORES PÉREZ ROMERO, M^a BEGOÑA PARDO DÍAZ, M^a ISABEL ARRANZ DEL OLMO, M^a DEL CARMEN VEGA GONZÁLEZ, M^a MÓNICA VAREA BENAVIDES, ALICIA M^a LÓPEZ JIMÉNEZ

TÍTULO/TITLE:

Análisis del alta de enfermería Interhospitalario en un hospital fronterizo

Cuando transferimos al paciente debemos de darle continuidad a los cuidados iniciados desde el hospital de partida hasta el centro receptor, utilizando un lenguaje común, claro, conciso y que aporte todos los datos necesarios.

El alta de enfermería del centro remitente va a ser la carta de presentación del paciente dirigida al enfermero receptor y responsable del relevo.

La herramienta ISOBAR es un modelo de comunicación estandarizado creado y adaptado a nuestro entorno con el fin de eliminar el déficit de comunicación y minimizar los errores producidos por éstos.

Objetivos:

El objetivo de nuestro estudio es garantizar la seguridad del paciente en su traslado, para ello analizaremos las altas de enfermería. Como objetivo secundario fomentar la comunicación estandarizada entre profesionales.

Métodos:

Historias clínicas, programa de enfermería gacela, programa SPSS 20.0. Modelo de comunicación estructurada ISOBAR, variante de la herramienta SBAR.

Estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión sistemática de las altas de enfermería. Muestra de un total de 72 traslados en 2014.

- Variables cualitativas:

“Alta Enfermería” (si, no).

“Tratamiento” (O2 gafas nasales, vía periférica, terapia ventilatoria presión positiva + vía central, TV+ VC+ fármacos cardiotónicos, otro tipo de terapias).

“Acordar un plan” (*): Completo; consideramos como completo los que hacen constar ; tipo de vía ubicación, perfusiones, ultima dosis, tipo de sondas ET, NG, vesicales, fecha de colocación...), incompleto (si falta uno de los ítems anteriormente citados), no aceptado(cuando faltan dos o más).

- Comprobación de ítems ISOBAR; Identificación, Situación, Observación, Background, Acordar un plan (*), Read-back.

Resultados:

Del total de RN trasladados (72) un 91.7% (si) alta y un 8.3% (no)

Tipo de tratamiento; 1.4% O2 gafas nasales, un 15.3% vía periférica, 44% terapia ventilatoria y vía central, un 31.9% terapia ventilatoria, vía central y fármacos cardiotónico. Un 6.9% otro tipo de terapia.

“Acordar un plan” (*) completo 72.2%, un 15.3% no aceptado y un 12.5 % incompleto.

En todos los informes de altas de enfermería registradas en el año 2014 constan los Indicadores de: Identificación tanto del paciente como del profesional que realiza el alta de enfermería, la Situación (diagnósticos, problemas pendientes), Observación(constantes vitales, parámetros...), Background (sin constancia de antecedentes clínicos maternos).

El indicador Background que hace referencia a los antecedentes clínicos, no es del todo viable en nuestro entorno puesto que la gran mayoría gestaciones son sin controlar 77,8% frente al 22.2% de controladas.

Discusión:

El grado de cumplimentación del modelo “Informe de Alta de Enfermería del Hospital Comarcal de Melilla”, revisado con el Modelo ISOBAR, es muy alto, no obstante sería recomendable mejorar algunos aspectos como el apartado “acordar un plan” , los antecedentes maternos en un 77.8% son desconocidos (por falta de control en la gestación debido a la situación geográfica en la que nos encontramos).

Además el indicador Read- Back donde se confirma la eficacia de la transferencia y se establecen responsabilidades, no se podía contabilizar ya que un 19.4% procedían de Marruecos y retornaban allí con lo que perdíamos el seguimiento de estos pacientes. Los pacientes que retornan a nuestro Hospital, en la mayoría de los casos, no aportan informe de alta de enfermería, con lo que nos es difícil hacer una idea de los cuidados que se le han realizado en el Centro de Referencia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Protocolo intrahospitalario del paciente crítico. 2012. UCI polivalente. Complejo hospitalario. Universidad de Albacete. CHUA. A.F. Camacho y otros.
- Guía de práctica clínica. Seguridad del paciente. EPES. 2011
- Planes de Cuidados de enfermería Hospitalaria. Hospital infanta Margarita de Cabra. Córdoba. Enero 2010.
- Continuación del plan de cuidados enfermeros durante el traslado interhospitalario. Diseño de una hoja de registro de enfermería. L.F. Escalera Franco y otros. Rev.Tercera época. Junio 2011.
- Verificación de la comunicación en el traspaso de pacientes. L.Villarejo Aguilar. Rev Tercera época. Octubre 2011.
- Procedimiento para el traslado interhospitalario del neonato. M. García y otros. Rev.Ecosalud. Marzo 2012.

POSTER 121**AUTORES/AUTHORS:**

MARIA GONZALEZ GALLEGO, M^a JOSE RAMOS CARBAJO, ROSA M^a ALVAREZ DIAZ, M^a ANGELES GONZALEZ FERNANDEZ, ROSA GARCIA FERNANDEZ, HENAR RAMONA BOBILLO DE LAMO, GUADALUPE POSADILLA ALONSO, M^a ROSARIO LOPEZ PEREZ

TÍTULO/TITLE:

SATISFACCIÓN DE MADRES LACTANTES DE NUESTRA ZONA CON LOS CUIDADOS RECIBIDOS: ANALISIS A LAS 48 H DEL ALTA HOSPITALARIA

La lactancia materna fenómeno biocultural por excelencia, es una responsabilidad de la comunidad.

OBJETIVOS**General:**

Analizar la opinión de las madres lactantes sobre los cuidados recibidos en Atención Primaria y Especializada durante los primeros días de vida del lactante.

Específicos:

- Conocer el tipo de alimentación recibido por el lactante los días de estancia en el hospital.
- Conocer la información que reciben las madres lactantes, al alta hospitalaria, sobre los recursos de apoyo a la lactancia.
- Conocer el grado de bienestar de las madres al amamantar ante personas de su entorno.
- Conocer el grado de satisfacción con los cuidados recibidos en lactancia materna durante embarazo y primeros días de vida del lactante.

MÉTODOLÓGIA

Ámbito: Atención Primaria y Especializada.

Diseño: Estudio observacional descriptivo.

Sujetos a estudio: Madres lactantes de nuestra zona de salud (181) entrevistadas a las 48 h del alta, durante el periodo de Junio 2013 a mayo 2015.

Variables estudiadas: Información recibida sobre las prácticas de cuidado, recursos de apoyo, afrontamiento para lactar en público, satisfacción con la atención recibida en los primeros días de vida.

El instrumento de recogida de datos es la entrevista telefónica posnatal; consta de siete preguntas cerradas y dos abiertas.

Se realiza el análisis de las respuestas estableciendo correspondencias con las variables a estudio.

Análisis de los datos. Estadística descriptiva: frecuencias absolutas y relativas. Microsoft Excel 2007.

RESULTADOS

- De las madres entrevistadas solamente 23 (12.7%) oferta Lactancia Materna Exclusiva (LME) los días de ingreso hospitalario.
- En el momento de la entrevista el 49.72% de las madres entrevistadas oferta LME, Lactancia de Fórmula el 5.5 % y Lactancia Mixta el 44.78%.
- De las entrevistadas, 2 madres desconocen si su hijo recibió tomas de suero glucosado en hospital y 7 (3.86%) aseguran haberlo recibido.
- El 100% de las madres refirieron recibir información sobre la existencia de los grupos de apoyo en lactancia materna.
- El 6% (11) se han sentido incómodas al lactar ante familiares o amigos. El resto (170) refiere sentirse cómodas o muy cómodas.
- El 28.7% (52) no acudieron a las sesiones de educación maternal, siendo principalmente mujeres de etnia gitana y madres multíparas.
- El 100% de las asistentes valora como muy útiles las sesiones de educación maternal a la hora de amamantar a su hijo.
- El 9.94% (18) manifiesta abiertamente que los cuidados recibidos en lactancia materna durante su estancia hospitalaria fueron inadecuados: refieren mensajes contradictorios respecto a la lactancia y que se oferta biberones al lactante de forma sistemática.
- 58 madres entrevistadas (32%) formulan preguntas relacionadas con: agarre, succión adecuada y cuidados ante la aparición de grietas.

DISCUSIÓN.

- Si bien durante la estancia en el hospital solamente el 12,7% de los lactantes reciben LME, en el momento de la entrevista lo

hacen el 49,2%.

- Todas las madres conocen los grupos de apoyo.
- La mayoría se siente cómoda amamantando a su hijo en su entorno próximo.
- Un 10% siente que los mensajes recibidos durante el ingreso respecto a la lactancia materna son contradictorios y que algunos profesionales ofertan biberones de manera sistemática sin consenso con la madre.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA:

PRÁCTICA ESENCIAL EN LA INSTAURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA:

- Mejoras en la formación previa al parto durante las Sesiones de Educación Maternal.
- Dentro del ámbito hospitalario: información a la madre por parte del personal sanitario y consenso en la alimentación del lactante con toma adicionales de leche adaptada en caso de que el protocolo establecido por el centro así lo aconseje
- Valoración temprana de una toma al pecho para evitar problemas en el agarre y succión durante la lactancia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Lactancia materna Guía de buenas prácticas en enfermería. Asociación profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO). 2007
- Herramienta de implantación de las Guías de Práctica Clínica. Traducción de Investén (Marzo 2009). Disponible en <http://www.evidenciasencuidados.es>
- Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna. 2008
- Manual de Lactancia Materna (de la teoría a la práctica) Editorial Médica Panamericana –Madrid 2008.
Web:<http://www.medicapanamericana.com>
- La Salud desde el principio. Guía de salud materno infantil. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Mayo 2009
- Los consejos de tu matrona “Todo lo que deseas y necesitas saber, para tu maternidad” Asociación Española de matronas.
- “Un regalo para toda la vida”. Carlos González. Editorial: Ediciones Temas de Hoy ISBN:8484605531
- “Lactancia Materna: Guía para profesionales”. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP). Monografía de la AEP nº 5. Ediciones ERGON. 2004
- “Manual práctico de asesor@s de lactancia y prevención en la crianza”. Escuela de ecología de la crianza y la educación (SINA).
- <http://www.aeped.es/lactanciamaterna/index.htm>: Web del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de pediatría. Contiene información útil sobre la lactancia materna y dispone de un foro para padres y otro para profesionales, ambos de gran calidad.
- <http://www.e-lactancia.org/>: Lactancia materna y medicamentos. Web del Servicio de Pediatría del Hospital de Denia (Alicante). Referente fundamental para consultas sobre compatibilidad de la lactancia con medicamentos, tóxicos, enfermedades...
- <http://www.lli.org//LangEspanol.html>: La Liga de la Leche. Web indispensable que contiene gran cantidad de información sobre la lactancia.
- [.http://www.albalactanciamaterna.org](http://www.albalactanciamaterna.org)

POSTER 123**AUTORES/AUTHORS:**

ANA DOMÍNGUEZ ROMERO, AURORA JIMÉNEZ RAMÍREZ, BEGOÑA PARDO DÍAZ, M^a DOLORES PÉREZ ROMERO, MATILDE REGUERO QUINTERO, M^a ISABEL ARRANZ DEL OLMO, M^a DEL CARMEN VEGA GONZÁLEZ, MÓNICA VAREA BENAVIDES, ALICIA M^a LÓPEZ JIMÉNEZ

TÍTULO/TITLE:

Análisis de los planes de cuidados de los neonatos con traslado interhospitalario.

Los planes de cuidados en el neonato que se va de traslado interhospitalario son una herramienta útil para organizar distribuir, homogeneizar y registrar nuestro trabajo.

Requieren un trato individual y centrado en las necesidades del neonato en situación crítica, pero también deben facilitar el trabajo enfermero.

Objetivo:

Nuestro objetivo principal consiste en agilizar el trabajo y asegurar una buena continuidad de los cuidados iniciados y la seguridad del paciente neonatal.

Como objetivo secundario; conocer nuestra realidad mediante el análisis de los planes de cuidados que empleamos para pacientes neonatales trasladados de nuestro hospital.

Material y métodos:

Estudio descriptivo retrospectivo sobre el total de traslados hospitalarios registrados en 2014 por el servicio de admisión del Hospital Comarcal de Melilla, con un total de 72 casos válidos.

Utilizamos las bases de datos del servicio de Admisión del Hospital Comarcal, programa gacela de enfermería y HP doctor. Sistema operativo SPSS versión 20.0.

Tomamos como variable cualitativas; tipo de plan de cuidados con los valores (estándar, directo, individualizado, sin plan).

Variables cuantitativas: Diagnósticos de enfermería, acciones de enfermería. Posteriormente utilizamos también como variable cualitativa diagnóstico de enfermería.

Resultados

Establecimos tablas de frecuencia y como resultado obtuvimos:

Plan de cuidados 54,2% de los cuales; estándar, 31.9% directos, 6.9% individual, sin plan de quedaron un 6.9%.

La media de acciones por plan de cuidados fue de 25.22 con una desviación típica de 13.024.

La media de diagnósticos de enfermería fue de 0.92, con una desviación típica de 1.442

Posteriormente, calculamos las frecuencias por diagnóstico de enfermería.

El valor de pacientes que tienen (0) diagnósticos de enfermería fue de 54,2%,

Diagnóstico de enfermería "deterioro del intercambio gaseoso" 16.7%

Diagnóstico de enfermería "patrón respiratorio ineficaz" 20.8%,

Diagnóstico de enfermería "alto riesgo de infección" 1.4%

Diagnóstico de enfermería "Alto riesgo de alteración de la temperatura corporal" 4.2%

Diagnóstico de enfermería "alto riesgo de aspiración" 1.4.

Total de 98.7 %de dx enfermería con un 1.3% de muestra perdida.

Discusión:

Lo indicado sería realizar el plan de cuidados "ideal" para adaptarlo a las necesidades de nuestros pacientes, buscar la estandarización y la homogeneidad sin descartar los planes de cuidados individuales, evitando, a ser posible, los planes directos.

Creemos necesario incluir diagnósticos de enfermería tales como:

"Alto riesgo de lesión" y "Síndrome del estrés del traslado". Para una mayor garantía en la seguridad del paciente durante este proceso.

Además de que la media de diagnósticos de enfermería por paciente no llega a 1 (0.92) por el tipo de plan que se realiza.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Villarejo Aguilar, L. (2011). Verificación de la comunicación en el traspaso de pacientes. Rev Tercera época, 21.

Escalera Franco, L. F. y otros. (2011). Continuación del plan de cuidados enfermeros durante el traslado interhospitalario. Diseño de una hoja de registro de enfermería. Rev Tercera Época, 19.

Ruiz, J. F. y otros (2015). Valoración de la hipotermia terapéutica pasiva del recién nacido con encefalopatía hipóxico-isquémica que precisa traslado interhospitalario. Revista de neurología, 60(7), 303-308.

Azuero, K. B. y otros (2010). Estabilización y transporte interhospitalario del neonato y niño crítico. Rev Esp Pediatr, 66, 18-29.

Ortiz Núñez, M.I. y Martínez Rodríguez J. (2010). Tratado intra e interhospitalario. En: Morales Gil IM y García Piñero J.M. Cuidados Intensivos Pediátricos. Serie Cuidados Avanzados. Madrid: DAE. 119-131.

POSTER 127**AUTORES/AUTHORS:**

PEDRO PASTOR BALLESTEROS, ÓSCAR LUÍS GALINDO DÍAZ

TÍTULO/TITLE:

EFICACIA DE LAS ESTRATEGIAS EN INVESTIGACIÓN PARA LA MEJORA DE LA PRÁCTICA ASISTENCIAL: AUDITORÍA Y RETROALIMENTACIÓN

OBJETIVO

Desde la Subdirección General de Calidad se propone como objetivo asistencial 2014/2015 a la Unidad Funcional de Riesgos del Hospital, "la mejora en la incidencia de la bacteriuria asociada al sondaje vesical". dicho objetivo se expone en la UFR, y se discute que actividad de mejora a poner en marcha para incidir de forma positiva en esa mejora. En la misma se decide por parte del servicio de Medicina Preventiva, la realización de cortes prevalentes para valorar la situación de partida, y poder decidir que actividad/es de mejora poner en marcha.

MÉTODO

DISEÑO: Estudio transversal descriptivo. Mediante la realización de 6 cortes de prevalencia (3 iniciales, 3 post intervención), en pacientes hospitalizados portadores de sonda vesical de larga duración.

ÁMBITO DE ESTUDIO: Todas las unidades de hospitalización.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Todos la población ingresado portadora de CV.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Pacientes con CV de indicación postoperatoria.

TAMAÑO MUESTRAL: 222 historias revisadas divididas en 6 cortes prevalentes.

RECOGIDA DE DATOS: Revisión de historia clínica mediante check-list de verificación.

VARIABLES: Indicación SV, tipo de sonda y calibre, fecha de inicio, fecha de retirada, cuidados de mantenimiento.

ANÁLISIS DE DATOS: El tratamiento de los datos obtenidos en los tres primeros cortes prevalentes, hace que el objetivo propuesto

inicialmente, tenga que ser modificado en su totalidad. Dado que éstos resultados ponen de manifiesto la falta de registros enfermeros y médicos en cuanto a la indicación, fecha de inicio, tipo de sonda, duración de SV y fecha de retirada de la misma.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Partiendo de la premisa que la causa mayor de bacteriuria asociada a la cateterización vesical es la duración del sondaje vesical. Revisado a nivel de evidencia científica según CDC, y bibliografía revisada Nivel "IA", Estos datos son expuestos en la reunión mensual de la UFR, en la que se decide como actividad de mejora, consensuándolo con la Dirección Médica y Enfermera del centro, la implementación en el registro de datos relacionados con el sondaje vesical. Dicha implementación es puesta en marcha, posterior a la retroalimentación llevada a cabo con las responsables de cuidados y jefes de servicio y personal de todas las unidades de hospitalización, facilitándoles los datos obtenidos en los cortes prevalentes. Se decide incidir directamente en la correcta

cumplimentación de los registros como oportunidad de mejora en los cuidados y de forma directa en la mejora de los niveles de la infección asociada al SV.

CONCLUSIÓN

El estudio pone de manifiesto la relevancia de las estrategias de investigación, llevadas a cabo mediante estudios de prevalencia o incidencia acumulada, auditoría y retroalimentación son tan importantes como necesarias para mejorar la práctica asistencial, mejorar los cuidados y avanzar en la cultura de la prevención de riesgos asociados a los cuidados de salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

-GHAZALA, S. 1998. "Sous-vide and cook-chill processing for the food industry. London, Chapman &Hall.

-GISSLEN, W. "Professional cooking". 1999. ". John Wiley & sons, Inc

INSALUD. "Organización de cocina y alimentación en centros sanitarios. Manual de planificación técnica y funcional". 1990.

-KNIGHT, J.B. and KOTSCHKEVAR, L.H. 2000 "Quantity Food Production and Management". John Wiley & sons, Inc.

-KINTON, R. et al. 2000. "Teoría del catering". Ed. Acribia.

-LIGHT, N. and WALKER, A. 1990. "Cook-chill: Technology and Management". Elsevier Applied Science.

- SALA VIDAL, Y. y MONTAÑÉS BIÑANA, J. 1999. "Restauración colectiva. Planificación de instalaciones, locales y equipamientos" Ed. Masson.
- SEGUI, F. "Proyecto de racionalización de las cocinas hospitalarias". 1991. Servei Valencià de Salut.
- TAYLOR, E. Y TAYLOR, J. 2001. "Fundamentos de la teoría y práctica del catering". Ed. Acribia.
- VARIOS. "Principios y aplicaciones de la técnica del vacío en hostelería". 1995. Cooking books
- Recomendaciones para la Verificación de la Bioseguridad Ambiental (BSA) respecto a Hongos oportunistas. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene y el INSALUD. Madrid, 10 de Febrero de 1999.
- FERNANDES, A.T. et al. Infecciones Hospitalaria e suas interfaces na Área da Salud. Son Paulo: Atheneu, 2000. GARNER, J.S. The hospital infection control practices advisory committee. Guideline for isolation precautions in hospital. Infect. Control Hosp. Epidemiol., v.17, p. 54-80, 1996
- OLIVEIRA, A. Infecciones Hospitalares, Epidemiologia, Prevención e Control. Rio de Janeiro: Medsi, 2005. p. 290.
- Draft Guideline for Environmental Infection Control in Healthcare Facilities (pg. 177). Centers for Disease Control and Prevention Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC), 2001.

POSTER 128**AUTORES/AUTHORS:**

Beatriz Rodríguez-Martín , Esther García-Escamilla

TÍTULO/TITLE:

¿Cuáles son las motivaciones de los profesionales sanitarios para estudiar y practicar acupuntura en España?

Introducción

La acupuntura, parte más extendida de la Medicina Tradicional China (MTC) en Occidente (CAMDOC Alliance, 2010), ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) por su efectividad en múltiples patologías especialmente en el tratamiento del dolor (WHO, 2002). En España, el 7.4% de la población utiliza la acupuntura motivados por: su concepción holística de la persona, prevenir y curar problemas tanto físicos como emocionales, no causar efectos secundarios y ser compatible o complementar tratamientos convencionales (Observatorio de las Terapias Naturales, 2008).

Aunque los profesionales sanitarios muestran un interés creciente por el estudio y la práctica de la acupuntura, asociado a la falta de respuesta de los pacientes a los tratamientos convencionales, sus efectos secundarios, la falta de opciones terapéuticas y la búsqueda de otras explicaciones sobre el proceso de salud-enfermedad, sus motivaciones no han sido analizadas en profundidad especialmente en países mediterráneos (García-Escamilla et al, 2015).

Objetivo

Conocer qué motiva a un profesional sanitario a estudiar y practicar acupuntura en España.

Metodología

Estudio cualitativo, diseñado y analizado según la Teoría Fundamentada. Así, los procesos de recolección, análisis e interpretación de datos se desarrollaron de forma interactiva con el objetivo de identificar conceptos que explicaran las motivaciones de los profesionales sanitarios en su propio contexto (Strauss and Corbin, 1998).

Para la recogida de los datos se utilizaron entrevistas en profundidad y un muestreo teórico triangulado con un muestreo en bola de nieve. Se realizaron 27 entrevistas entre abril 2013 y julio 2015 a Médicos, Profesionales de Enfermería y Fisioterapeutas que habían estudiado y practicaban acupuntura siguiendo las recomendaciones la OMS (WHO, 1999).

El proceso de codificación fue realizado de forma independiente y posteriormente consensuado por dos investigadores (EGE, BRM). Cualquier desacuerdo fue derivado a un tercer investigador (VMV).

Resultados

De análisis de los datos emergieron tres categorías que explican las motivaciones de los profesionales sanitarios para estudiar y practicar acupuntura:

Búsqueda de una medicina más humana. Los participantes insatisfechos con su práctica profesional recurrieron a la acupuntura buscando tratamientos no agresivos, una relación más cercana con el paciente y una visión holística de la persona. Además, entre los principales motivos de su descontento con la práctica convencional destacaron: la excesiva especialización, la agresividad de ciertos tratamientos/procedimientos, la primacía de los intereses económicos y la excesiva protocolización de la asistencia sanitaria. Adquisición de recursos terapéuticos adicionales eficaces, de amplio alcance terapéutico y sin efectos secundarios. Desilusionados por el alcance terapéutico de ciertos medicamentos/tratamientos convencionales, los participantes buscaron en la acupuntura una opción que les permitiera implicarse en todas las etapas del proceso sanitario (prevención, diagnóstico, tratamiento, cuidado, seguimiento, rehabilitación, etc.). Además, resaltaron la posibilidad de abordar con acupuntura cualquier patología, especialmente afecciones crónicas y neurológicas, mejorando globalmente la salud de los pacientes.

Atracción por la base filosófica de la acupuntura, basada en una concepción energética y unitaria del ser humano donde todas las dimensiones de la persona (física, emocional, social y espiritual) influyen en el proceso de salud-enfermedad. Así, según los participantes, esta filosofía les permitió ir más allá del paradigma biomédico, adoptando una posición más humanista.

Discusión

Los profesionales sanitarios buscan en la acupuntura una visión más humana del paciente que incluya también los aspectos emocionales, afectivos y espirituales, así como recursos terapéuticos que les permitan abordar el proceso de salud-enfermedad de forma holística, evitando la agresividad y los efectos secundarios de ciertos tratamientos/procedimientos convencionales. El contexto de burocratización, especialización y capitalización en que se desenvuelve la práctica sanitaria convencional, así como la visión mecanicista y materialista de la biomedicina no satisface a muchos profesionales sanitarios ya que producen una fragmentación y cosificación de la persona (Goswami, 2008; Le Breton, 2008; Lipton, 2005).

Los resultados de este estudio muestran la necesidad de facilitar diálogos constructivos entre la acupuntura y la medicina convencional. La visión humanista y los beneficios terapéuticos que reporta la acupuntura podrían completar la medicina convencional y trascender sus límites. Así, la inclusión de las pautas sobre el estilo de vida (alimentación, descanso, higiene, ejercicio, respiración, creatividad, servicio) de la MTC, es clave para el desarrollo de programas preventivos y la práctica sanitaria cotidiana (Padilla, 2001). Además, la colaboración efectiva entre ambas medicinas podría mejorar la calidad de la asistencia sanitaria proveyendo nuevas vías de cooperación entre disciplinas y profesiones.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- CAMDOC Alliance (2010) The regulatory status of complementary and alternative medicine for medical doctors in Europe. Disponible en: http://www.camdoc.eu/Pdf/CAMDOCREgulatoryStatus8_10.pdf
- García-Escamilla E, Rodríguez-Martín B, Martínez-Vizcaíno V (2015) Integration of acupuncture into conventional medicine from Health Professionals' perspective: a thematic synthesis of qualitative studies. *Health: The Interdisciplinary Journal for the Social Study of the Health, Illness and Medicine* DOI: 10.1177/1363459315574116.
- Goswami A (2004) *The quantum doctor: A physicist's guide to health and healing*. Hampton Roads Publishing Company.
- Le Breton, D. (2013) *Anthropologie du corps et de la modernité*. Presses Universitaires of France ISBN: 9782130585442.
- Lipton BH (2005) *The Biology of Belief: Unleashing the Power of Consciousness, Matter and Miracles*. San Rafael, CA: Mountain of Love Productions. Inc. and Elite Books.
- Observatorio de las Terapias Naturales (2008) Presentación del primer estudio sobre uso y hábitos de consumo de las terapias naturales en España. Disponible en: http://www.rnoweb.com/data/5_SintesisTN.pdf.
- Padilla JL (2001) *Curso de Acupuntura*. Madrid: Miraguano Ediciones.
- Strauss and Corbin J (1998) *Basic of qualitative research. Techniques and procedures for developing Grounded Theory*. London: SAGE Publications.
- World Health Organization (1999) *Guidelines on Basic Training and Safety in Acupuncture*. Available at: http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_EDM_TRM_99.1.pdf (accessed 9 January 2015).
- World Health Organization (2002) *Acupuncture: Review and Analysis of reports on Controlled Clinical Trials*. Geneva: World Health Organization.

POSTER 129**AUTORES/AUTHORS:**

Carmen Hernández García, Jezabel Fernández Sarró, Matilde Arlandis Casanova

TÍTULO/TITLE:

Factores organizacionales de los Hospitales Magnéticos y su papel en la prevención del Síndrome de Burnout.

Palabras clave: Burnout, enfermería, hospitales magnéticos.

Introducción.

La protección de la salud laboral es un derecho de todo ciudadano reconocido por la legislación europea y española. El Síndrome de Burnout es definido como una patología asociada al ámbito laboral caracterizada por el cansancio emocional, la ineficacia y la despersonalización, siendo numerosos los factores psicosociales que intervienen en su desarrollo (1). En la actualidad existe consenso en torno a las 3 esferas del Síndrome de Burnout propuestas por Maslach et al (2): cansancio, cinismo y despersonalización e ineficacia.

Desde hace 4 décadas son numerosos los hospitales que, dadas sus características organizacionales y laborales han sido merecedores de la acreditación de "Hospital Magnético", término acuñado por la Academia Americana de Enfermería (AAE). Estas instituciones destacan por unas condiciones laborales y ambientales que favorecen la disminución del riesgo de Burnout entre los profesionales de enfermería que allí trabajan (3).

Objetivos.

Recuperar la evidencia científica disponible en la actualidad sobre los elementos protectores de los Hospitales Magnéticos frente al Síndrome de Burnout que afectan a los profesionales de enfermería y proponer líneas psicosociales de actuación para la mejora de las condiciones laborales en el ámbito hospitalario.

Método.

Se ha realizado una revisión sistemática basada en búsquedas bibliográficas en las bases de datos Pubmed, Cochane Plus, CINAHL, Medline y Cuiden Plus usando lenguaje controlado, con los descriptores DeCS y MeSH combinados con el operador booleano AND, utilizando las palabras clave.

Criterios de inclusión: documentos en lengua castellana e inglesa, publicados en el año 2005 y posteriores, que hacen referencia al Burnout, al abandono laboral, a la satisfacción laboral, a los profesionales enfermeros y a hospitales magnéticos u hospitales seleccionados para el estudio de sus características organizacionales.

Criterios de exclusión: ausencia de abstract e incumplimiento de los criterios de inclusión.

De los 109 artículos encontrados fueron seleccionados, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, 20.

Resultados.

La evidencia disponible hasta la actualidad relaciona los aspectos magnéticos identificados por Kramer y Schmalenger con una mayor satisfacción laboral, realización personal, calidad del cuidado y mejor ambiente laboral, así como con un menor nivel de Burnout e intención de abandonar el puesto de trabajo (4) (5) (6) (7).

Los profesionales de enfermería experimentan una atracción hacia hospitales donde están presentes características magnéticas como las relaciones médico-enfermero de compañerismo y colaboración, la autonomía enfermera, las medidas de apoyo a la

formación, el trabajo con profesionales competentes, la practica enfermera autónoma, la adecuación de la plantilla, el apoyo de la dirección y el control de la práctica profesional de enfermería (8) (9) (10) (11).

Los estudios realizados en el ámbito europeo que evalúan la incorporación de las características magnéticas en hospitales de Londres, Armenia, Rusia e Islandia obtienen resultados exitosos: mayor calidad de los cuidados, mayor autonomía y menor intención de abandonar el puesto de trabajo, así como una mayor percepción de apoyo y satisfacción laboral (12) (13) (14).

Discusión.

La crisis económica ha repercutido de forma negativa en las condiciones laborales de los profesionales de enfermería aumentando el ratio enfermera-paciente, la carga laboral y favoreciendo la inseguridad, lo que influye en el aumento de la prevalencia de Burnout; así como en el deterioro de la calidad de los cuidados.

La evidencia muestra que la implantación de factores organizacionales magnéticos mejoraría las condiciones y la salud laboral de las enfermeras, e influiría positivamente en la calidad de los cuidados.

El estatus de institución Magnética no implica solo un reconocimiento a la excelencia de los cuidados, sino también un proceso de transformación para crear un ambiente que apoye la práctica de los cuidados profesionales enfermeros. A su vez, el estudio demuestra que la implantación de hospitales magnéticos fuera de EEUU es posible.

La organización hospitalaria actual debería avanzar hacia la implantación del paradigma de la transformación favoreciendo así el empoderamiento enfermero, siendo uno de los valores magnéticos más importantes para un cuidado excelente un modelo centrado en el paciente.

Las enfermeras conocedoras de la repercusión que tienen los factores organizacionales sobre la salud laboral de la población, deben difundir la evidencia científica en materia de prevención y de fomentar la implementación de políticas legislativas y la aplicación de medidas para la mejora de las condiciones laborales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

(1) Fidalgo, M. NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación. INSHT; 2003. Serie de Notas Técnicas de Prevención: 704.

(2) Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. Annu. Rev. Psychol. 2001; 52: 397-422.

(3) López SR. Hospital Magnético, Hospital Excelente. Index Enferm. 2004; 13: 44-45.

(4) Van Bogaert P, Clarke S, Vermeyen K, Meulemans H, Van de Heyning P. Practice environments and their associations with nurse-reported outcomes in Belgian hospitals: development and preliminary validation of a Dutch adaptation of the Revised Nursing Work Index. Int J Nurs Stud. 2009; 46(1):54-64.

(5) Ridley J, Wilson B, Harwood L, Laschinger HK. Work environment, health outcomes and magnet hospital traits in the Canadian

nephrology nursing scene. *CANNT J.* 2009; 19(1):28-35.

(6) Friese CR. Nurse practice environments and outcomes: Implications for oncology nursing. *Oncol Nurs Forum.* 2005; 32(4):765-72.

(7) Fasoli DR. The culture of nursing engagement: a historical perspective. *Nurs Adm Q.* 2010; 34(1):18-29.

(8) Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos. Parte I. *Nursing.* 2005; 23(3): 8-13.

(9) Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos. Parte II. *Nursing.* 2005; 23(4): 15-19.

(10) Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos. Parte III. *Nursing.* 2005; 23(5): 14-17.

(11) Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos. Parte IV. *Nursing.* 2005; 23(6): 21-25.

(12) Gunnarsdóttir S, Clarke SP, Rafferty AM, Nutbeam D. Front-line management, staffing and nurse-doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. A survey of Icelandic hospital nurses. *Int J Nurs Stud.* 2009; 46(7):920-7.

(13) Aiken LH, Poghosyan L. Evaluation of "magnet journey to nursing excellence program" in Russia and Armenia. *J Nurs Scholarsh.* 2009; 41(2):166-74.

(14) Aiken LH, Buchan J, Ball J, Rafferty AM. Transformative impact of Magnet designation: England case study. *J Clin Nurs.* 2008; 17(24):3330-7.

POSTER 131**AUTORES/AUTHORS:**

Meiremar Cardoso dos Santos, Joana Fornés Vives, Margalida Gili Planas

TÍTULO/TITLE:

La salud mental enfermera en la calidad de cuidados

Objetivo

Analizar el impacto del hostigamiento psicológico (HP) en el personal de enfermería.

Métodos

Estudio descriptivo de corte transversal. 285 profesionales de enfermería de un hospital público de la Isla de Mallorca, elegidos aleatoriamente, contestaron a una encuesta auto-administrada compuesta por los cuestionarios de:

- 1) Variables socio-demográficas y laborales (ad hoc)
- 2) Hostigamiento psicológico en el trabajo (1)
- 3) Síntomas de estrés (2)
- 4) Estrategias de afrontamiento (3)

Se realizaron análisis descriptivos e inferenciales entre las variables estudiadas y el HP, por pasos, donde inicialmente se incluyeron a todos los encuestados y, posteriormente, solo aquellos que habían padecido conductas hostiles con una cadencia mínima semanal en los últimos 6 meses previos al estudio (4) (N = 54).

Resultados

Los resultados evidenciaron que el 18,9% (N = 54) de los encuestados fueron víctimas de conductas hostiles en los últimos 6 meses previos al estudio, con una cadencia mínima semanal, de los cuales solo la mitad (N = 27) se percibían hostigados. No se encontraron diferencias significativas respecto a la mayoría de las variables sociodemográficas estudiadas entre el grupo que se percibió hostigado (GH) y el grupo que no se percibió hostigado (GNH). En este sentido, el deseo de abandonar la profesión fue del 55,6% en ambos grupos y la percepción de que la enfermería es una profesión poco valorada fue del 85,2% en GH y del 81,5% en GNH. En contrapartida, se observaron diferencias significativas en cuanto a la participación en la toma de decisiones y la antigüedad profesional reportada por las víctimas ($p < ,05$). Así, GH indicó una participación en la toma de decisiones significativamente menor (7,4%) comparado con GNH (33,3%) y un mayor tiempo trabajado en la unidad actual (M = 8,1; DT = 6,9 y M = 4,3; DT = 5,3, respectivamente).

El HP partió mayoritariamente de los compañeros (45%) y supervisores (28%) donde el porcentaje de testigos fue del 78%. Las conductas de "Humillación" y el "rechazo personal" fueron más señaladas por GH ($p < ,05$), mientras que el "Ninguneo", el "Aislamiento" y la "Degradación profesional" fueron más frecuentes en GNH.

Los síntomas de estrés y las estrategias de afrontamiento empleados por ambos grupos fueron muy similares, aunque el "escape" presentó una media más elevada en GH (M = 2,49; DT = ,95) y la "resignación" en GNH (M = 3,00; DT = ,88).

Discusión

El HP en el trabajo constituye uno de los estresores más importantes de la vida laboral y está considerado por la OMS (5) como un problema de salud pública. La enfermería se destaca como uno de los colectivos más afectado, hasta el punto de que muchos lo consideran como algo intrínseco a su profesión. (6, 7,8) La percepción de que la enfermería no está valorada y el elevado deseo de abandonarla por parte de ambos grupos de estudio confirman trabajos previos y pone de manifiesto la necesidad de una intervención inmediata. (6,7,9)

El déficit en la implicación en la toma de decisiones y la antigüedad profesional se asociaron a la percepción de hostigado. Este hecho se podría atribuir a la gestión jerárquica que rige la enfermería, donde los cambios en su dinámica laboral no suelen tener en cuenta a sus profesionales, impidiéndoles expresar libremente sus ideas y menospreciando sus logros. (10,11)

Los resultados confirman que el HP no solo es intraprofesional, (6,7,8,12) sino que está socializado(10) dado el elevado número de testigos encontrados. (6,7) Así, las conductas percibidas por GH, humillación y rechazo personal, ponen en evidencia la ausencia del sentimiento de grupo y objetivos comunes entre sus miembros. Por otra parte, los síntomas de estrés y las estrategias de afrontamiento presentados por ambos grupos fueron muy similares. No obstante, la mayor tendencia a la "Resignación" que presenta GNH puede contribuir de algún modo a que éstos no se perciban víctimas de hostigamiento, puesto que esta estrategia de afrontamiento permite vivir el conflicto pasivamente. (6,7,11)

Los estudios ponen de manifiesto que el HP afecta considerablemente a la calidad del cuidado porque produce alteraciones

psicoconductuales que repercuten negativamente sobre el desempeño profesional. (13,14,15) Las evidencias demuestran que las víctimas de HP padecen elevados síntomas de estrés (6,9), no solo por lo lesivas que puedan ser las conductas, sino por la impotencia que ello conlleva, la falta de apoyo percibida, la permisividad organizacional y la seguridad de que el hostigador no será punido por sus actos. (6,10,13,15) Dicha situación induce a la despersonalización, incrementa las posibilidades de cometer errores, las bajas laborales y el absentismo, potenciando el abandono de la profesión. (6,7,15) No obstante, las evidencias indican que el HP está asociado a la carencia de un pensamiento crítico y que la formación específica juega un papel primordial a la hora de dar a conocer su existencia (6,12) y plantear soluciones.

En conclusión, el HP compromete la práctica clínica porque daña la esencia de la enfermería al frustrar sus expectativas, debilitar su autoestima y su salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1-Fornés J, Martínez-Abascal MA, García de la Banda G. Análisis factorial del cuestionario de hostigamiento psicológico en el trabajo en profesionales de enfermería. *Intern J Clin Health Psychol.* 2008; 8(1): 267-283.
- 2-Manassero MA, Vázquez A, Ferrer VA, Fornés J, Fernández MC. *Estrés y burnout en la enseñanza.* 1º ed. Plana de Mallorca: UIB; 2003.
- 3- Rodríguez-Marín J. Estrés psicosocial y su afrontamiento. En: J. Rodríguez-Marín (Ed.), *Psicología Social de la Salud.* Madrid: Síntesis; 1995. p. 53-74.
- 4-Leymann H. The content and development of mobbing at work. *Eur J Work and Organ Psy,* 1996; 5(2): 166-184.
- 5-World Health Organization. Prevention of bullying-related morbidity and mortality: a call for public health policies, 2010. [acceso 09 de septiembre de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/6/10-077123/en/#>.
- 6-Cardoso dos Santos M. Estudio comparativo sobre el hostigamiento psicológico o mobbing en personal de enfermería de Brasil y España [tesis doctoral]. Palma de Mallorca: Tesis Doctorales en Red, Universitat de les Illes Balears; 2012. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/108003>
- 7-Bambi S, Becattini G, Giusti GD, Mezzetti A, Guazzini A, Lumini E. Lateral hostilities among nurses employed in intensive care units, emergency departments, operating rooms, and emergency medical service. *Dimens Crit Care Nurs.* 2015; 33(6): 347-354.
- 8-Thompson R. Take action against nurse bullying: Strategies for individuals. *Medsurg Nurs,* 2013; 22(6):403-404.
- 9-Castellón AM. Hostigamiento laboral: amenaza permanente para enfermería. *Enferm. Glob.* 2012; 11(28): 120-136.
- 10-Hutchinson M, Wilkes L, Jackson D, Vickers M. Integrating individual, work group and organizational factors: testing a multidimensional model of bullying in the nursing. *J Nurs Manag,* 2010; 18(2): 173-181.
- 11-Ovayolu O, Ovayolu, N, Karadag G. Workplace bullying in nursing. *Workplace Health Saf,* 2014; 62(9): 370-374.
- 12-Stagg SJ, Sheridan DJ, Speroni KG. Workplace bulluign. The effectiveness of a workplace program. *Workplace Health Saf,* 2013; 61(8): 333-338.
- 13-Efe SY, Ayaz S. Mobbing against nurses in the workplace in Turkey. *Int Nurs Rev.* 2010; 57(3): 328-334.
- 14-Castellón AM. Occupational violence in nursing: Explanations and coping strategies. *Rev Lat Am Enfer,* 2011; 19(1): 156-163.
- 15-Wilkins J. The use of cognitive reappraisal and humour as coping strategies for bullied nurses. *Int J Nurs Pract,* 2014; 20(3): 283-292.

POSTER 133**AUTORES/AUTHORS:**

Alejandra Aguado, Verónica Velasco

TÍTULO/TITLE:

EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE LA "TARJETA AMARILLA" POR PARTE DE LOS PROFESIONALES ENFERMEROS

Este proyecto de investigación tiene como objetivo principal evaluar el conocimiento sobre la "Tarjeta Amarilla" por parte de los profesionales de enfermería, en el ámbito de la Atención Especializada y como objetivos específicos: evaluar el conocimiento sobre farmacovigilancia de las enfermeras y enfermeros pertenecientes a los servicios especiales de la Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI), Servicio de Reanimación y Anestesia (REA), Urgencias y Diálisis de un Hospital de la provincia de Valladolid, así como valorar el grado de cumplimiento de notificación de Reacciones Adversas Medicamentosas (RAM) e informar a las enfermeras y enfermeros de la importancia de notificar cualquier sospecha de RAM detectada en su puesto de trabajo.

Se diseñó un estudio observacional, descriptivo y transversal. Para llevar a cabo el proyecto se realizó una encuesta en la que participaron 76 enfermeras y enfermeros, de los cuales 14 pertenecían a la unidad de la UVI, 12 a la unidad de la REA, 33 al servicio de Urgencias y 17 al servicio de Diálisis. El proyecto se llevó a cabo durante los meses de febrero a mayo de 2015.

Las variables del estudio fueron: el sexo, la edad, el año de promoción, el servicio al que pertenecía cada enfermero o enfermera, el conocimiento de éstos acerca de la farmacovigilancia, su obligación a notificar cualquier sospecha de RAM detectada en su puesto de trabajo, según la Ley 29/2006 de garantías y uso racional de medicamentos y la utilidad de la "Tarjeta Amarilla", el grado de utilización de la "Tarjeta Amarilla", así como el por qué de su infrautilización, el número de profesionales que la consideran útil y a cuántos de ellos les gustaría recibir información acerca de su utilización.

Para la cumplimentación de la encuesta autoadministrada, se entregó en cada uno de los servicios una hoja informativa a los participantes de dicho proyecto, donde se les informaba acerca del objetivo del estudio, en qué consistía su participación y se remarcaba la confidencialidad y anonimato de dicha encuesta, y se ofreció verbalmente la participación al personal de enfermería de las unidades anteriormente mencionadas, el cual ofreció su consentimiento verbal.

Los datos obtenidos fueron procesados y analizados a través del programa informático SPSS V. 20.

En los resultados obtenidos se observa que, un 82,9% de los 76 encuestados afirman saber qué es la farmacovigilancia, así como algo más de la mitad de los encuestados con un 57% del total (n=76) que alegan conocer su obligación a notificar cualquier sospecha de RAM que detecten en su puesto de trabajo, según la Ley 29/2006 de garantías y uso racional de medicamentos, pero tan solo un 15,8% de los 76 encuestados afirma conocer la utilidad de la "Tarjeta Amarilla", frente al 84,2% que la desconoce, por lo tanto carecen de información suficiente para llevar a la práctica dichos conocimientos. Únicamente un 1,3% la ha utilizado en su puesto de trabajo, puntualizando haber hecho uso de ella en otra Comunidad Autónoma, por lo que la notificación de RAM por parte del personal de enfermería es claramente inexistente en dicho centro.

Se han llegado a las siguientes conclusiones:

- La infrautilización de la "Tarjeta Amarilla" por parte de los profesionales enfermeros, se debe a la falta de conocimiento y por lo tanto a la falta de información de los mismos.
- Aquellos que sí conocen su utilidad no saben cómo pueden acceder a ella en el hospital, por lo que tampoco la utilizan en su puesto de trabajo.
- Casi la totalidad de los encuestados están interesados en recibir información acerca de la utilización de la "Tarjeta Amarilla".
- La realización de este trabajo ha suscitado el interés y el deseo de recibir información sobre la notificación de RAM y la utilización de la "Tarjeta Amarilla" por parte de los profesionales enfermeros.

Como propuesta de mejora se ha elaborado un tríptico informativo para todo el personal de enfermería, debido a la importancia que tiene que las enfermeras y enfermeros sepan reconocer los posibles efectos adversos producidos por los fármacos, así como el

proceso de notificación de los mismos, contribuyendo a que la práctica enfermera se lleve a cabo de manera eficiente, responsable y segura. Además se subraya en dicho tríptico que no solo pueden acceder a ella los profesionales sanitarios, sino cualquier miembro de la población que detecte cualquier RAM en su vida cotidiana, a través del enlace: <https://www.notificaram.es>. Su notificación es de gran importancia ya que ellos son los que sufren dichos efectos adversos y son capaces de describir con mayor detalle los sentimientos o comportamientos que han experimentado. La notificación espontánea por parte de la población de cualquier efecto adverso medicamentoso del que se tenga sospecha, debería servir para fomentar la implicación de los ciudadanos en la sociedad y para acercar la farmacovigilancia a la verdad a la que se expone la población con el uso de los fármacos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Organización Mundial de la Salud. La farmacovigilancia: Garantía de seguridad en el uso de los medicamentos [Internet]. Ginebra: OMS; Octubre de 2004 [consulta el 3 de febrero 2015] Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s6166s/s6166s.pdf>
- Álvarez Requejo A., Martín Arias Luis H., Carvajal García-Pando A. Farmacovigilancia y vigilancia de salud pública. [Internet]. Gaceta sanitaria; 1996 [consulta el 2 de febrero de 2015] Vol. 10 Núm.54. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/farmacovigilancia-vigilancia-salud-lpublica/articulo/S0213911196718885/>
- Velasco González V. Papel de las enfermeras en la notificación de reacciones adversas medicamentosas en Castilla y León. Revista Iberoamericana de educación e investigación en enfermería. [Internet]. Aladefe; Mayo 20013 [consulta el 1 de febrero de 2015] Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/buscador/>
- Buenas prácticas de farmacovigilancia del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de uso Humano. [Internet]. España: Agencia Española de Medicamentos productos sanitarios; 23 de marzo del 2000 [Última actualización el 17 de septiembre de 2002, consulta el 23 de febrero de 2015] Disponible en: http://www.aemps.gob.es/vigilancia/medicamentosUsoHumano/docs/BPFV-SEFV_octubre-2008.pdf
- Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios (BOE núm. 178, de 27 de julio de 2006)
- CESME. Centro de estudios sobre la seguridad de medicamentos [Internet]. Valladolid: CESME; [Consulta el 1 de febrero de 2015] Disponible en: <http://www.5uva/cesme/7pageid=101>
- Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Gobierno de Cantabria: Farmacovigilancia de medicamentos de uso humano [Internet]. Cantabria: Saludcantabria; 2012 [consulta el 2 de febrero de 2015] Disponible en: <http://www.saludcantabria.es/index.php?page=farmacovigilancia-de-medicamentos-de-uso-humano>
- Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Gobierno de Cantabria: Farmacovigilancia de medicamentos de uso humano [Internet]. Cantabria: Saludcantabria; 2012 [consulta el 2 de febrero de 2015] Disponible en: <http://www.saludcantabria.es/index.php?page=farmacovigilancia-de-medicamentos-de-uso-humano>
- Osakidetza. Memoria de la unidad de farmacovigilancia del País Vasco. [Internet]. País Vasco; 2013 [consulta el 5 de febrero de 2015] Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/presentacion_farmaco/es_1233/adjuntos/Memoria%20FV%202013.pdf

POSTER 137**AUTORES/AUTHORS:**

Ana Belén Ferrero Alonso, Rebeca Rey Perea, Esther Rey Perea

TÍTULO/TITLE:

BURNOUT EN ENFERMERÍA DE QUIRÓFANO

INTRODUCCIÓN

El término Burnout es traducido como “estar quemado” y se usa para referirnos a un tipo de estrés crónico generado en profesionales que desempeñan cualquier actividad que tenga como objetivo la atención a otras personas.

Numerosos estudios consideran a Enfermería como grupo de alto riesgo, especialmente en unidades como es el área quirúrgica.

Es responsable de absentismo laboral, insatisfacción... y en definitiva baja productividad y disminución en la motivación.

OBJETIVOS

Analizar la relación entre el área laboral y el Síndrome de Burnout entre los profesionales de Enfermería (enfermeras y auxiliares) del quirófano del HUA Santiago de Vitoria.

METODO

Estudio transversal comparativo entre Diplomados Universitarios y Auxiliares de Enfermería de la Unidad Quirúrgica del HUA Santiago:

- prevalencia del Burnout: Fatiga emocional, despersonalización y desempeño laboral
- Uso Escala Maslach Burnout Inventory (1986), versión validada en español.
- Recogida de datos en Febrero y Marzo de 2015
- Variables: Edad, años de experiencia y categoría profesional.
- Población: 52 Enfermeras y 21 Auxiliares de las que rellenaron el cuestionario anónimo y voluntario 37 Enfermeras y 16 Auxiliares.

RESULTADO

No Burnout en el servicio. Sin embargo se observa:

-La desviación típica media se ve incrementada en:

- A. Emocional : DUE (=9,8) AE(=8,55) dispersión de los resultados
21-35 años: Afectado por inestabilidad laboral y constante aprendizaje
51-65 años. Afectado por cansancio físico y edad
- R. Personal: DUE (=9,14) AE (=9,24). Mínima puntuación en rango de 51-65 en comparación con más jóvenes
- Despersonalización: (5,4) Tanto DUE como AE dan trato personalizado y cuidado al usuario

CONCLUSIÓN

Trabajar estrategias de prevención; iniciar mejoras en la asistencia basadas en medidas económicas y de control de gasto, y sobre todo, en el factor humano que permitan dar cuidados de calidad.

Continuar esta línea de investigación con una muestra mayor a fin de indagar en el desgaste profesional y su repercusión en la actividad laboral en un quirófano.

RELEVANCIA

Burnout puede ocasionar no sólo un aumento de los costos sino sobre todo una mala atención a los usuarios y un riesgo en su seguridad. Previniendo se mejorará el trabajo en equipo, la calidad de los cuidados y la eficiencia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**BIBLIOGRAFÍA**

- Cantero, M. “Síndrome de Burnout en el ámbito sanitario”. Revista Inesem (31 octubre 2012).
<http://revistadigital.inesem.es/sociosanitario/sindrome-de-burn-out-en-el-ambito-sanitario/>

-Cabana JA, Garcia E, Garcia G et al. El síndrome de Burnout en el personal de una unidad quirúrgica. Rev. méd electrón (seriada en línea) 2009; 31 (3)

POSTER 138**AUTORES/AUTHORS:**

Ruben Coelho Martinho, Mònica Duran Bertran, Ángeles Giménez Moreno, Virginia Cortesao Travasset, Jorge Conde Pérez

TÍTULO/TITLE:

Repercusión de las políticas sanitarias en los cuidados enfermeros: una Revisión Sistemática

Las circunstancias socioeconómicas han puesto en riesgo la sostenibilidad de los sistemas de salud. Por un lado, la reducción en el financiamiento y, paralelamente, el aumento de los costos producido por el incremento del consumo sanitario, se configuran como un escenario poco favorable para la estabilidad de la Salud Pública.

Bajo este contexto, la elevada carga financiera ha originado la reestructuración del funcionamiento organizativo de los servicios de salud, justificando la necesidad por optimizar recursos. Desde el inicio de la crisis económica, se han implantado estrategias políticas muy diversas para tratar de buscar un modelo más sostenible. Una de las principales medidas fue de abaratar costos, paralizando la contratación y dotación de profesionales de salud y, especialmente, en enfermeras.

Objetivo: Analizar los resultados de salud obtenidos, procedente de los cuidados enfermeros, en la aplicación de les replanificaciones políticas en Salud Pública.

Métodos: Se efectuó una revisión sistemática, a través de base de datos tales como Pubmed, CINAHL y SciELO. Como estrategia de búsqueda, se utilizaron las palabras claves: "Health outcomes" AND "nursing" AND "management policies". Como criterios de inclusión, se admitió toda aquella producción científica publicada en los últimos 5 años, tanto de metodología cuantitativa como cualitativa. Se delimitaron aquellos estudios elaborados a nivel europeo.

Resultados: Tras efectuar una lectura crítica, se obtuvo un total de 11 artículos. Se coincidió sobre la asociación estadística entre la ratio enfermeras-pacientes con las tasas de mortalidad. Asimismo, se evidenció que el incremento en la carga de trabajo de enfermería puede generar el aumento de probabilidades de muerte en pacientes hospitalizados en un 7%. Por otro lado, las repercusiones producidas por la inadecuada dotación de enfermeras incrementaba los niveles de Burn-out, así como la insatisfacción laboral, en enfermeras, ocasionando, consecuentemente, un déficit en la calidad asistencial y en la seguridad de los pacientes, cuantificada por el aumento de caídas accidentales o errores en la administración de fármacos.

No obstante, estas circunstancias adversas también han suscitado resultados positivos para el reconocimiento de las enfermeras como piezas claves en los sistemas de salud, y enfatizar sobre la importancia en la excelencia de los cuidados. Algunos de los estudios reportaron el crecimiento de la disciplina enfermera en los ámbitos de innovación e investigación, evidenciada por la elaboración y proliferación de numerosos proyectos orientados en la promoción de la salud, científicamente acreditados, y óptimos en la relación coste-eficacia.

Discusión: Los profesionales de Enfermería disponen de recursos para adaptarse adecuadamente a las nuevas circunstancias socioeconómicas. Sin embargo, la manipulación en la ratio enfermeras-pacientes desestabiliza la eficacia en los cuidados y, consecuentemente, tiene una repercusión negativa en la eficiencia en los costes.

Sin duda, las intervenciones efectuadas por las enfermeras tienen un impacto significativo en el funcionamiento sanitario, por lo que resulta indispensable la representatividad activa de la Enfermería en órganos de toma de decisiones en los sistemas de salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. 2013; Lancet, 381(9874): 1323-31.
2. Quaglio GL, Karapiperis T, Van Woensel L, Arnold E, MdDaid D. Austerity and health in Europe. 2013; Health Policy, 113: 13-19.2.
3. Van Gool K, Pearson M. Health, Austerity and Economic Crisis: Assessing the Short term Impact in OECD countries. 2014; OECD Health Working Papers, 76.

4. Legido-Quigley H, Otero L, Parra D, Alvarez-Dardet C, Martin-Moreno JM, McKee M. Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system? 2013; *BMJ*, 346.
5. International Council of Nurses. *Nurses, A Force for Change: Care Effective, Cost Effective*. 2015; Genève: ICE.
6. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. 2014; *Lancet*, 383 (9931): 1824–30.
7. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. 2012; *BMJ*, 344: e1717.
8. Aiken LH, Douglas MS, Bruyneel L, Van de Heede K, Sermeus W. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int J Nurs Stud*. 2013; 50: 143-53.
9. Van Bogaert P, Van heusden D, Somers A, Tegenbos M, Wouters K, Van der Straeten J, et al. The Productive Ward program™: a longitudinal multilevel study of nurse perceived practice environment, burnout, and nurse-reported quality of care and job outcomes. 2014; *J Nurs Adm*, 44(9): 452-61.
10. Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, De Geest S, Rafferty AM, et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. 2014; *BMJ Qual Saf*, 23: 126–35.
11. Reeves D, Blickem C, Vassilev I, Brooks H, Kennedy A, Richardson G, Rogers A. The contribution of social networks to the health and self-management of patients with long-term conditions: a longitudinal study. 2014; *PLoS One*, 9(6): e98340.
12. Grimes C, Wanless RS, Damonti J. New models for elevating the practice and status of community-based nursing across the spectrum of cancer care in Central and Eastern Europe. 2014; *Eur J Oncol Nurs*, 18 Suppl 2: S97-122.2.

POSTER 139**AUTORES/AUTHORS:**

ALFREDO ANTONIO GONZALEZ FLORES, MARIA EUGENIA GALIANA SANCHEZ, JOSEP BERNABEU MESTRE

TÍTULO/TITLE:

LA FORMACIÓN ENFERMERA EN EL ALICANTE FRANQUISTA

OBJETIVO

Analizar la actividad y el proceso de profesionalización de la enfermería alicantina durante el periodo franquista desde la perspectiva de género.

MÉTODO

A través de un muestreo teórico de los expedientes colegiales proporcionados por el Colegio Oficial de Enfermería de Alicante, se pudo recoger los testimonios de cuatro enfermeras y dos practicantes que trabajaron durante el periodo de estudio. Las entrevistas se realizaron durante los años 2013 y 2014 mediante el uso videocámara y grabadora de voz, conservándose en un soporte digital y en formato de texto tras su transcripción. Se siguió un guion donde se agrupaban y ordenaban globalmente las preguntas en secciones, en base a las variables del estudio: motivación por la cual decidieron formarse en la profesión, la formación, la práctica laboral, el asociacionismo, la gestión del conocimiento y el contexto de su vida profesional. A pesar de ello, el formato de la entrevista fue flexible, promoviendo la conversación con tal de conocer las percepciones y experiencias de los entrevistados de forma natural y libre.

RESULTADOS

Los resultados que se presentan son los relativos a la categoría de formación. Por un lado se analizó de forma descriptiva la formación de las enfermeras y A.T.S. femeninas, y por otro lado, la de practicantes y A.T.S. masculinos. Los datos obtenidos se centran en los requisitos para formarse, el lugar donde se forman y el profesorado, el material de estudio y las distintas materias que tuvieron que estudiar, el tipo de examen y las prácticas, etc. Así como las dificultades y opiniones de su formación.

Respecto a las mujeres, todas ellas sacaron su título en instituciones académicas distintas: por un lado en la facultad de medicina y por otro en escuelas de enfermería. Previo al título de enfermería, sólo dos de ellas tenían una formación previa en materias afines, una era Dama Auxiliar de Sanidad Militar y otra maestra. Para iniciar los estudios de enfermería se exigía tener bachiller elemental. De las cuatro, tres hicieron especialidad, dos como matrona y otra como instructora sanitaria. Los profesores eran médicos para todas, considerándoles por lo general buenos docentes. Las asignaturas tenían una fuerte base biomédica, aunque comentan que tenían alguna asignatura de higiene. Por otro lado, destacamos a la instructora sanitaria quien recibe durante su formación mayor conocimiento en salud pública, estadística, higiene, epidemiología... Las que se presentaron al examen de obtención del título directamente, estudiaban de los libros y el examen estaba centrado en conocimientos de anatomía e instrumentación.

Respecto a los hombres, ambos se formaron a través de la enseñanza libre, acudiendo a la facultad de medicina de Valencia sólo para examinarse durante dos años. Coinciden en que no disponían de un temario fijo para prepararse el examen, lo tenían que hacer a través de libros que no eran específicos para la preparación de los cursos. Eran libros con gran peso en anatomía y la fisiología humana. Para aprobar el examen debían de contestar a varias preguntas centradas en caracteres biomédicos. El tribunal estaba compuesto por profesores de medicina. Se presentaban muchas personas, siendo la mayoría hombres. Ambos destacan la dificultad del examen.

El análisis desde la perspectiva del género es importante: el lugar de formación estaba ligado al sexo, mientras que los hombres únicamente dependían de la Facultad de Medicina para obtener el título (Valencia), las mujeres también podían hacerlo en escuelas que pertenecían a órdenes religiosas, con la ventaja de no tener que desplazarse de su ciudad para estudiar. El tipo de formación tenía distintos enfoques, asignaturas como higiene y salud pública estaban más ligadas a la formación femenina, y las prácticas, en el caso de las mujeres tenían gran control por parte de las religiosas. Además, sólo las mujeres estaban obligadas a realizar un programa dirigido por la Sección Femenina para poder trabajar.

DISCUSIÓN

Este estudio visualiza la disparidad de formación de la época y como el género tenía mucho que ver en la manera de formarse. Con el objeto de profundizar en los resultados obtenidos, podría ser interesante continuar aumentando la muestra a fin de conocer nuevas experiencias.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Bernabeu J, Galiana ME, García MP. Enfermeras para una nueva patria: Género e ideología en la enfermería de Falange. En: González C, Martínez F (Eds.) La transformación de la enfermería: Nuevas miradas para la historia. Granada: Comares; 2010: 203-218.
2. Bernabeu J, Gascón E. Historia de la enfermería de Salud Pública en España (1860-1977). Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante; 1999.
3. Hernández F. Historia de la enfermería en España: Desde la antigüedad hasta nuestros días. Madrid: Síntesis; 1996.
4. Benadiba L. Historia oral: Fundamentos metodológicos para construir el pasado desde la diversidad. Argentina: Editorial Sur Americana; 2010.
5. Strauss AL. Qualitative analysis for social scientists. Cambridge University Press; 1987.
6. Bernabeu-Mestre J, Carrillo-García C, Galiana-Sánchez M.E, García-Paramio P, Trescastro-López, E. Género y profesión en la evolución histórica de la Enfermería Comunitaria en España. Enfermería Clínica 2013;23(6):284-289.

POSTER 143**AUTORES/AUTHORS:**

Jezabel Fernández Sarró, Carmen Hernández García, Matilde Arlandis Casanova

TÍTULO/TITLE:

El Síndrome de Burnout y su prevención mediante cambios en la cultura organizativa hospitalaria.

Palabras clave: Burnout, enfermería, autonomía enfermera, salud laboral, factores protectores.

Introducción:

El síndrome de Burnout es una patología derivada de la interacción del individuo con unas determinadas condiciones psicosociales nocivas en el ámbito laboral. Cuando la desprotección, la prevención de riesgos laborales, las evaluaciones de riesgos psicosociales, los factores individuales y los organizacionales, especialmente en entornos de servicios humanos, son inadecuados, este síndrome puede aparecer. (1)

Objetivos:

Recuperar la evidencia científica disponible en la actualidad sobre los cambios a realizar en la cultura organizativa hospitalaria para paliar el Síndrome de Burnout que afecta a los profesionales de enfermería y proponer líneas de actuación.

Método:

Para la realización de esta revisión sistemática se han realizado búsquedas bibliográficas en las bases de datos Pubmed, Crochane Plus, CINAHL, Medline y Cuiden Plus, con los descriptores DeCS y MeSH y el operador booleano AND, utilizando las palabras clave.

Criterios de inclusión: documentos en lengua castellana e inglesa, publicados en el año 2005 y posteriores, que hacen referencia al Burnout, al abandono laboral, a la satisfacción laboral, a los profesionales enfermeros, a la autonomía enfermera y a hospitales seleccionados para el estudio de sus características organizacionales.

Criterios de exclusión: ausencia de abstract e incumplimiento de los criterios de inclusión.

De los 150 artículos encontrados fueron seleccionados, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, 25.

Resultados:

Tanto la OMS como la OIT afirman que en el contexto de la salud laboral puede surgir una situación de inadaptación con el entorno por parte de los profesionales enfermeros (2). Estos factores se denominan factores psicosociales y son la asociación de los factores incidentes que propicia la propia organización y los factores personales.

Kramer y Schmalenger analizan aspectos característicos de los hospitales magnéticos altamente valorados por el personal de enfermería: las relaciones médico-enfermero de compañerismo y colaboración, la autonomía, las medidas de apoyo a la formación, el trabajo con profesionales competentes, la practica enfermera autónoma, la adecuación de la plantilla, el apoyo de la dirección y el control de la práctica profesional de enfermería. (3)(4)(5)(6)

La literatura señala que estas características magnéticas se han relacionado con menores niveles de insatisfacción, abandono laboral y síndrome de Burnout. (7)(8)

Aiken y Phogosyan observaron una disminución del nivel de Burnout en un 2,9% tras la incorporación de elementos magnéticos en dos hospitales rusos hermanados con otros dos en EEUU. (9)

Discusión:

Elementos como la formación continuada, el apoyo de la Dirección de enfermería, las relaciones horizontales entre profesionales, la adecuación de la plantilla y la práctica enfermera autónoma, favorecen el empoderamiento y forjan la identidad enfermera.

La modificación de la cultura organizativa actual mediante la incorporación de los elementos magnéticos, de acuerdo a la evidencia, se traduciría en cuidados enfermeros excelentes, una mejora de la salud laboral y una reducción de la prevalencia de Burnout.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Fidalgo, M. NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación. INSHT; 2003. Serie de Notas Técnicas de Prevención: 704.
- (2) Oficina Internacional del Trabajo. Salud y vida en el trabajo: Un derecho humano fundamental. Ginebra: OIT; 2009.
- (3) Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos. Parte I. Nursing. 2005; 23(3): 8-13.
- (4) Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos. Parte II. Nursing. 2005; 23(4): 15-19.
- (5) Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos. Parte III. Nursing. 2005; 23(5): 14-17.
- (6) Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos. Parte IV. Nursing. 2005; 23(6): 21-25.
- (7) Van Bogaert P, Clarke S, Vermeyen K, Meulemans H, Van de Heyning P. Practice environments and their associations with nurse-reported outcomes in Belgian hospitals: development and preliminary validation of a Dutch adaptation of the Revised Nursing Work Index. Int J Nurs Stud. 2009; 46(1):54-64.
- (8) Friese CR. Nurse practice environments and outcomes: Implications for oncology nursing. Oncol Nurs Forum. 2005; 32(4):765-72.
- (9) Aiken LH, Poghosyan L. Evaluation of "magnet journey to nursing excellence program" in Russia and Armenia. J Nurs Scholarsh. 2009; 41(2):166-74.

POSTER 144**AUTORES/AUTHORS:**

JOSE ANTONIO RODRÍGUEZ MURILLO, M^a TERESA HOSPITAL VIDAL, DOLORS ESTRADA REVENTÓS, MONTSE CANALIAS REVERTER, MARGARITA ROBAU GASSIOT, NEUS GUASCH POMÉS

TÍTULO/TITLE:

Herramienta de comunicación hospitalaria: Webmail

Objetivos

Comprobar si hay un aumento de la consulta al correo institucional por parte del personal de enfermería tras una intervención formativa

Valorar el nivel de satisfacción del personal al recibir el correo institucional vinculado al móvil y/u ordenador.

Método

Estudio cuasi experimental, pretest -postest dirigido al personal de enfermería de medicina de un hospital de tercer nivel. Las variables principales analizadas son: Frecuencia uso correo, modo acceso correo, ventajas e inconvenientes derivación correo e información de correo deseada.

Diseño

Se diseña y evalúa un cuestionario pre-intervención con 9 ítems de respuesta múltiple. Se colocan accesos directos al correo corporativo en todos los ordenadores de los controles de enfermería. Se configuran los móviles, del personal que accedió a ello, para vincularlos al correo corporativo.

Se realizan sesiones personalizadas para explicar el uso del correo corporativo. Se evalúa el cuestionario post añadiendo dos variables de satisfacción.

Análisis

Análisis estadístico descriptivo de frecuencias con el programa spss 20.0 utilizando chi cuadrado como estadístico de contraste y asumiendo un intervalo de confianza >95%.

Resultados

Participaron un total de 115 profesionales, 69,7% enfermeras, 29,6% auxiliares y 0,9% sanitarios. En la recogida inicial se comprobó que un 75,5% accedían al correo desde el hospital, un 49,6% desde casa y un 6,1% desde el móvil. El 89,6% tenía móvil con acceso a Internet y al 76,1% le interesaba tenerlo vinculado al correo. Las ventajas de tener el correo derivado al móvil eran en un 41,7% la agilidad y practicidad de acceso, en un 36,5% el aumento de la frecuencia de consulta de correo corporativo y en un 31,3% ponerse más rápido al corriente de la información. Las desventajas identificadas en un 36,5% era el aumento de las tareas de mantenimiento del móvil y en un 27,8% la mayor invasión de la vida privada. Les interesaba tener información de actividades científicas (cursos y congresos 87%, sesiones clínicas 72,2%), aspectos laborales (convocatorias de plazas de personal 76,5%), becas y ayudas (49,6%). El 84,8% cree que disponer de un acceso directo al webmail en el móvil es útil o muy útil y el 96,4% cree útil o muy útil tenerlo instalado en el ordenador. La consulta del correo una o más veces por semana aumentó del 74,5% en el cuestionario pre al 87% en el post ($p < 0,001$).

Discusión

Con este trabajo se ha demostrado que realizando una buena intervención con el personal en el manejo y acceso al correo institucional, incorporando accesos directos a los escritorios de los ordenadores y vinculando el correo corporativo al móvil, se ha conseguido aumentar el uso del mismo. Se dispone de los medios informáticos y de móviles de última generación para poder acceder al correo, pero existen desventajas como la invasión de la vida privada y tener que vaciar más el móvil, que frenan la iniciativa del cambio. Se ha de conseguir que la información llegue a todo el personal de manera electrónica y directa, favoreciendo el desuso del papel como medida ecológica, y siendo eficaces en la comunicación. Este trabajo ha de suponer un punto de referencia para hacerlo extensible al resto de servicios de la institución.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Medina Aguerrebere, P. El valor estratégico de la comunicación interna hospitalaria. Revista de Comunicación y Salud, Norteamérica, 2, jul. 2012. Disponible en: <<http://www.revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys/article/view/26>>.

Prendes, M.P.; Sánchez-Vera, M. y Serrano, J.L. (2012). Posibilidades educativas de las TIC en las aulas hospitalarias. *Journal for Educators, Teachers and Trainers*, Vol. 3, pp. 37 – 48.

Rodríguez, Eva Patricia Gil; Prieto, Raquel Navarro. El impacto de Internet móvil en el trabajo en grupo distribuido: una aproximación conceptual y metodológica de diseño centrado en el usuario. Disponible en < <http://aipo.es/articulos/3/12.pdf>>

Menéndez Prieto MD, Vadillo Olmo FJ. El plan de comunicación hospitalario: herramienta de gestión sanitaria.2009. Disponible en <http://www.editorial-club-universitario.es/pdf/3367.pdf>.

Elías, J.; Mascaray, J. Más allá de la Comunicación Interna. La intracomunicación. Bar-celona. Ed. Gestión 2000.com, 2003.

POSTER 145**AUTORES/AUTHORS:**

Clara Bendito Barber, Natividad Carreras Martí, Núria Febrer Juan

TÍTULO/TITLE:

Análisis del stock de material fungible en una UCI: Reorganización y Disminución de costes

INTRODUCCIÓN

En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Mateu Orfila nos adherimos al Proyecto de Resistencia Zero. Uno de los objetivos de este proyecto era revisar el protocolo de limpieza de la Unidad. Durante la revisión nos dimos cuenta de que el stock de material fungible de los boxes dificultaba la limpieza. Por este motivo, nos planteamos la necesidad de reducir la cantidad de material fungible almacenado en los boxes para facilitar tanto su limpieza diaria como la que se hace al darse el alta de los pacientes.

OBJETIVOS

- Analizar el uso del material fungible almacenado en los boxes de la UCI.
- Diseñar un listado de material unificado en base a los resultados.
- Comparar los costes de las diferentes distribuciones de material.

METODOLOGÍA

- Tipo de estudio: Observacional, descriptivo y prospectivo.
- Duración: Del 1 de febrero al 30 de Marzo 2015.
- Lugar: Unidad Cuidados Intensivos (UCI), Hospital Mateu Orfila (Menorca)
- Descripción: La UCI está dotada de siete boxes con cinco armarios cada uno, en los que se almacena material fungible. Este material es revisado por los Técnicos Auxiliares de Enfermería (TCAE) y repostado, si es necesario, al final de cada turno.
- Recogida de datos: Se diseñó un check list en el que los Técnicos Auxiliares de Enfermería (TCAE) debían anotar la cantidad de material repostado al final de cada turno.
- Variables: Fecha, turno, box, diagnóstico, tipo de soporte ventilatorio, material fungible repostado.
- Muestra: Todos los pacientes ingresados desde en el periodo del estudio.
- Análisis estadístico: se realizó con el programa Microsoft Office Excel 2007. Se calculó el total de gasto, la media, la desviación estándar y el máximo repostado de cada producto, con un nivel de confianza del 95%.
- Una vez analizados los datos, se diseñó un nuevo listado con la propuesta de material que se debería almacenar en cada box. Para ello se tomó como referencia el máximo repostado de cada producto. Posteriormente se consensuó con todo el equipo.
- Por último, se calculó el precio inicial del material almacenado en cada box y se comparó con el precio del nuevo listado

RESULTADOS

Durante el periodo del estudio ingresaron 40 pacientes, de los cuales 23 eran mujeres (57.5%). Se recogieron 482 encuestas de las cuales se desestimaron 6 por no estar debidamente cumplimentadas. El material que más se utilizó fue aquel correspondiente a la higiene de los pacientes (Compresas: $4.07 \pm 8,13$ máx. 50. Gasas: $3.37 \pm 7,37$ máx. 50. Empapadores: $2.63 \pm 4,46$ máx. 40, pañales: $0.49 \pm 1,48$ máx. 15) y el relacionado con la administración de medicación (Jeringas 10ml $1,98 \pm 2,79$ máx. 15, Jeringas 5ml $1,39 \pm 3,41$ máx. 12, Aguja de carga $1.38 \pm 2,53$ máx. 15).

Las sondas de aspiración tenían dos ubicaciones dentro del box: un armario y una mesa auxiliar. El promedio de gasto de sondas fue superior en la mesa auxiliar, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

El precio inicial del material almacenado en cada box ascendía a 291,60€. El precio del material según el nuevo listado fue de 147.17€.

CONCLUSIONES

El estudio permitió identificar el material que realmente se usaba. De esta manera, se realizó una nueva distribución, adecuando las cantidades y los productos a las necesidades reales de la Unidad. Éstos cambios suponen una reducción del 42% en material respecto al stock anterior, lo que supone un ahorro 1011€ en material fungible almacenado en la totalidad de la zona de boxes.

Agradecimientos

A todas las TCAE que colaboraron en la recogida de datos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Combatting resistance in intensive care: the multimodal approach of the Spanish ICU “Zero Resistance” program. Montero et al. Critical Care (2015) 19: 114

POSTER 146**AUTORES/AUTHORS:**

Anabela Sousa Salgueiro-Oliveira, Pedro Dinis Parreira, Marta Lima Basto

TÍTULO/TITLE:

Cambios verificados en el clima organizativo de un equipo de enfermeros: impacto en los cuidados de enfermería

Objetivos: durante la observación participante de las prácticas de los enfermeros a pacientes con catéteres venosos periféricos (CVP), constatamos manifestaciones frecuentes de insatisfacción en relación al clima de la organización. Así, establecemos como objetivos para esta investigación: evaluar las alteraciones en el clima organizativo, antes y después de haber ocurrido los cambios en el liderazgo, e identificar de qué forma esos cambios influyeron en los cuidados de enfermería.

Metodología: en una primera fase, se realizó una observación participante durante los cuidados de enfermería a enfermos con CVP en un servicio de medicina de un hospital central (61 días/80 horas hasta marzo de 2010). Paralelamente se realizó un estudio descriptivo y correlacional para evaluar el clima organizativo, para lo cual se recurrió a la primera parte del Focus 9, que se basa en cuatro pilares fundamentales que ejecutan el ambiente en el contexto de trabajo: apoyo, innovación, reglas y objetivos, de acuerdo con lo explicitado por Neves (2000).

En una segunda fase, repetimos la recogida de datos (52 días/75 horas hasta febrero de 2011), por haber constatado alteraciones a nivel del liderazgo. Si se considera el número de elementos del equipo en cada fase, 20 y 25, obtuvimos una tasa de respuesta del 95,24 % y el 100 %, respectivamente. Los datos estadísticos fueron computados en el programa SPSS 19.0 y el análisis de contenido de las notas de campo se realizó según Bardin (2013).

Resultados: verificamos que globalmente los valores del clima organizativo fueron más altos en la segunda fase, en la orientación Innovación (2,97 para 3,27) y Objetivos (2,72 para 3,22). Sin embargo, la alteración más evidente fue en la orientación Apoyo (2,79 para 3,43), en oposición a la primera fase que estaba centrada en la orientación Reglas (3,03 para 3,27).

Después de los cambios en el liderazgo, los enfermeros percibieron una organización con mayor Apoyo, caracterizada por un mayor estímulo a la cohesión y al empeño de las personas, aunque continúe centrada en la existencia de Reglas.

Las medias de ordenación a través del test de Mann-Whitney U demostraron que fueron, para todos los factores, superiores en la segunda fase de evaluación con diferencias estadísticamente significativas $p < 0,05$.

Además de una percepción más positiva del clima organizativo, observamos: la consecución de las transferencias pedidas; la colocación de más elementos en el equipo; la nueva metodología de distribución de los enfermos y las alteraciones en los cuidados de enfermería, indicadores de un mayor alineamiento con lo establecido en las directrices sobre la temática. Las unidades de cuidados pasaron a tener disponibles torniquetes adecuados y bolas de algodón estériles, así como otros materiales como apósitos transparentes semipermeables, que los enfermeros comenzaron a utilizar en sustitución de los anteriores no esterilizados.

Consecuentemente, pasaron a mirar con mayor detenimiento el sitio de inserción y a detectar más frecuentemente complicaciones en el sitio de inserción del catéter.

Discusión: es posible que el clima organizativo presente en la unidad de cuidados se haya visto influenciado por la elevada carga de trabajo percibida por los enfermeros, las manifestaciones de insatisfacción por el no reconocimiento profesional, así como los varios pedidos de transferencia de servicio. Por otro lado, faltaban algunos materiales necesarios para los cuidados. Las alteraciones en el liderazgo verificadas en la organización y en la unidad de cuidados tuvieron reflejos positivos en los aspectos anteriormente referidos y podrán, en conjunto, haber contribuido a un mejor clima organizativo, lo que se refleja en las prácticas de los enfermeros.

Asimismo, García-García et al. (2011) verificaron que un ambiente negativo estaba relacionado con la sobrecarga de trabajo y con la falta de reconocimiento profesional. Liou & Cheng (2010) concluyeron que un buen clima organizativo puede incluso disminuir el turnover de los profesionales de enfermería.

Con las alteraciones en el liderazgo, observamos también cuidados más en línea con lo establecido en las directrices. Asimismo, Squires et al. (2010) concluyeron que las cualidades relacionales del líder afectan a la calidad del ambiente de trabajo y al clima de seguridad asociado a una reducción de los errores de medicación. En otro estudio, un mayor número de elementos del equipo, como observamos durante la segunda fase, se asoció a menores errores de medicación e infecciones (Hall, Doran, & Pink, 2004).

Las alteraciones positivas encontradas en el clima organizativo y en los cuidados de enfermería corroboran lo establecido por ICN et

al. (2010) sobre los ambientes positivos para el ejercicio profesional, importantes para garantizar la seguridad del paciente y el bienestar de los trabajadores de la salud.

Implicaciones para la práctica clínica: los resultados encontrados, aunque no podemos decir que los cambios en los cuidados de enfermería fueron el resultado del clima organizativo, merecen nuestra atención y deben motivar, en particular, a los responsables de las organizaciones de salud para promocionar un clima organizativo positivo que favorezca la seguridad del paciente y la calidad de los cuidados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bardin, L. (2013). *A análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

García-García, I., Ramos, V., Serrano, J., Ramos Cobos, C., & Souza, A. A. (2011). Nursing personnel's perceptions of the organizational climate in public and private hospitals in Spain. *International Nursing Review*, 58(2), 234-241.

doi:10.1111/j.1466-7657.2010.00871.x

Hall, L., Doran, D., & Pink, G. (2004). Nurse staffing models, nursing hours, and patient safety outcomes. *The Journal of Nursing Administration*, 34(1), 41-45.

International Council of Nurses., International Hospital Federation., International Pharmaceutical Federation., World Confederation for Physical Therapy., FDI World Dental Federation., & World Medical Association. (Eds.). (2010). *Positive practice environment for health care professionals: quality workplace for quality care*. Disponible en:

http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/FS_PPE_Meeting_the_information_needs.pdf

Neves, J. (2000). *Clima organizacional, cultura organizacional e gestão de recursos humanos*. Lisboa: Editora RH.

Squires, M., Tourangeau, A., Spence Laschinger, H., & Doran, D. (2010). The link between leadership and safety outcomes in hospitals. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 914-925. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01181.x

Liou, S., & Cheng, C. (2010). Organisational climate, organisational commitment and intention to leave amongst hospital nurses in Taiwan. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(11-12), 1635-1644. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03080.x

POSTER 149**AUTORES/AUTHORS:**

PEDRO PASTOR BALLESTEROS, M^a LUISA RODRIGUEZ NAVAS, DANIEL PABLO TRONCOSO VIEJO

TÍTULO/TITLE:

ESTUDIO DE CALIDAD EN LIMPIEZA DE SUPERFICIES, UTENSILIOS Y MENAJES EN UNA COCINA HOSPITALARIA.

INTRODUCCIÓN

La determinación del número de microorganismos viables en las superficies, utensilios y otros equipos en contacto con los alimentos, es eficaz para el control de los protocolos limpieza y desinfección, claves para la seguridad de los alimentos servidos en el centro. Se ha adaptado la metodología de la norma EN-CE-ISO ISO-18593: Microbiología de los alimentos para consumo animal y humano. Métodos de muestreo horizontal por contacto con placas e hisopos y el Plan de APPCC -2 Elaboración de platos destinados a restauración hospitalaria del HUPA

METODOLOGÍA

Muestreo por contacto directo de la superficie a estudio con el medio de cultivo de las placas RODAK de 27cm² durante un minuto. Incubación aerobia a 37° C durante 48 h. Lectura directa de unidades formadoras de colonias de cada placa. Se considerarán adecuados recuentos inferiores a 10 ufc/cm² de bacterias aerobias mesófilas.

RESULTADOS

El menaje de cocina y paciente se tratan de forma automatizada, frente a las otras categorías, material de cocinado y preparación en frío que se realiza de forma manual. En los primeros, se observa un deterioro de los resultados, frente a los sistemas manuales, que mejoran aunque quedan en un nivel sub-óptimo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La realización de formación y monitorización de resultados, mejora la calidad de la limpieza de los materiales de la cocina hospitalaria, dependientes del personal, aunque con un amplio margen de mejora.

Los sistemas automatizados, obtienen mejores resultados iniciales, pero la dependencia del mantenimiento y obsolescencia de equipos, condicionan un empeoramiento en la calidad de la limpieza.

PALABRAS CLAVE

Limpieza, Utensilios, Superficies, Placas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Peripherally inserted central catheters revised. Peripherally inserted central catheters revised. Am J Surg 1998; 176: 208-11.
- 2- Díaz Chicano JF, Castañón Baquera R, Rodríguez Mondejar JJ, Clavel Amo M, Ramón Carbonell M, Prevención de las infecciones relacionadas con catéteres venosos en Cuidados Intensivos. Enfermería Intensiva 1988. p. 143 – 149.
- 3- MA Delgado. Técnicas de canalización percutánea de vías venosas centrales. Enf. Ruza. Cuidados Intensivos Pediátricos. Ed. Norma, Madrid, 1994: 1096- -1098.
- 4- L. Carpenito Diagnostico de Enfermería. 5ª Ed. Barcelona: Harcourt: 2001.
- 5- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación (2003 – 2004). Ed. Hadcourt.
- 6- Prevención y Control de la Infección Nosocomial. 1ª Ed. Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad y Consumo. Dep. Legal M-16375-2007
- 7- Joanne C, Mx Claskey, Gloria M, Bulechek. Clasificación de intervenciones de enfermería (CEI): Nursing Interventions. Classification (NIC). 4ª Edición. Editorial Mosby 2003.
- 8- Marion Jonson, Merodean Maas. Jue Moorhead. Nursing Outcomes Classification (NOC). Clasificación de resultados de Enfermería (CRE). 3ª Ed. Editorial Mosby. 2003.
- 9- García Velasco Sánchez. Morago S, Sánchez Coello M^a. Inserción de un catéter central periférico. Un procedimiento de enfermería. Rev. Metas Enf. 2001; 38: 12 – 15.

POSTER 158

AUTORES/AUTHORS:

M^a BEGOÑA PARDO DÍAZ, M^a DOLORES PÉREZ ROMERO, ANA DOMÍNGUEZ ROMERO, AURORA JIMÉNEZ RAMÍREZ, MATILDE REGUERO QUINTERO, M^a ISABEL ARRANZ DEL OLMO, M^a DEL CARMEN VEGA GONZÁLEZ, ALICIA M^a LÓPEZ JIMÉNEZ, ANTONIA CASAS CASAS

TÍTULO/TITLE:

Complicaciones del paciente quirúrgico con curas complejas

Existen muchos factores que influyen en la evolución del paciente quirúrgico, por un lado, los que produjeron su ingreso como consecuencia de un proceso agudo y por otro, están los antecedentes y las complicaciones postquirúrgicas.

Nuestro objetivo es analizar la relación de los distintos factores que pueden influir en el reingreso, tras la intervención quirúrgica.

Material y métodos.

Nuestro criterio de selección de casos:

Pacientes ingresados e intervenidos en el servicio de cirugía en el Hospital Comarcal de Melilla en el año 2014 y con un peso GRDS superior a (2) donde el peso medio de GRDs en 2014 fue de 1.147 obtuvimos un total de 77 casos. Realizamos una revisión sistemática de las historias clínicas además de utilizar el programa gacela de enfermería, en el cual buscamos variables susceptibles de estudio y valoración, calculando sus frecuencias y cruzando datos.

Variables cualitativas:

Pacientes con fiebre (si, no), Si se le practicaron hemocultivos (si, no), pacientes que precisaron curas más complejas debido a las complicaciones (si, no), Pacientes que reingresan por una mala evolución de la herida quirúrgica en menos de un mes (si, no).

Patologías añadidas (0.1.2.3. más de tres)

Resultados:

- Fiebre: si 29.9%, no 70.1%.
- Hemocultivos a pacientes con fiebre: si 8.7%, no 91.3%.
- Tratamiento con antibióticos a pacientes con fiebre: si 65.2%, no 34.8%.
- Curas complejas: si 76.6%, no 23.4%
- Patologías añadidas: 0= 18.2%, 1=50.6%, 2= 7.8%, 3 =9.1 y más de tres=14.3
- Reingresos en menos de un mes: si 20.8%, no 79.2%.
- Media edad: 55.64 años con una desviación típica de 24.294
- Prueba chi-cuadrado de Pearson entre las variables fiebre y curas complejas= 0.135, frecuencia mínima esperada 5.38, significación asintótica de 0.714. Luego se rechaza la hipótesis de que existe relación entre los pacientes con fiebre y las curas complejas.
- Chi-cuadrado de casos de reingresos con curas complejas: 4.680. 25% frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3.74. Significación asintótica 0.031.

Es significativo y las dos variables son dependientes

Discusión:

Nos llama especialmente la atención que sólo se hagan hemocultivos (8.7%) en un número tan reducido de pacientes con fiebre y que se administren antibióticos (65.2%) sin haber realizado previamente esta prueba. Lo que sería recomendable para reducir los casos de reingresos en menos de un mes al menor número posible. De todos es sabido que el uso indiscriminado de antibióticos de amplio espectro provoca mayores resistencias a ellos.

Prevalcía el paciente con al menos una patología previa al proceso quirúrgico (50.6%),

Quisimos comprobar si existía relación entre las curas complejas y los pacientes que desarrollaron fiebre durante su hospitalización. Pero tuvimos que descartar esa hipótesis.

Sin embargo vimos que existía relación de dependencia entre las variables curas complejas y reingresos en menos de un mes.

Para evitar que esto ocurra, debemos de trabajar sobre las causas de reingreso, mejorando la comunicación entre enfermeras de atención especializada y las de atención primaria, para darle continuidad a los cuidados iniciados durante su ingreso al alta.

La herramienta por excelencia es el informe de alta de enfermería lo más individualizado posible, ajustándose al perfil de cada

paciente, sobretodo los que tienen mas de una patología. Así como dejar reflejado el grupo cultural, hábitos de higiene y alimentación, nivel de dependencia, situación socioeconómica.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Guía para la prevención y manejo de la UPP y heridas crónicas. H.C.Melilla. Comisión de cuidados. M^a Teresa Martín Espinosa y otros. Noviembre 2014.
- Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. H. Universitario Reina Sofía. F. Alarcón Barcas y otros. 27 Octubre 2010.
- Cura de heridas quirúrgicas. Protocolo de actuación.Universidad pública de Navarra. Facultad de ciencias de la salud. A. San Martín Loyola. Junio 2014
- Heridas y cicatrización en enfermería. F. Leiva Rodríguez. Servicio de cirugía plástica . Hospital La paz, Febrero 2012.
- Cuidados de heridas quirúrgicas abiertas. Medline Plus. Actualizado 4/9/2014.
- Alta tras la extirpación abierta de la vesícula biliar. Medline Plus. Jackson PG y otros. Eds. Sabinston Textbook of Surgery. Actualizado 19/8/2014.

POSTER 162**AUTORES/AUTHORS:**

MIRIAM LEÑERO CIRUJANO

TÍTULO/TITLE:

PERCEPCIÓN DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA SOBRE LA UTILIZACIÓN DEL HUMOR COMO INTERVENCIÓN ENFERMERA

Objetivos: Identificar la utilización del humor como intervención enfermera de los estudiantes de 3º de Grado de Enfermería de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid.

Métodos: Se diseñó un estudio descriptivo transversal dirigido a los estudiantes de 3º de Grado de Enfermería de la promoción 2012-2016 de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid. La recogida de la información se llevó a cabo durante el mes de Diciembre de 2014 mediante la cumplimentación voluntaria de un cuestionario autoadministrado de elaboración propia. El cuestionario constaba de variables socio-demográficas –sexo y edad- y 12 ítems relacionados con la utilización del humor en la vida diaria y en el entorno sanitario. La puntuación de los ítems se puntuó de acuerdo a una escala tipo Likert de 5 puntos -1 “Totalmente en desacuerdo”, 2 “En desacuerdo”, 3 “Indiferente”, 4 “De acuerdo” y 5 “Totalmente de acuerdo”-. El análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS v. 20.0. Se trabajaron con las técnicas descriptivas de cada ítem–medidas de frecuencia, porcentajes, medianas, rangos intercuartílicos y técnicas gráficas -. Para simplificar el análisis estadístico de los datos, se recodificaron las variables cuantitativas ordinales de las puntuaciones de los ítems en variables categóricas -“No” (puntuación 1-2), “Indiferente” (puntuación 3), “Sí” (puntuación 4-5). Las variables cualitativas se expresaron en tanto por cien y las cuantitativas, en media (desviación estándar).

Resultados: La muestra total encuestada fue de 138 estudiantes de enfermería: 22 hombres (15,9%) y 116 mujeres (84,1%) con una media de edad de 21,6 años ($\pm 2,14$). Los alumnos de enfermería afirmaron utilizar el humor en su vida diaria (89,13%) y en sus prácticas clínicas tanto con el paciente (63,05%) como con sus compañeros de carrera (88,41%). El total de los alumnos coincidió en contemplar al humor como una estrategia beneficiosa para la salud. La inmensa mayoría consideró al humor como una necesidad emergente del paciente y de sus familiares (94,2% y 84,06% respectivamente). Aunque el 3,62% afirmó no emplearlo en el cuidado diario y el 33,33% se mostró indiferente a ello, el 100% y el 89,13% de ellos respectivamente, también lo consideraron como una necesidad del paciente. Sin embargo, tan sólo una minoría percibió su empleo por parte de los profesionales de la salud (23,91%) y consideró que en el entorno hospitalario existía sentido del humor (31,15%). Del total de estos últimos, sólo un 32,55% conoce actividades de humor dirigidas a niños ingresados y un porcentaje aún más disminuido (13,95%) sabe de la existencia de actividades de este tipo para adultos y personas de avanzada edad hospitalizadas. Del total de estudiantes que manifestaba utilizar el humor como estrategia enfermera durante sus prácticas clínicas, tan sólo una mínima parte afirmó conocer cómo llevarlo a cabo correctamente (31,03%). De los estudiantes que indicó no utilizarlo en el cuidado del paciente, la gran mayoría aseguró que a pesar de comprender las ventajas y desventajas de esta estrategia de salud, desconocían cómo emplearlo terapéuticamente con el paciente (80%) y todos ellos consideraron interesante la posibilidad de la formación universitaria en este ámbito.

Discusión: La importancia de la utilización del humor como intervención enfermera se justifica por la demanda existente por parte de la esencia del cuidado enfermero y el alma máter de la fundamentación de la enfermería: el paciente. Esta necesidad emergente se evidencia tanto bajo la perspectiva del estudiante de enfermería como de los propios pacientes, percepción puesta en relevancia en otros estudios realizados. Sin embargo, a pesar de ser una demanda de cuidado y de poder proporcionar interesantes beneficios, la utilización del humor está aún muy relegada y desvirtuada de la práctica clínica. Aunque sí bien es cierto, poco a poco su uso se va introduciendo entre los estudiantes y profesionales de enfermería. En este punto, la formación tanto en pregrado como en posgrado así como el desarrollo de proyectos de investigación sobre este ámbito son cruciales para fomentar la sensibilización del profesional de enfermería sobre la utilización del humor como parte del cuidado integral del paciente. No hay que olvidar que el profesional de enfermería es uno de los profesionales sanitarios que mayor trato directo y cercano tiene tanto con los pacientes como con sus familiares. Por ello, la enfermería juega uno de los papeles más importantes en el asesoramiento, planificación, ejecución y evaluación de la intervención del humor, cuidando que dicha intervención sea en todo momento idónea y oportuna para el paciente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Contreras H, Garduño J, Carmona DC, Vidaurri G. La risoterapia como intervención de enfermería, para el control del dolor en niños en la aplicación de quimioterapia. Archivos de investigación materno infantil. 2011;3(3):128-31.

Edwinson M, Nikula R, Peterson C, Wahl J, Tunell S. Use of clowns to aid recovery in hospitalized children. Nurs Child Young People. 2013 Dic;25(10):26-30.

Fundación Theodora. Home [sede Web]. Madrid: Fundación Theodora; 2000 [actualización: 2015; citado 10/05/15]. Disponible en: <http://es.theodora.org/es>.

Goodenough B, Low LF, Casey AN, Chenoweth L, Fleming R et al. Study protocol for a randomized controlled trial of humor therapy in residential care: the Sydney Multisite Intervention of LaughterBosses ad ElderClowns (SMILE). Int Psychogeriatr. 2012 Dec;24(12):2037-44.

Haydon G, van der Riet P. A narrative inquiry: How do nurses respond to patients' use of humour? Contemp Nurse. 2014 Feb;46(2):197-205.

Juegaterapia. El jardín de mi hospi [sede Web]. Madrid: Juegaterapia; 2012 [actualización: 2015; citado 10/05/15]. Disponible en: <http://www.juegaterapia.org/>.

Ko HJ, Youn CH. Effects of laughter therapy on depression, cognition and sleep among the community-dwelling elderly. Geriatr Gerontol Int. 2011 Jul;11:267-74.

Leñero M. Percepción de los pacientes sobre la intervención del humor en el periodo preoperatorio. En: Ponencias y comunicaciones: Congreso CENES. V Jornadas de práctica avanzada en cuidados enfermeros. "Cuidado y salud: dos realidades una misma trayectoria". Madrid:Fuden;2015;89-96.

McCreaddie M, Payne S, Froggatt K. Ensnared by positivity: A constructivist perspective on 'being positive' in cancer care. Eur J Oncol Nurs. 2010 Sep;14:283-90.

Mora R, García MC. El valor terapéutico de la risa en medicina. Med Clin. 2008 Nov;131(18):694-8.

Mora R, Quintana I. Risa y terapias positivas: moderno enfoque y aplicaciones prácticas en medicina. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2010 Ene-Feb;3(1):27-34.

Old N. Survival of the funniest. Using therapeutic humour in nursing. Nurs N Z. 2012 Sept;18(8):17-9.

Ridley J, Dance D, Pare D. The Acceptability of Humor between Palliative Care Patients and Health Care Providers. J Palliat Med. 2014 Abr;17(4):472-4.

Tremayne P. Using humor to enhance the nurse-patient relationship. Nurs Stand. 2014 Mar;28(30):37-40.

POSTER 163**AUTORES/AUTHORS:**

jagoba zarandona, marta arrúe, itziar hoyos, begoña ruiz de alegría

TÍTULO/TITLE:

Evidencias de aprendizaje relevantes para la enseñanza del cuidado al paciente con ictus en el grado en enfermería

Introducción

El ictus es una enfermedad grave, que se sitúa como la segunda causa de mortalidad y entre las tres principales causas de discapacidad en el mundo (1). Desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes para el cuidado de un paciente que ha sufrido un ictus es un aspecto importante en la formación de los futuros profesionales de la salud (2). En este trabajo se presenta la primera parte de un proyecto que pretende diseñar, implementar y evaluar una secuencia de enseñanza/aprendizaje sobre el cuidado al paciente con ictus en el grado en enfermería.

Objetivo

La pregunta de investigación que se contextualiza dentro de la línea de "Nursing Education" y ha guiado este trabajo es: ¿En qué consiste una enseñanza relevante del tema Cuidado de un paciente con Ictus en el Grado en Enfermería?

Material y Métodos

Para explorar los conceptos y cuidados enfermeros relevantes del paciente con ictus, los instrumentos utilizados fueron dos; la entrevista individual a expertos, de diferentes hospitales y diferentes provincias de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), y la revisión bibliográfica (3). En un primer momento, se propuso a 4 enfermeras expertas en la materia que identificaran los aspectos relevantes que se deberían enseñar, y en consecuencia los estudiantes aprender, en relación con las áreas del tema del cuidado de pacientes con ictus. En segundo lugar, se les pidió que de entre los diferentes temas eligiesen los cinco más significativos. Una vez seleccionados los temas, se llevó a cabo una revisión de la literatura de cada ítem. Finalmente, y con el fin de adecuar la enseñanza a la realidad más cercana, se llevó a cabo una entrevista personal triangulando los resultados de la búsqueda con las enfermeras que tomaron parte en la definición de los indicadores.

Resultados

Los resultados indican que las cinco áreas de intervención de una enseñanza relevante del tema "cuidado de pacientes con ictus" en el grado en enfermería son las siguientes:

1. Monitorización en el momento agudo de personas diagnosticadas de ictus: Este indicador hace referencia al conocimiento y habilidades que ha de demostrar una enfermera en las primeras horas tras la aparición del ictus. Incluye la monitorización de la vía aérea, de las funciones respiratoria, cardiovascular y neurológica, el control de la glucemia, temperatura y de la posición de la cabeza y el cuerpo, teniendo en cuenta el origen isquémico o hemorrágico del ictus.
2. Movilización del paciente que ha sufrido un ictus: Se ha considerado esencial que las futuras enfermeras tengan formación en la identificación y prevención de complicaciones asociadas a la falta de movilización (respiratorias, deterioro de la integridad cutánea, cardiocirculatorias) así y como conocimiento y habilidad para abordar el deterioro de la movilidad física relacionado con la pérdida de fuerza, la afectación de la movilidad y la alteración del proceso cognitivo-perceptivo.
3. Alimentación y Nutrición después del Ictus: Las fuentes consultadas coinciden en la importancia de que los futuros egresados sepan llevar a cabo una valoración nutricional, teniendo muy en cuenta los fundamentos de la valoración de la deglución. En concreto el test del agua y el test de texturas. Además, han de poder interpretar los signos y síntomas que indican alteraciones en la seguridad y en la eficacia de la deglución. Por último, resulta fundamental que demuestren competencia para la planificación de intervenciones que garanticen una deglución segura y eficaz.
4. Valoración y manejo de las alteraciones de la comunicación: Las futuras enfermeras deben de demostrar conocimiento y habilidad para la valoración de la capacidad comunicativa en la afasia y en la disartria, principales alteraciones de la comunicación post-ictus. Asimismo, deben ser capaces de elaborar un plan de intervención para desarrollar mecanismos compensatorios de la comunicación.
5. Afrontamiento individual y familiar después del ictus: Finalmente, en este estudio se ha evidenciado la necesidad de que las futuras enfermeras sean competentes en el abordaje de estrategias para compensar los principales cambios en la persona y su entorno familiar.

Discusión

En términos generales existe coherencia entre los conceptos esenciales de la enseñanza en el tema del ictus identificado por las expertas y los recogidos en la literatura (2, 4-10). Sin embargo, se han encontrado diferencias en el desarrollo de la práctica clínica

de algunas áreas que puede condicionar las estrategias de enseñanza. Entre ellas destaca la diferente composición de los equipos interdisciplinarios y del rol que llega a desempeñar la enfermera. En la literatura de origen anglosajón se destaca la labor de nexo y coordinación formal entre los diferentes miembros del equipo, lo que difiere en el entorno de la CAPV.

Implicaciones para la práctica clínica: Este trabajo ha determinado evidencias clave de aprendizaje que se ajustan a la realidad del cuidado del paciente que padece un ictus en la CAPV. Este proceso, además, ha puesto de manifiesto la necesidad de mantener el diálogo permanente entre los procesos de enseñanza llevados a cabo dentro del aula y los profesionales de la práctica clínica, con el fin de contribuir a garantizar un cuidado seguro y de calidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Edwarson MA & Dromerick AW Stroke prognosis in adults In: UpToDate, Kasner SE (Ed). Waltham, MA. UpToDate; 2014 [Accessed on March, 2015]. Available from: UpToDate
2. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH Capítulo 62 Manejo de los pacientes con trastornos cerebrovasculares. En: Brunner y Suddarth. Enfermería Médicoquirúrgica. 12th Ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2013. Vol II, p: 1896-1917
3. Cohen L, Manion L, Morrison K. Research Methods in Education. 6th Ed. New York: Routledge; 2007
4. Ishida K Medical complications of stroke. In: UpToDate, Kasner SE (Ed). Waltham, MA. UpToDate; 2015 [Accessed on February, 2015]. Available from: UpToDate
5. Jauch EC, Saver JL, Adams HP Jr, Bruno A, Connors JJ, Demaerschalk BM, Pooja-Khatri P, McMullan PW Jr, Qureshi AI, Rosenfield K, Scott PA, Summers DR, Wang DZm Wintermark M, Yonas H Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2013; 44:870.
6. Koto I. Medical Complications of Stroke In: UpToDate, Scott EK (Ed). Waltham, MA. UpToDate; 2015 [Accessed on February, 2015]. Available from: UpToDate
7. Oliveira Filho J, Koroshetz WJ Initial assessment and management of acute stroke. In: UpToDate, Kasner SE (Ed). Waltham, MA. UpToDate; 2014 [Accessed on January, 2015]. Available from: UpToDate
8. Massaro LM Ischemic Stroke. In: Alexander SA (Ed) Evidence-based nursing care for stroke and neurovascular conditions. Chichester: Wiley-Blackwell; 2013. p: 35-72
9. Suñer R, Rodrigo J, Salvat M, Pujiula J, Reverté S, Sanjuán E, Kazimierczak M. Ictus: Cuidados de enfermería. In: Suñer R (Ed) Tratado de enfermería neurológica: La persona, la enfermedad y los cuidados. 3th Ed. Barcelona: Elsevier; 2013. p: 55-68
10. Williams J, Perry L, Watkins C. Acute Stroke Nursing. Acute Stroke Nursing. Chichester: Wiley-Blackwell; 2010

POSTER 165**AUTORES/AUTHORS:**

Maria Isabel Rihuete Galve, Angela Rodriguez Rodriguez

TÍTULO/TITLE:**IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN TEORICO-PRÁCTICA EN HABILIDADES CLÍNICAS**

El aula debe ser un lugar donde no solo se imparten conocimientos sino donde se fomenta y se sigue el desarrollo del aprendizaje del alumno. Los estudiantes deben percibir que la actividad formativa es necesaria porque repercute en sus habilidades y en sus competencias profesionales.

OBJETIVOS. El objetivo principal de este proyecto ha sido implementar un programa de entrenamiento en habilidades clínicas que facilite mediante simulación, la adquisición de las habilidades necesarias en el desarrollo de la competencia profesional.

Los objetivos específicos fueron:

- Comprobar la ejecución de las nuevas habilidades
- Corregir los errores y reforzar los aciertos en tiempo real
- Aumentar la motivación y la confianza de los estudiantes en sus posibilidades para desarrollar su competencia profesional
- Revisar los contenidos con los profesores participantes y unificar criterios
- Seleccionar de manera consensuada las principales habilidades necesarias para el ejercicio de sus competencias
- Fomentar la interacción estudiantes-profesores.

METODOLOGIA. El ámbito fue un Máster de Tratamiento de Soporte y Cuidados Paliativos en el Enfermo Oncológico. El diseño y desarrollo del proyecto ha sido activo-participativo basado en procedimientos de investigación en docencia universitaria con reuniones y fases de trabajo tales como:

- Definición de las funciones de los miembros del equipo y distribución de las acciones asociadas a un responsable en cada una de ellas
- Selección de las habilidades mediante el consenso del profesorado
- Elaboración y preparación del material docente
- Elaboración de la encuesta de valoración de la actividad
- Colocación de los materiales didácticos en entorno virtual y en formato texto como apoyo del aprendizaje en habilidades
- Interacción de los alumnos en plataforma virtual
- Clases teóricas y desarrollo presencial por parte del profesor de la habilidad con el material necesario
- Entrenamiento en habilidades clínicas de cada alumno mediante tutorización y repetición
- Evaluación de la actividad mediante encuesta de satisfacción en plataforma virtual. La encuesta utilizada ha sido tipo Likert con 10 preguntas cerradas y una pregunta abierta para recoger sugerencias. Las preguntas cerradas tenían cinco opciones de respuestas: totalmente de acuerdo, de acuerdo, indiferente, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo
- Recogida de información y análisis de datos.
- Evaluación del programa: grado de satisfacción de los estudiantes
- Reunión del equipo para discutir los resultados, analizando errores, realizando sugerencias y propuestas de mejora

Análisis de datos: Los datos fueron recogidos mediante Microsoft Excell 2010. Puesto que las variables analizadas son de tipo cualitativo, el análisis fue de tipo descriptivo mediante frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS. La evaluación del entrenamiento en habilidades fue realizada por el 83% de los alumnos que realizó un entrenamiento en colocación de un catéter PICC mediante técnica ecoguiada. El 72% consideró estar totalmente de acuerdo en que el entrenamiento mediante simulación era muy interesante frente al 24 % que estuvo de acuerdo en dicha afirmación. El 88% y el 12% dijeron estar totalmente de acuerdo y de acuerdo respectivamente en que el entrenamiento práctico facilita la comprensión técnica. El 68% estaba totalmente de acuerdo y el 32% de acuerdo con que para aprender una técnica es necesario realizar entrenamientos mediante simulación. Para evitar la inercia en la respuestas a contestar "totalmente de acuerdo" o "de acuerdo", algunos de los ítems requerían una respuesta negativa para demostrar la satisfacción con la actividad. El 84% manifestó estar totalmente en desacuerdo en que sea una pérdida de tiempo la realización de entrenamiento en técnicas mediante simulación por lo que el 88% estaría totalmente de acuerdo en recomendar la realización de esta actividad a los estudiantes del próximo año.

DISCUSIÓN. Nuestros resultados son similares a los de otros estudios de entrenamiento en habilidades con simulación en el ámbito de la salud. La importancia de esta innovación docente es su aplicabilidad práctica ya que permite comprobar no solo "si se ha

entendido" sino si "se sabe hacer". El beneficio esperado inmediato es que los alumnos recibirán una retroalimentación positiva al logro de la tarea que esperamos repercuta en su confianza en la utilidad de lo aprendido y en sus posibilidades de realizarlo en la práctica real. Los alumnos no son espectadores pasivos de la clase porque permite que el docente no solo trasmite sus conocimientos sino que compruebe los que va adquiriendo el alumno, lo cual permite corregir errores en tiempo real. El entrenamiento en habilidades exige poner en práctica actitudes similares a las necesarias en el ejercicio de las competencias, como por ejemplo la toma de decisiones, necesaria también en la realización de la técnica simulada. Se ha consolidado la utilización de un sistema de mejora de la metodología de enseñanza-aprendizaje que permite la interacción alumnos-profesores

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Jimenez MF, Hernández JP, Martínez F, Rodríguez MJ (2011). 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>
2. 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.
3. Rihuete MI; Cruz JJ; del Barco E; Rodríguez MJ; Martínez 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. *Revista de la Fundación Educación Médica*. 16/Supl 2, pp. 105 - 105. 09/2013. ISSN 2014-9832
4. Rodríguez-Conde, M.J. (2010). Tests y otras pruebas escritas y orales. En Santiago Nieto Martín (coord.). *Principios, métodos y técnicas para la investigación educativa*, 191-219. Madrid: Dykinson.

POSTER 167**AUTORES/AUTHORS:**

Clara Bendito Barber, Margarita Cases Sanchis, Gemma Martínez Palli, Alexandra Pons Torres

TÍTULO/TITLE:

¿Podemos las enfermeras asistenciales organizar con éxito una Jornada de Investigación?

¿Podemos las enfermeras asistenciales organizar con éxito una Jornada de Investigación?

Introducción: El GIINM (grupo de investigación de Enfermería de Menorca) nace con la inquietud de promocionar y motivar la investigación entre el personal de nuestra Área de Salud. El grupo esta formado por un colectivo de enfermeras asistenciales que no ocupan cargos de gestión en la entidad. Entre las primeras actividades organizadas para fomentar la investigación en cuidados y dar visibilidad a la enfermería se organizó la I Jornada de Investigación de enfermería de Menorca.

Objetivo: Analizar la I Jornada de Investigación de Enfermería de Menorca

Metodología:

Se trata de una estudio observacional descriptivo.

Lugar y fecha: La Jornada se realizó el 12 de Mayo de 2015, en el Hospital Mateu Orfila (Aforo: 75 asistentes)

Difusión

Se llevó a cado mediante la elaboración de póster y tríptico informativo, que se enviaron a través del correo corporativo, la intranet de Área y en todos los centros sanitarios de la isla. Y por último, se anunció el evento en diversos medios de comunicación locales.

Organización

El lema de la Jornada fue "Investigar es posible", la finalidad era dar a conocer los conceptos básicos en la investigación en cuidados, además de facilitar recursos para acercar la practica basada en la evidencia a los profesionales.

El programa se diseñó con el objetivo de motivar a los profesionales en el campo de la investigación, incorporar la evidencia en cuidados en la prácticca diaria y conocer la realidad actual de nuestra Área de Salud.

Para ello se diseñaron cinco ponencias (45 minutos cada una) dirigidas a promover e impulsar la investigación, una serie de siete comunicaciones breves (10 minutos por comunicación) de experiencias en investigación de los profesionales de nuestra isla, la presentación del proyecto BPSO (Centros comprometidos con la Excelencia en Cuidados) y la conexión en directo con la Presidenta de la RNAO (Registered Nurses Association of Ontario) Doris Grinspun, con sede en Ontario, Canadá.

Coincidiendo con la realización de la Jornada se organizó una exposición de pósters y comunicaciones presentados en congresos y jornadas así como artículos publicados en revistas científicas, durante los últimos diez años realizados por profesionales de nuestra Área de Salud.

Análisis

Para el análisis de la Jornada se usó la hoja de Evaluación de cursos del Área de Salud de Menorca, que fue cumplimentada por los asistentes al finalizar el evento. La encuesta recoge cinco variables: la categoría profesional del asistente, el contenido del curso, la organización, la metodología y el profesorado. Cada variable tiene diferentes indicadores que se puntúan con una escala tipo Likert (1 es la puntuación más baja y 5 la más alta, excepto el último ítem que se puntúa del 1 al 10). El análisis estadístico se realizó con el programa Excel 2007, con un nivel de confianza >90%

Resultados:

Se inscribieron 72 personas, de las cuales 62 eran mujeres (86,11%). Al analizar a los inscritos según su categoría profesional, 38 eran enfermeros (52,7%), 14 auxiliares de enfermería (19,44%), 9 supervisores (12,5%) y 11 estudiantes de enfermería (15,27%). El servicio que mas participó fue Cuidados Intensivos (31,37%), seguido de Atención Primaria, Toco-Ginecología y traumatología, (9,83% respectivamente)

Asistieron a la Jornada 62 personas, de las cuáles 52 entregaron la hoja de evaluación. Las variables mejor valoradas fueron aquellas referentes a la organización. Se obtuvo la máxima puntuación en un 92,31% respecto al seguimiento del programa, y el 82,69% en buena organización. Se valoró las exposiciones del profesorado con una puntuación de 5 el 69,23% de los casos. La variable peor valorada fue la impartición práctica del curso con el 26.2%.

La valoración general del curso fue de 10 en 30,76%, de 9 en 28,85% y 8 25%. La media de la puntuación fue $8,69 \pm 1,36$. Si analizamos la puntuación del curso según categoría profesional los estudiantes puntuaron $9,15 \pm 0,74$, los enfermeros $8,52 \pm 1,44$ y los auxiliares de enfermería $8,69 \pm 1,36$

Discusión

La hoja utilizada para la evaluación nos ha permitido conocer la opinión general de los asistentes en cuanto a contenidos y organización, sin embargo no aporta una información relevante o suficientemente interesante para un evento de estas características. Por este motivo se hace necesario el diseño de una hoja de evaluación específica que permita detectar tanto las debilidades como los puntos fuertes de la organización. Además, habría sido interesante poder detectar las necesidades formativas en vistas a la organización de futuras actividades.

Conclusión

El diseño y organización de la I Jornada ha supuesto un gran esfuerzo que se ha visto compensado por la gran acogida que han tenido entre los profesionales de enfermería y por los buenos resultados de las encuestas de satisfacción. Éstos nos animan a empezar a trabajar en la próxima edición.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Jimenez Sanchez J. Reflexiones sobre la investigación de Enfermería en Mexico. Enfermería Universitaria. Diciembre 2014; 11(4):117-118.

Sackett DL, Straus SE, Ricardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-Based medicine: how to practice ans teach EBM, 2nded. Edinburgh: Churchill Livingftones; 2000.

Grol R. Success and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. Med Care. 2001;39:1146-56.

11. 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. Enfermería clínica. Mayo -Junio 2010 20(3):153-164.

POSTER 171**AUTORES/AUTHORS:**

Enrique Pacheco del Cerro, Emilio Vargas Castrillon, Esther Garcia Garcia, Maria Jose Gonzalez Sanavia, Alfonso Meneses Monroy, Ana Belen Rivas Paterna, Gema Tapia Serrano

TÍTULO/TITLE:

Sistemas de enseñanza sobre farmacología en estudiantes de enfermería.

INTRODUCCIÓN

Muchos son los autores que analizan los métodos de enseñanza utilizados para formar a los profesionales sanitarios en farmacología¹⁻⁹ con el fin de promover y conseguir capacidad, reflexión y habilidades de pensamiento crítico en dicha materia. Banning¹ propone que la enseñanza clásica o de instrucción debe ser complementada con métodos de estudio no lineales como el juego de roles, discusión en pequeños grupos, ejercicios de solución de problemas, revisión de situaciones clínicas y simulación de pacientes. La enseñanza informal y no planificada puede también ser útil promoviendo la interacción. En ésta misma línea, Miller² en su trabajo analiza la satisfacción de los estudiantes utilizando dos métodos diferentes, el aprendizaje basado en problemas y el sistema clásico de instrucción, sin encontrar diferencias entre los estudiantes a los que se les ha aplicado cada uno de los dos métodos de enseñanza.

En la Universidad Complutense de Madrid desde que se iniciaron los estudios universitarios de Enfermería en 1978, se han ido desarrollando y perfeccionando los objetivos de formación, siempre con el fin de aportar conocimientos con la profundidad y el rigor científico necesario para desarrollar adecuadamente las competencias inherentes a su profesión.

La reestructuración de la enseñanza universitaria relacionada con la integración en el Espacio Europeo de Educación Superior¹⁰, transforma los elementos básicos de la enseñanza universitaria y se centra en el desarrollo de competencias, orientándose hacia el trabajo que el estudiante necesita para alcanzar esta meta, volviéndose así el estudiante un elemento dinámico y activo^{11,12}. Este cambio de orientación implicó la reestructuración de los planes de estudios universitarios. En enfermería, la necesidad de formar profesionales capacitados para adquirir las nuevas competencias obligó a cambiar la metodología docente de la farmacología desde un enfoque tradicional hacia un enfoque dentro del marco de la metodología enfermera, así como a aumentar las actividades complementarias basadas en métodos no lineales.

OBJETIVOS

- Analizar los sistemas de enseñanza utilizados en enfermería para la formación relacionada con terapéutica farmacológica.
- Comparar los resultados obtenidos por los alumnos de enfermería según han sido formados con un modelo de enseñanza clásica frente a metodología enfermera complementada con actividades no lineales.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo de 2 cohortes de alumnos matriculados en el último curso de diplomatura/grado de enfermería:

- Entre los años 2005-2010, formados siguiendo el modelo clásico (MC) donde predomina la docencia a base de instrucción magistral.
- Entre 2010-2015, formados siguiendo metodología enfermera (ME) y combinando docencia magistral con métodos de estudio no lineales: como el juego de roles, discusión en pequeños grupos, ejercicios de solución de problemas, revisión de situaciones clínicas y simulación de pacientes.

Los datos se seleccionaron de la base de datos de alumnos de ambas asignaturas de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid, que contienen todas las calificaciones de los alumnos matriculados en ellas. Tras anonimizar dichos datos se seleccionaron los pertenecientes a los cursos académicos comprendidos entre el 2005 y el 2015, y más tarde se estratificaron para conseguir las dos cohortes. El análisis estadístico se realizó por medio de SPSS 19.

RESULTADOS

De los 1.259 alumnos que cursaron el MC: el 38,6% (486) obtuvieron una calificación de suspenso, el 50,2% (632) consiguieron aprobado, notable lo alcanzaron el 3% (38), el 8,2% (103) decidió no completar la asignatura. En todos los cursos la nota media es inferior a 5, salvo en 2009/10.

De los 1.458 alumnos que cursaron el ME: el 25,9% (378) presentaron una calificación de suspenso, el 57% (831) puntuó como aprobado, notable fue la nota que tuvieron el 13,7% (200) de los alumnos. El 3,4% (49) no completó la asignatura. En todos los cursos salvo en el 2009-10 la nota media de prescripción es superior a 5 existiendo diferencias significativas entre algunos cursos pero sin seguir un patrón definido.

Tras comparar ambos grupos se observaron diferencias significativas en las notas medias, siendo mayor la nota media del ME (5, 47 frente a 4, 34).

DISCUSIÓN

El análisis de nuestros resultados muestra que los alumnos que cursaron la asignatura según ME suspendieron menos (25,9% frente a 38,6%) alcanzaron más aprobados (57% frente a 50%) y notables (13,7% Vs 3%) que los que se formaron con la asignatura con MC. Cabría esperar que este fuera el reflejo de que los estudiantes de enfermería adquieren en mayor grado los contenidos relacionados con la terapéutica farmacológica cuando se utiliza metodología enfermera y la docencia magistral se combina con métodos de estudio no lineales y que, por tanto, que su formación sea mayor para desarrollar las funciones que le son propias de la terapéutica farmacológica. Sin embargo, para completar esta afirmación serían necesarios estudios sobre las percepciones de los profesionales y/o sobre el desarrollo de las competencias enfermeras relacionadas con la medicación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.- Banning M. "Pharmacology education: a theoretical framework of applied pharmacology and therapeutics". Nurse Education Today, 2003; 23, 459-466.
- 2.- Miller SK. "A comparison of student outcomes following problem-based learning instruction versus traditional lecture learning in a graduate pharmacology course". Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 2003; 15 (12), 550- 556.
- 3.- Hughes I. "Teaching pharmacology in 2010 new knowledge, new tools, new attitudes". Nippon Yakurigaku Zasshi. Folia Pharmacologica Japonica, 2003; 122 (5), 411-418.
- 4.- Baños JE, Reverte M, and Bosch F. "Teaching of pharmacology in the 21st century: new challenges and opportunities". Trends in pharmacological Sciences, 2002; 23 (6), 294-296.
- 5.- Michel MC, Bischoff A, Zu Heringdrof M, Neumann D and Jakobs KH. "Problem vs. lecture-based pharmacology teaching in a German Medical School". Naunyn-Schmiedeberg's archives of pharmacology, 2002; 366 (1), 64-68.
- 6.- Dunaway GA. "Adaptation of Team Learning to an Introductory Graduate Pharmacology Course". Teaching and Learning in Medicine, 2005; 17 (1), 56-62.
- 7.- Ramón Arbués E, Martínez Abadía B, Juárez Vela R. "El juego como herramienta de enseñanza-aprendizaje en el Espacio Europeo de Educación Superior". Educare21.Esp. 2012; 10 (8).
- 8.- Alguacil LF. "Evaluación de una experiencia educativa en farmacología basada en la utilización de Internet". Educación Médica, 2002; 5 (3): 126-32.
- 9.- Morris NS, Possidente CJ, Muskus C. "Implementación of Curriculum Guidelines for Pharmacology and Pharmacotherapeutics in FNP Graduate Programs: A National Survey". Clinical Excellence for nurse Practitioners, 2002; vol. 5, 1, 37-43.
- 10.- Sellán Soto MC, Matesanz Santiago MA, Fernández Fernández ML, Callejo Arenal JL. "El proceso de convergencia de los estudios universitarios españoles en el espacio europeo de educación superior: la diplomatura de Enfermería ante el reto de Europa". Salud y Cuidados. 2003;6.
- 11.- González-Hernando C, Martín-Villamor P, Carbonero-Martín MA y Lara-Ortega F. "Evaluación por competencias de los estudiantes de Enfermería a través de Aprendizaje Basado en Problemas". Enfermería Universitaria, 2013;10 (4):120-124.
- 12.- Lozano Zúñiga MM, García Valenzuela MLR, et al. "Formación del profesional de enfermería en competencias". Rev Paraninfo Digital. 2012; año 6 (16).

POSTER 172**AUTORES/AUTHORS:**

Beatriz Rodríguez-Martín, Raúl Martín-Martín, Riitta Suhonen

TÍTULO/TITLE:

Individualized Care Scale-patient: validity and reliability of the Spanish version

Background:

Individualized care's principles promote a care based on personal characteristic of each patient (clinical and personal life situation) in conjunction with their participation in making health care decisions, with the aim to achieve better possible patient outcomes (1, 2). The Individualized Care Scale-patient (ICS-patient) is an instrument used to evaluate patients' views of individualized care provided by nurses (3). Despite the importance of adapting measuring instruments to the particular cultural and linguistic background of each country, ICS-patient have not been validated yet in Spanish language. Moreover, there are not previous investigations that analysed these issues in Spanish-speaking countries.

Objectives:

To describe the translation and adaptation process of the Spanish version of the Individualized Care Scale-patient (ICS-patient) and to evaluate its validity and reliability.

Methods:

A cross-sectional observational prospective study was utilized to validity the Spanish version of the Individualized Care Scale-patient. The sample included 118 inpatients admitted to a General Hospital. Forward and backward translation and cultural adaptation of ICS-patient were made. Afterward inpatients were asked to complete the Individualized Care Scale-patient (ICS-patient) and a questionnaire designed to gather socio-demographic variables. ICS-patient is a bipartite 38-items instrument divided into two scales: ICS-patient A (ICS-A) designed to evaluate patient's views on how individuality was supported through specific nursing interventions and ICS-patient B (ICS-B) developed to explore how patients perceived individuality in their own care (3). Psychometric properties of feasibility, reliability and validity were assessed. Item missing rate was used to check the feasibility, and polychoric correlations were used as the input for the reliability coefficients and the Exploratory Factor Analysis. Fit indices of the overall model were computed.

Results:

The study included 118 inpatients, 63.03 ± 18.89 years old, 56.9 % male. Regarding the feasibility the proportion of missing items were 0.8% (ICS-A) and 1.7% (ICS-B). Besides, the percentage of patients with missing items was 4.2%. Ordinal Cronbach's alphas were 0.966 for ICS-A and 0.969 for ICS-B. The polychoric correlation between each item and the subscale ranged between 0.653-0.874 and 0.604-0.916, respectively. On the other hand, the Exploratory Factor Analysis revealed a three factors solution. Personal life situation explained relatively large amounts of the variance. Goodness-of-fit-index showed a good fit for the model (GFI = 0.988/0.990; RMSR = 0.032/0.029).

Discussion:

The Spanish translation of ICS-patients is well accepted by patients and is reliable, valid and suitable to be used in Spanish population showing satisfactory properties. The reliability of Spanish version of ICS-patient (ordinal Cronbach's alpha ICS-A = 0.966; ICS-B = 0.969) was similar to the reliability of the original version (Cronbach's alpha of Finnish version = 0.96) and values found in other European studies (Cronbach's alpha coefficients=0.77-0.97) (4, 5). The findings confirms three factors underlying the individualized care concept, but some differences were found in the load of the factors that need further research. This study has practical utility since this instrument may help managers better understand and develop areas in which patients perceive lower individualized care received, and the factors influencing it, in Spanish-speaking countries.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

(1) Chappell L, Colin Reid R, Gish J. Staff-based measures of individualized care for persons with dementia in long-term care

facilities. *Dementia*. 2007; 6(4): 527-547.

(2) Suhonen R, Välimäki M, Leino-Kilpi H. The driving and restraining forces that promote and impede the implementation of individualised nursing care: a literature review. *Int J Nurs Stud*. 2009; 46(12): 1637-1649.

(3) Suhonen R, Leino-Kilpi H, Välimäki M. Development and psychometric properties of the Individualized Care Scale. *J Eval Clin Pract*. 2005; 11(1): 7-20.

(4) Berg A, Suhonen R, Idvall E. A survey of orthopaedic patients' assessment of care using the individualised care scale. *Journal of Orthopaedic Nursing*. 2007; 11(3-4): 185-193.

(5) Suhonen R, Berg A, Idwall E, Kalafati M, Katajisto J, Land L, et al. Adapting the Individualized Care Scale for cross-cultural comparison. *Scand J Caring Sci*. 2010; 24(2): 392-403.

POSTER 174**AUTORES/AUTHORS:**

Karolien Baldewijns, Marc Mertens, Romy Sels, Lieven De Maesschalck

TÍTULO/TITLE:

Development of a measurement application to optimize the diagnostic process in heart failure

Introduction

Due to ageing of the population, chronic diseases such as heart failure (HF) are becoming more prevalent. HF is a disabling syndrome with high morbidity and mortality. [4]New technological developments have made major advances in diagnosing and follow up HF possible. [1]Yet this process is still sub-optimal because patients often do not show symptoms during the monitoring period or cannot recall when symptoms occurred. Also, the cardiologist has to sift a huge amount of data to find aberrations. [2,3]

The objective of this study is to investigate if modern technology can be an enabler to optimise the diagnostic process in HF.

Methodology

Together with Holst Centre (NL), General Hospital Turnhout (BE) and Catharina Hospital Eindhoven (NL); the multidisciplinary centre of expertise Mobilab (BE) developed an intelligent solution that consists of an IMEC necklace which measures the ECG of a patient at home and an electronic patient diary, integrated in a visualization tool called RECAP.

To investigate the developed solution, an observational study with a convenience sample was used. Participating cardiologists in both hospitals selected patients for the study who received instructions by the heart failure nurse. During the study three phases were outlined. During phase one, nine patients were monitored during admission in hospital. During phase two, volunteers were monitored for one week at home.

Both patients and volunteers were asked to use the patient diary to register symptoms they experienced and the exact time of their occurrence.

During consultation the cardiologists can use the RECAP tool to process the ECG data combined with the symptoms retrieved by the patient diary. The tool gives a graphical overview of the ECG data, the average heartbeat and indication of abnormalities, determined by the physician, such as tachycardia and bradycardia. During phase three an evaluation with cardiologists, nurses and patients took place.

Results

The evaluation in phase three has shown the following results: cardiologists concluded that the 1 channel ECG-necklace delivered an ECG signal of comparable quality with standard hospital equipment. Caregivers are convinced that the necklace is a valuable tool for monitoring patients with HF at home. However, due to low battery life, cardiologists and nurses did not feel they could burden patients with home testing. Hence, they carried out the home testing themselves.

Combining ECG and patient feedback, the RECAP tool gave cardiologists a valuable insight in the symptoms with a direct lead to "suspicious" events and complaints of the patient. Cardiologists and nurses in both test sites see a promising future for the RECAP tool and online diary. Patients found the necklace comfortable to wear and experienced the diary as useful.

Discussion

With adequate technical features, modern technology can be an enabler for more efficient diagnosis of HF. However good communication and cooperation between all parties involved (cardiologists, nurses and patients) is essential. Patients need to be involved in the diagnostic process which can improve their sense of control. This also means that a key role for heart failure nurses is reserved in terms of patient motivation, education and support.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Iyngkaran p., T. S. (2015). Technology-assisted congestive heart failure. *Current heart failure reports*, 173-186.
2. Klersy C., A. D. (2009). A Meta-Analysis of Remote monitoring of heart failure patients. *Journal of the American College of Cardiology*, 1683-1694.
3. Korsten, H., Klijn, L., De Maesschalck, L., & Peeraer, L. (2012). Recap, a EEG initiative concerning remote applications. *Gerontechnology*, 11(2).
4. Vlaamse Overheid. (2012). Chronische aandoeningen, prevalentie en incidentie. Opgeroepen op September 14, 2015, van zorg en gezondheid:
<http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Zorgaanbod-en-verlening/Artsen/Chronische-aandoeningen--incidentie-en-prevalentie/>

POSTER 175**AUTORES/AUTHORS:**

Agnieszka Grochulska , Malgorzata Lesinska-Sawicka

TÍTULO/TITLE:

THE ROLE OF NURSES IN SECONDARY PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASE

Objective(s)

The purpose of the present paper is to show relationship methods of prevention secondary coronary heart disease and conducted recovery.

Methods

Examined material was provided by 150 respondents – randomly chosen patients of a provincial cardiology clinic, after infarct. The research was conducted between April 2013 and January 2015 to six months after acute coronary heart disease, treated in Slupsk and Cardiological Rehabilitation Center of the Voivodship Specialist Hospital in Slupsk on the day of admission.

Empirical evidence was collected by the use of a diagnostic survey based on a survey questionnaire and an author questionnaire mentioned above.

A survey questionnaire, that remains the original examination tool. The questionnaire includes, general and detailed questions about health behavior.

The authors used a diagnostic questionnaire method to collect the empiric material and a square Chi test by Pearson and contingency indicator in statistic analysis.

Results or Findings

The results of the research show poor awareness of the respondents of significance of a proper diet for secondary prevention of coronary heart disease. Knowledge on prevention of coronary heart disease is connected with the frequency of consumption of sugar, while knowledge on laboratory analysis results (level of sugar, cholesterol and blood pressure) with frequency of consumption of fatty foods. Knowledge on health system factors is clearly noticed in a group of patients aware of importance of physical exercise and self-evaluation of physical fitness.

Patients combining healthy diet with regular exercise are aware of the methods of treatment, while those respondents who do not exercise or exercise irregularly appear quite unaware of the fact that with simple lifestyle changes they can avoid another lifethreatening attack.

Unsatisfactory knowledge on prevention of coronary heart disease is associated with poor prognosis. To reduce risk of coronary heart disease the patients shall try to reduce risk factors. Competent nursing staff supports treatment and prevention of coronary heart disease. It is necessary to prepare new prevention programs to reduce recurrent coronary heart disease.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Mendis S., Puska P., Norrving B. (red.): Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. World Health Organization, Geneva 2011.
2. Fakir H., Pinar R. Randomized controlled trial on lifestyle modification in hypertensive patients. West. J. Nurs. Res. 2006.
3. Huang TT, Harris KJ, Lee RE, Nazir N, Born W, Kaur H. Assessing overweight, obesity, diet and physical activity in college students. J Am Coll Health. 2003.
4. O'Donnell M.J., Xavier D., Liu L. et al. Risk faktors for ischaemic and intercerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case – control study. Lancet 2010.
5. Fruchart J. C. et al.: The Residual Risk Reduction Initiative: A call to action to reduce residual vascular risk in dislidemic patients. Am. J. Cardiol. 2008.
6. Graham I., Atar D., Borch – Johnsen K. 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 practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts).Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehab. 2007.
7. Lindstom J., Louheranta A. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS); life style intervention and 3 – year results on diet and physical activity. Diabetes Care 2003.
8. Komal W., Jaipanesh K., Seemal M. et al. Association of leisure time physical activity, watching television, obesity & lipid profile

among sedentary low-income south Indian population. East. Afr. J. Public. Health. 2010.

POSTER 177**AUTORES/AUTHORS:**

Josip Culig, Marcel Leppée, Ivana Matos, Vita Kostanjsek

TÍTULO/TITLE:

Adherence to medication in chronic diabetes patients

Objective

Medication adherence is the act of taking drugs on schedule or taking medication as prescribed. There are a number of reasons why patients do not adhere to their medication regimen. The common factors that interfere with medication adherence are social/economic-related factors (age, race, economic status, medication cost), survivor-related factors (forgetfulness, treatment anxiety, misunderstood instructions, fear of becoming dependent on medication), medication-related factors (length of treatment, complexity of treatment, unwanted side effects) and the condition-related factors (level of disability, severity of the condition). Central role in diabetes care is patient self-care what implies that the patient actively monitors and responds to changing environmental and biological conditions by making adaptive adjustments in the different aspects of diabetes treatment. Diabetes mellitus is a disease characterized by high level of blood glucose and highly prevalent, affecting approximately 150 million people worldwide, and this number is expected to rise to 300 million in the year 2025. Central role in diabetes care is patient self-care what implies that the patient actively monitors and responds to changing environmental and biological conditions by making adaptive adjustments in the different aspects of diabetes treatment in order to maintain adequate metabolic control and reduce the probability of complications.

Methods

There was a study designed as a cross-sectional survey by use of a self-administered questionnaire. Diabetic patients were compared with the total study population. The study included 858 individuals collecting or buying drugs for the treatment of chronic diseases, with special reference to subjects taking antidiabetic agents.

Results

The great majority of study subjects stated forgetfulness as the main reason for skipping drug dosing. A comparison of the total study population and subjects treated for diabetes, according to age groups (adherent, nonadherent and all together) yielded no statistically significant difference. About twenty percent of 858 study subjects were on therapy for any type of diabetes.

In the total study population, non-adherent subjects prevailed over adherent subjects (58% v 42%) and this ratio was the same in the patients with diabetes. The level of adherence was found to slightly increase with age, so the subjects older than 65 showed a higher level of medication adherence as compared with other age groups.

Discussion

Common barriers to adherence, such as forgetfulness are under the patient's control, so that attention to them is a necessary and important step in improving adherence. The reason related to the absence from home and the reason of shortage of the drug could also be related to forgetfulness.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Culig J, Leppée M. From Morisky to Hill-Bone; Self-Reports Scales for Measuring Adherence to Medication. *Coll Antropol* 2014;38(1):55-62.

Boskovic J, Leppée M, Culig J, Fuckar S, Mandic-Zovko N, Ratz A, Jakovljevic M. Comparison of two different methods (Patient Questionnaire and Medication Possession Ratio – MPR) for Measuring the Chronic Patient's Behavior. *Psychiatria Danubina* 2014;26(Suppl. 3):498-508.

POSTER 179**AUTORES/AUTHORS:**

Margarida Reis Santos, Ana Paula Prata, Manuela Martins

TÍTULO/TITLE:

Online learning in nurse education – students' opinion

The Nursing Education helps to raise the quality of care delivered to clients, families and communities and to the enhancement and recognition of the profession. It is fundamental for the development of nursing skills, which should be acquired in initial training and subsequently developed throughout their working life.

Therefore, the nurse needs a specific initial training, comprehensive enough to enable for independent practice of nursing care, and training throughout life. However, the specific nature of nursing work (mostly by rotating shifts) hinders the participation of nurses in postgraduate courses of traditional teaching, being the online courses a good alternative to this type of professionals.

Blended (also called hybrid) learning is commonly defined as a type of learning that combines multiple delivery methods throughout the learning process. It incorporates traditional classroom-based approach (face to face) and online learning methods within one course (Reynard, 2007; Zhigang et al., 2014).

As in traditional courses, the feedback from students is important to change the pedagogical practice to better facilitate learning (Bristol & Zerwekh, 2011).

Objective: The aim of the study was to assess student satisfaction with courses of the Master in Direction and Head of Nursing Services, developed in virtual environment.

Methods: We performed an exploratory-descriptive study with a quantitative approach. Data collection conducted in July 2013 and 2014, using the questionnaire available on the Moodle platform with 43 nurses who attended the Master in Direction and Head of Nursing Services of the Nursing School of Porto, Portugal.

The variables studied were the courses in the dimensions: organization of courses; quality of the study material available; monitoring provided by teachers; study time; assessment strategies. Each dimension had the score of one to six being: 1-completely unsuitable; 2-inconvenient; 3-Fairly suitable; 4-Suitable; 5-Very appropriate; 6-No opinion.

The Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 22 was used in the statistical analysis of the data.

Results: The sample consisted of 40 nurses, all with the Degree in Nursing. The majority (90%) were female and with Portuguese nationality (95%), aged between 22 and 51 years ($M = 35.8$ years, $SD = 8.7$). The majority of the participants considered that the development of the courses of the master's degree, taught using b-learning methodology (Economy and Finances in Health; Quality in Nursing and Health; Concepts, Methods and Management in Nursing; Human Resource Management in Nursing; and Health and Work Processes in Nursing and Health), was good regarding the organization (51.6%), the summative assessment strategies (60.6%), the quality of the material available in Moodle (60.7%) and monitoring provided by the teacher (53.7%). When asked about the relationship between the numbers of hours planned in the curriculum for the different courses and the time needed to study, the majority considered appropriate or very appropriate and 4% inadequate. The evaluation strategies used were considered reasonably adequate by 15.8% of the participants and appropriate or very appropriate by the others. The majority students said that b-learning methodology was a very good resource to accomplish the Master, despite referring that it consumed more study time.

Discussion: The results of our study are in accordance with those of other authors who concluded that the participants of Web-based distance education nursing are satisfied with the new modality of teaching (Du et al., 2013). Students felt that the monitoring provided by the teachers was good. Our results confirm the importance of teachers' role in distance education, which has been discussed by other researchers (Alves, Bohomol & Cunha, 2015) that concluded the majority of students believed that the professors resolved scientific inquires. Gaytan (2006) states that the interaction in online courses has an important impact on student achievement. It was concluded that 15.8% of the participants considered strategies used only as reasonably adequate, Brigham (2001) noted the importance of electronic networking as a mean of socialization of students, like chat rooms where they can discuss course work and other non-academic topics. These activities aims to reduce the student's feeling of isolation.

E-learning or b-learning education programmes in nursing, in Portugal, are an emerging reality, hence it is important to analyse the opinions of students about its functioning to be able to optimize the process.

Based on the results of our study we may say that this teaching methodology is convenient and may be considered a promising approach to replace or supplement conventional nursing education at master and postgraduate levels as they can be easily adapted to the individual lifestyle of these particular students: working students'. "An important element of blended learning is that it may

encourage life-long learning skills which are essential for professional development.” (Ireland, 2009, p.130).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Alves, V.L., Bohomol, E. & Cunha, I.C. (2015). Graduate distance education in nursing: assessment under students' perspective. *Acta paul enferm*, 28(2), pp. 139-145.
- Brigham, D. (2001). Converting student support services to online delivery. *International Review of Research in Open and Distance Learning*, 1(2), pp. 1-16.
- Bristol, T.J. & Zerwekh, J. (2011). *Essentials of e-learning for nurse educators*. Philadelphia: Davis Company.
- Du, S., Liu Z., Liu, S., Yin, H., Xu, G., Zhang, H. & Wang, A. (2013). Web-based distance learning for nurse education: a systematic review. *International Nursing Review*, 60, pp. 167–177.
- Gaytan, J. (2006). Analysing online education through the lens of institutional theory and practice: the need for research-based and -validated frameworks for planning, designing, delivering, and assessing online instruction. *The Delta Pi Epsilon Journal*, LI(2), pp. 62-75.
- Ireland, J., Martindale, S., Johnson, N., Adams, D., Eboh, W. & Mowatt, E. (2009). Blended learning in education: effects on knowledge and attitude. *British Journal of Nursing*, 18(2), pp. 124-130.
- Reynard, R. (2007). *Hybrid Learning: Maximizing Student Engagement*. Retrieved from <http://campustechnology.com/articles/2007/05/hybrid-learning-maximizing-student-engagement.aspx>
- Zhigang, L., Ming-Hsiu, T., Jinyuan, T. & Chris L. (2014). Switching to blended learning: The impact on students' academic performance. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(3), pp 245-251.

POSTER 180**AUTORES/AUTHORS:**

Duygu Soydas Yesilyurt, Meryem Ilmek, Zeynep Kizilcik Özkan

TÍTULO/TITLE:

Nursing Students' Feelings and Opinions About Death and Terminal Stage

OBJECTIVE:

In recent years; thanks to the medical and technological advances in the field of health, many new treatment methods and equipment have been improved, diagnostic methods have changed and increased. Besides providing a lot of innovation and provide convenience, this treatment also makes 'death', which is a natural part of life, a medical situation that must be struggled and prevented; rather than a spiritual event. People, now, spend their last days of their lives in hospital and die there (Inci and Öz, 2012; Özcan, 2008). So, the people who work in health-care field and student nurses always meet the fact of death. Since health care is focused on preventing diseases and healing; the fact of death can be understood as the failure of medical staffs, nurses and student nurses; and this causes them to feel guilty (Inci and Öz, 2012). In addition, even if the nurses always take care of deadly ill people and witness death; each patient, each death case is unique and tragic (Karakurt, 2013). Before the nursing students graduate from nursing education program, it is important to realize and control their feelings about death in terms of helping and applying a professional care to the person in death process and his/her relatives (Tasdemir ve Tok, 2012;). In order to give the nursing students the necessary information, education and approach; the meaning of end-of-life care and death must be clarified, the feeling of anxiety and concern must be reduced by giving the opportunity to express themselves. In this way, they get to know their challenges, aware of their own defense mechanisms; and needs to focus on situations can be determined (Özcan, 2008; Koç ve Sağlam, 2008). The aim of this study is to determine of the feelings and thoughts of nursing students about death and terminal stage.

METHODS:

In order to carry out this type of descriptive study, permission has been received from Trakya University, Health Science Faculty, Nursing Department. The stage of study has been formed by nursing department freshmen/ 1st grade students (N:146). And the sample has been carried out by 117 volunteer students who has completed the forms completely; hence, it has been reached 80,13% of the stage. The data has been collected with a questionnaire, consists 16 questions in total about death with terminal stage, in which students' sociodemographic characteristics take place. The questionnaire form -in which there are questions to identify students' feelings and thoughts- has been prepared by researchers by adding questions to the form that Koç and Sağlam(2008) (taken permission form the relevant authors) prepared; pre-application has been done to the students and since there has been no incoherent expression & no missing questions; then it has been applied to all students. In the evaluation of data, percentage accounts has been used in SPSS program.

RESULTS:

The mean age was 19.49 ± 1.69 years and females constituted 90.6% (n:106). It has been stated that, 41.9% (n:49) of students have information about the patient care in terminal stage and death, 58,1% (n:68) of them don't. 2,6 % of students have expressed that the information they have is enough and 4,3% of them have expressed that they feel inadequate about caring. 65.8% (n:77) students experienced a death case and 59.74% (n:46) of them thought that death is a part of life. 42.50% (n = 17) of students who didn't experienced a death case had fear to face, 35.00% (n = 14) did not want to face. The results of this study demonstrates that students' 75.21% (n:88) considered that must give support to a terminal stage patients and their families, 27.35% (n:32) considered that the terminal stage patient is no different from the other patients, 10.25% (n:12) didn't want to care to the terminal stage patient. While students were giving care to the patients 56.16% (n:48) had anxious, 40.17% (n:47) as desperate, 30.76% (n:36) pointed themselves as hopeless.

DISCUSSION:

Although nursing students considered that giving care to the terminal stage and dying patients is a essential for the profession, experiencing negative emotions such as anxiety and despair.

Sadala and Silva (2009) has notified that; when the nursing students face a patient in terminal stage, they have dilemma -among the things they believe, the things that must be done and the things they can do- because of the feelings of anxiety, frustration, and the perception of their lack of preparation; and this is a painful experience for all of them.

Students' being given opportunity to share the feelings and thoughts, paying attention to the terminal stage and death in theoretical lessons before clinical practices, also students' being supported by nurses and instructors in clinic when they apply terminal stage

care and they face the fact of death, may be suggested.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

REFERENCES:

1. Inci F, Öz F. (2012) Palyatif Bakim ve Ölüm Kaygisi [Palliative Care and Death Anxiety]. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar [Current Approaches in Psychiatry]*, 4(2):178-187.
2. Karakurt P. (2013) Kayıp ve Ölüm Süreci. İçinde: Asti TA, Karadağ A (eds). *Hemsirelik Esasları*. Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul. S.1170-1171.
3. Koç Z, Sağlam Z. (2008) Hemsirelik Öğrencilerinin Yasam Sonu Bakım Ve Ölüm Durumuna İlişkin Duygu Ve Görüşlerinin Belirlenmesi [Determining the Emotions and Opinions of Nursing Students Related to End-Of-Life Care and Death State]. *C.Ü Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi [Journal of Cumhuriyet University School of Nursing]*, 12(1): 1-10.
4. Özcan NK. (2008) Ölüm ve Ölümü Yaklaşan Bireyin Bakımı. İçinde: Ay FA(ed). *Temel Hemsirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul. S. 124-125.
5. Sadala MLA, da Silva FM. (2009) Taking care of terminal patients: nursing students' perspective. *Rev Esc Enferm USP*, 43(2):287-294.
6. Tasdemir G, Gök F. (2012) Bir Sağlık Yüksekokulu'nda Okuyan Öğrencilerin Ölüm Kaygılarının Belirlenmesi [Determining Death Anxiety Among Health School Students]. *International Journal of Human Sciences [Online]*, (9)2:303-317.

POSTER 183**AUTORES/AUTHORS:**

Ana Paula Prata, Margarida Reis Santos, Manuela Martins

TÍTULO/TITLE:

B-learning in Nursing – an innovative strategy

Introduction: For the implementation of the Bologna process in Portugal policies have been established for higher education which aimed to encourage attendance, improve quality, promote the internationalization of education offered, and foster student mobility. This context promoted major changes in organizations, implying the development of new study plans and new teaching methods. One method that has been recognized as an important resource for achieving the stated objectives, especially in lifelong learning and distance learning, was the e-learning, which according Bristol & Zerwekh (2011) has a significant impact on nursing education. E-learning is a form of distance learning (Rosenberg, 2001) that assumes that the student is the centre of his/her learning and resulted in significant changes in traditional classroom higher education.

In this sense, the Nursing College of Porto offers the school community, since 2012, the Master Course in Direction and Head of Nursing Services (MDCSE) in the form b-learning, which implies that the course develops either in person or online.

After three years of existence it became necessary to make an evaluation of the course and its teaching modality and a study was carried out for this purpose.

Objective: The aim of the study was to analyse the opinion of Master Course students in Direction and Head of Nursing Services on the virtual learning environment tools.

Methods: We performed a quantitative, exploratory and descriptive study. Data collection was conducted in July 2013 and July 2014, using a questionnaire which included a Likert scale. The questionnaire was made available in Moodle platform to the 43 nurses who attended the 1st and 2nd Master's Courses in Direction and Head of Nursing Services, of the Nursing School of Porto, Portugal. The study variables were the teaching strategies used in distance learning: Chat, Wiki, Virtual classroom - BigBlueButton; Forum; External tool and glossary, whose size was encoded into 5 points, where 1 corresponded to bad, 2 to mediocre, 3 to sufficient, 4 to good and 5 to very good.

Results: The sample consisted of 40 nurses, all with the Degree in Nursing. The majority (90%, n=36) were female and with Portuguese nationality (95%, n=38), aged between 22 and 51 years (M=35.8 years, SD=8.7).

The majority of the students evaluated the synchronous tools used as very good or good: the virtual classroom was considered as a very good tool by 55.6%, the chat was seen as a good resource for the majority, despite 25.6% evaluated it as sufficient.

Regarding the asynchronous tools used, students rated them as very good or good: the wiki, the glossary and the forum were evaluated as very good by the majority of the students (55.2%, 51.9% and 56%, respectively), all other students perceived these tools of the virtual learning environment as good.

Discussion: Distance learning now has greater visibility in recent years in Portugal after the adoption of the new information and communication technologies. Virtual learning environment (VLE) is one information and communication technology in which the web is used to provide the materials and interactions between the students, teachers' and educational institutions (Paulsen, 2003; Pavezi et al., 2011). It provides students the opportunity to schedule access to the information, as it allows for a flexible navigation between contents and it includes synchronous and asynchronous forms of communication. Knowing the usefulness VLE tools is essential for what this study was developed on the opinion of MDCSE students on the use of tools available on the VLE.

The results indicated that synchronous and asynchronous tools used in MDCSE (virtual room, chat and wiki, glossary and forum), available through Moodle (Modular Object - Oriented Dynamic Learning Environment), as in the Pavezi study (2011), were considered by students as good or very good in facilitating the learning process.

The virtual classroom and the forum were the tools that students evaluated as better, so it is considered that they should continue to be used by the institution and by the teachers.

The chat, glossary and wiki need to have more emphasis and prominence in the VLE in order to create greater interest in their use.

The results of our study also show that the different strategies used are critical for assessing the quality of the course, as well as the adequacy of the strategies used to the expectations of the students. Due to the absence of contact class, the teacher has the responsibility to develop strategies that motivate the student to be an active participant, so it is essential to develop interactive, constructive and collaborative actions.

The possibility of research on this issue is not limited to this study, future research focused on views of teachers on the VLE tools, the

reasons for the limited use of some of them, and an incentive for their use are other study suggestions.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bristol, T.J. & Zerwekh, J. (2011). Essentials of e-learning for nurse educators. Philadelphia: Davis Company.

Paulsen, M.F. (2003). Online education and learning management. Global e-Learning in a Scandinavian Perspective. NKI, Bekkestua: Denmark.

Pavezi, A.M., Martins, C.Z., Morais, L.L., Souza, M.M., Lazilha, F.R., & Goi, V.M. (2011). O uso das ferramentas do ambiente virtual de aprendizagem pelos acadêmicos dos cursos de administração e processos gerenciais do NEAD-CESUMAR. Maringá. Retrived from <http://www.abed.org.br/congresso2011/cd/269.pdf>

Rosenberg, M.J. (2001). E-learning: strategies for delivering knowledge in the digital age. McGraw-Hill: New York.

POSTER 185**AUTORES/AUTHORS:**

Svatava Kalna, Veronika Svobodova

TÍTULO/TITLE:

Improving effectivity of patient education by nurses using simulation training methods

Background and Objective

Communication of healthcare professionals with patients and their families is becoming the forefront of interest to many healthcare organizations. Inappropriate communication is considered an important problem of the Czech healthcare system. It is generally accepted that an effective communication contributes to the development of positive relationships. A project aiming at the area of communication of nurses with patients and their relatives, with an emphasis on effective patient education by nurses has been carried out at St. Anne's University Hospital in Brno. The form and content of the education program is unique and otherwise unavailable in the Czech Republic.

The objective of the project has been to teach nurses how to provide an effective education of patients and their relatives based on the specific patients' needs. This approach makes it possible for the care providers to choose an appropriate communication strategy and thus avoid less than adequate reactions. Simulation teaching techniques have been used to reinforce the knowledge learned during theoretical lectures.

Methodology

The course has been intended for nurses selected by management of hospitals cooperating in the project. The objective of the course has been attained by the use of simulation education. It consisted of theoretical and practical parts. The program started with a definition of the scope of theoretical lectures and blocks of simulation training. Six topics covering an important part of everyday nursing activities related to patient education have been selected: low residue diet; fall prevention; total endoprosthesis; chronic wound care; subcutaneous injection; endoscopic examination. A set of simulated scenarios allowed participants of the course to experience high fidelity situations. The full program has been prepared by expert from healthcare practice and psychologists. Two hours were dedicated to each topic. The lectures were provided by experts from our hospital. Following the lectures the course continued with practical blocks of simulation training in order to reinforce the knowledge learned.

A test taken by participants was used to assess their level of acquired knowledge. The test consisted of a set of questions related to the topic. The answers were evaluated simply as correct or wrong. Three evaluations per each topic were carried out tracking the learning curve.

Results and Discussion

The course was attended by 30 nurses of five healthcare providing organizations of the South Moravian region. The first evaluation test revealed rather unsatisfactory level of knowledge, rating between 20% and 50% of correct answers. Following theoretical lectures the level of knowledge of selected topics improved dramatically. The ratio of correct answers reached from 50% to 80%. The last evaluation test demonstrates clearly a further improvement of knowledge of participants, reaching 60% to 90% of correct answers. Moreover, a survey carried out between participants showed that a practical experience during simulation teaching led to a reinforcement of the knowledge acquired during lectures.

We have also been interested in motivation of participants to attend simulation training. The feedback from the participants provided valuable information for necessary modifications of the course. The program is now ready for accreditation and further use.

Conclusion

Patient education represents a significant part of healthcare. An effective communication is a foundation of the education process. From June 2014 to May 2015 a complex methodology of the course was created, tested and evaluated, including supporting materials such as education sheets and instructional videos. The materials are available not only to the participants of the course but also to other interested parties. An unquestionable benefit of the program for the healthcare sector is the extension of education possibilities for nurses and thus improving their competitiveness in the labor market.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

no references

POSTER 193**AUTORES/AUTHORS:**

mina Mohseni, tahereh Khaleghdoost Mohammadi, Masoumeh Adib, Ehsan KazemNezhad, Morteza Rahbar Taramsari

TÍTULO/TITLE:

: surveying the condition of pre-hospital emergency and factors associated to it in traumatic patients were transported

Objective: determine pre-hospital emergency condition and factors associated in traumatic patients were transported to PourSina hospital.

Methods

This is a cross-sectional study performed in the Emergency Department of Poursina Hospital in Rasht, which is the largest trauma center in Guilan province. All traumatic patients (577) were enrolled. Data collection tool in this study included a researcher-made checklist based on the Iranian National Standards Organization and Emergency medical services report form and similar studies. The checklist was filled by observation. Then the data were analyzed using SPSS (version 16). ANOVA test, Spearman test and t-test were used for data analysis and also the multiple linear regression models were used for evaluating the predictors care.

Results

The patients, were 78.7% men and 21.3% women with mean age was 35.1 years. Most injury mechanisms were road traumatic injuries (82.7%). Most locations of traumatic events were main roads (71.8%), most of them in urban areas (72.6%). Most vehicles involved in accidents were light vehicles (48.5%) and motorcycles (32.2%). 76.6% of patients had Revised Trauma Score=12.29.8% and 28.1% of the victims were driver and passenger, respectively. Results showed that pre-hospital emergency constitutes of young with mean 32 years and experienced staff with mean 8 years. The results showed that the maximum time is taken for transferring the patient from the scene to the hospital (14.57 ± 9.75 min) and the minimum time between receiving the message and reaching to scene was (5.64.85min).

Most measures included asking for patient history in general care, monitoring in hemodynamic domain, consciousness control in nervous domain, and O_2 sat control in respiratory domain. Most measures were conducted in general care and the least ones were related to the respiratory system. The findings showed the relationship between the provided care in four domains with factors related to staff. In this respect, Spearman test on personnel age, general ($p < 0.04$) and hemodynamic domains ($p < 0.02$) showed a significant relationship. This test also showed a significant relationship between work experience and general domain ($p < 0.02$). Linear regression showed that occupational injuries 7.09 times and more than 60 years of age 7.53 times, were found better treatment, but harm caused by knife 15.92 and evening shift 4.58 had a negative impact on their performance

Discussion

This study has shown that the largest age group who had suffered traumatic injuries belonged to 20-29 years (34.1%). Most of them were men (78.7%). In a study conducted by Demyttenaere at major hospitals of Kampala to describe, the mean age of the injured people was 26 ± 12 years and 75% of them were men (1). In Worly's study, the highest rate of injuries was associated to the age group of 15-29 years old (2). Because in researcher's opinion this age group consists of the young and active population of society who are bold and busy and subject to greater risk of injury due to being involved in more social activities. In other words, they are busier with social activities and take risks more than women. Road traumatic injuries were the most common mechanism of injury (82.7%) which was consistent with the results obtained from epidemiological studies of trauma by Zargar in Tehran, Salimi in Ahwaz and Hemmati in Guilan (3,4, 5, 6). Most injuries occurred in main roads (73.7%) and 76.6% of patients had Revised Trauma Score =12. In Zargar's study, most patients had mild injuries (5). Since in this research, road traumatic injuries were the most common cause of trauma and data collection was performed in autumn and winter, in researcher's opinion perhaps due to rain and roads' condition in these seasons, observing safe speed was often more common.

Distribution of therapeutic interventions in each domain indicated that most medical measures were taken in general care (60.7%) and the least measures in hemodynamic domain, nervous and respiratory, respectively (41.05%, 46.76%, 51.18%). Hemodynamic care (58.95%) was among the most unperformed measures. In researcher's opinion measures taken in general care may require no special skill and its high percentage is not unexpected while in hemodynamic, respiratory, and nervous domains in addition to having skills, knowledge of staff and appropriate decision-making power also are of high importance. In investigating the relationship between mean and standard deviation of conducted measures in general, hemodynamic, respiratory, nervous domains in terms of age, work experience and number of missions, there is significant relationship between the variables of personnel age and the general and hemodynamic area ($p < 0.04$) ($p < 0.02$). In Masaki's study, personnel who were aged between 36 and 45 years were less

affected by job stress compared to nurses aged less than 35 years and carried out their assigned duties as expected(7). On the other hand, considering the significant relationship between work experience and general area ($p<0.02$).

It is recommended that for improving the quality of pre-hospital emergency services, immediate measures taken by developing standard protocols and staff training. and skilled human resources.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

References:

1. Demyttenaere SV, Nansamba C, Nganwa A, Mutto M, Lett R, Razek T. Injury in Kampala, Uganda: 6 years later. *Canadian Journal of Surgery*. 2009;52(5):E146.
2. Worley H. Road traffic accidents increase dramatically worldwide. *Population Reference Bureau Web site*. 2006.
3. Salimi j, zaree M. Survey of epidemiologic traumatic patients referred to Golestan hospital in Ahvaz city. *payesh* 2008;7(2):115-20.
4. Naghavi M, Abolhassani F, Pourmalek F, Lakeh MM, Jafari N, Vaseghi S, et al. The burden of disease and injury in Iran 2003. *Population health metrics*. 2009;7(1):9.
5. Zargar M, Khaji A, Karbakhsh M. Pattern of motorcycle-related injuries in Tehran, 1999 to 2000: a study in 6 hospitals. 2006.
6. Hemmati H, Yousefzadeh Chabok Sh, Dehnadimoghadam A, Mohammadi Melksari H, Ahmadi Dafchahi M, Shabani S. Trauma in Guilan (North of Iran): An Epidemiologic Study. *Acta Medica Iranica*. 2009;47(5):403-8.
7. Aoki M. Job stress among nurses in public hospitals in Ratchaburi province, Thailand: Mahidol University; 2010.

POSTER 197**AUTORES/AUTHORS:**

Ana Lidia Castro Sajoro Azevedo, Lucieli Dias Pedreschi Chaves, Ana Maria Laus, Denize Boutelet Munari, silvia Helena henriques Camelo

TÍTULO/TITLE:

Facilitators and constraints of the work in patient care team in a Hospital Emergenc y Trauma

Objective: to analyze the aspects those facilitate and hinder the work in patient care team in hospital emergency trauma unit.

Methodology: Descriptive study using the Critical Incident Technique was conducted in a teaching hospital in the interior of the state of São Paulo, Brazil. Interview was used as data collection technique. In total, 64 professionals from the patient care team of the unit participated in study. **Results:** Results evidenced 107 cases, with 56 positive and 51 negative references, involving 614 behaviors and 267 consequences linked to team work in the unit. The analysis of the reported incidents highlighted that the dynamics of team work is perceived as positive in the scenario. Results evidenced the need for different agents of the team to perform integrated/shared and coordinated actions, in which the concept of complementarity of knowledge in pursuit of common goals that meet the immediate health needs of patients, is clear. Results also reveal that care provided to patients, victims of severe/moderate trauma, facilitate the dynamics of the team work in the unit. This may occur due to public policies' investments and due to the guidelines of the Advanced Trauma Life Support, in which efforts have been made to train professionals, who recognize the aim that guides the work process and the provision of care in high-severity cases with unpredictable demand, which require high technology, trained staff with specialized technical competence to assist cases in an integrated, coordinated and assertive way. The knowledge of work in patient care team, in a hospital trauma care unit, both regarding the facilitating aspects as well as the constraints of this process, is crucial, given the importance of this type of assistance in the health care context. The situations/behaviors/consequences with positive references enable to say that what makes working in patient care team and more often relate to patient care with severe/moderate trauma; health care and the interaction of agents; making decisions based on broad scientific knowledge and experience; communication between agents; team performance in emergency situations; realization of complete care and insurance for staff; stabilization of the clinical condition of patients. Negative references can be understood as hindering the work in teams, are related to the clinical condition of patients; stressful care experience in emergency situation; disarticulation of shares between agents and services; lack of communication between agents; difficulty of dealing with the unexpected; death of patients; lack of physical space for consultations. The different categories of health professionals are inserted in the work on support staff, it requires of all different look to reverse fragmentation processes, customization, competition at work, as well as considering the interaction between actions and the knowledge of these different professionals categories in pursuit of comprehensive care to the health needs of the patient.

Conclusions: It is imperative, in actuality, investigate the specifics of the hospital units to attend the emergency room trauma, since they are scenarios in which the work of the patient care team is dynamic, requires rapid decision-making and integral approach to the needs of patients. The integration, interaction, coordination and communication among the team itself and among the various intra and extra-hospital sectors favor the continuity and comprehensiveness of care, as well as the final product of the work process. The relevance and clarity that participants give to the team work in this unit is undeniable, especially as to coordinated and integrated actions during care to severe/moderate patients. Weaknesses in coordination, integration and communication, as well as demand unpredictability and the unpreparedness of some professionals were highlighted as constraints of team work in the context of trauma center.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

AZEVEDO, A. L. C. S. Facilitators and constraints of the work in patient care team in a Hospital Emergency Trauma Unit.. 2015. 145 p. Dissertation (Doctoral) - University of São Paulo at Ribeirao Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2015.

POSTER 198**AUTORES/AUTHORS:**

Maryam Baghaie Lakeh, Mojgan Baghaie Lakeh, Tahereh Khaleghdoust Mohamadi, Ehsan Kazemnejad Ieili

TÍTULO/TITLE:

The survey of earplug effect on patient's sleep quality in coronary care units (CCUs) of Heshmat Therapeutic-educational

Objective: This study was conducted with the aim of determining earplug effect on inpatient's sleep quality and its domains (sleep disturbance, efficacy and supplementation) in coronary care units (CCUs) of Heshmat Therapeutic-educational center in Rasht.

Method: This study was a clinical trial, cross over type, that selected 92 hospitalized patients with determined variables in CCUs as samples by census sampling method and classified them randomly in 2 group of "A (n=46, with ear plug on first night and without it on second night)" and "B (n=46, without ear plug on first night and with it on second night)". Data were gathered by 2-part tool consisting of persona-social and disease related factors questionnaire and Veran and Snyder-Halpern Sleep (VSH) Scale through self-reporting method and recording from patient profile with considering all ethical considerations. Higher mean score in total sleep quality and domains of disturbance and supplementation and lower mean score in efficacy domain considered as poorer sleep quality. Data were analyzed by descriptive (mean and SD and frequency) and analytic (X², dependent and independent t test, ANOVA and multiple regression, GEE model) statistics methods under spss-21.

Findings: The results showed that the majority of samples in two groups were women (54.2 and 60.4%). The mean and SD of sample's age were 59.81± 8.37 in group A and 61.89 ± 11.59 years in group B. Paired t-test showed significant difference in sleep disorder (p=0.0001) and supplemental (p=0.027) domains in group A and sleep disorder (p=0.02) in group B at the two steps of treatment and control nights. In the other hand, there were a significant decrease in the quality of sleep in subscale of disturbance in both of group A and B and supplementation domain in group A by using of ear plug. Comparison of mean and SD of score changes in two groups by independent T test showed no significant difference in total sleep quality and all of its domains. Finally, regression test ,GEE model, after controlling the personal-social and disease related factors, showed negative effect of using earplug on total sleep quality (p=0.0001, B= 3.1) and its disturbance (p=0.0001, B= 5.59) and supplementation (p=0.0001, B=3.33) domains and positive effect on and efficacy domain (p=0.027, B=1.43).

Discussion: Intergroup results of the present study showed that the samples' sleep quality in disturbance and supplementation domains decreased significantly by wearing earplugs, which is different from Yazdannik et al(1), Arab et al(2) study results. This finding could be due to samples unfamiliarity with the new mediums such as earplugs and sensing discomfort with them. In this regard, Jones and Dawson study showed that 18 percent of patients did not tolerate wearing earplugs (3).

In contrast, efficacy domain of sleep quality is enhanced significantly by wearing earplugs, which is consistent with the results of Arab et al (2). Although, study results of Yazdannik et al (1) and Martin (4) did not show any positive effects of earplug wearing on this domain of sleep quality. Finally, total sleep quality of patients enhanced significantly at the night of wearing earplugs, which is consistent with the results of Neyse et al(2011) study in Baghiatollah University of Medical Sciences on the patients hospitalized in ICU, that showed wearing earplugs increased their quality of sleep (5). Rompaey et al in a randomized clinical trial showed that patients sleeping with earplugs had better sleep (6).

Negative effects of using earplug on total sleep quality and two of three domains of it, in this research, highlights need to more nursing research in this area for finding effective interventions to improve sleep quality in CCUs' patients. In addition, nurse managers can improve nursing capabilities in this matter by continuing education programs and providing the essential guidelines for monitoring of sleep quality and promoting it. Hofhius et al study showed that 83.8 percent of Netherlands critical care units did not any special guidelines for considering patients sleep quality(7).

Key words: Ear plug (ear protective device), sleep, sleep deprivation, Coronary Care Unit, inpatients.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

References:

- 1- Yazdannik AR, Zareie A, Hasanpour M, Kashefi P. The effect of earplugs and eye mask on patients' perceived sleep quality in intensive care unit. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2014 ; 19(6) : 673–678.
- 2- Arab M, Mashayekhi F, Ranjbar H, Abazari F, Dortaj E. Comparing the Effects of Using Earplugs and Eye masks on Sleep Quality of Patients in Coronary Care Unit(CCU). *Journal of Army University of Medical Sciences (JAUMS).* 2013 ;11(2 serial number 42):

143-149

- 3- Jones C, Dawson D. Eye masks and earplugs improve patient`s perception of sleep. British Association of critical care Nurses. 2012; 17 (5): 247- 254
- 4- Martin KA, The Effect of Earplugs On Percieved Sleep Quality of Acute Care Patients. Master of Nursing [dissertation] Monantana State University. 2008.Master of Nursing
- 5- Neyse F, Daneshmandi M, Sadeghi Sharpe M, Ebadi A. The effect of earplugs on sleep quality in patients with acute coronary syndrome. Iranian Journal of Critical Care Nursing. 2011; 4 (3): 127-134
- 6- Rompaey BV, Elseviers MM, Drom WV, Fromont V, Jorens PG. The effect of earplugs during the night on the onset of delirium and sleep perception: a randomized controlled trial in intensive care patients. Critical Care. 2012; 16 (3) :R73 doi:10.1186/cc11330
- 7- Hofhuis JG, Langevoort G, Rommes JH, Spronk PE. Sleep Disturbances and sedation practices in the intensive care unit- a postal survey in the Netherlands. Intensive Crit Care Nurs. 2012;28 (3): 141-9

POSTER 199

AUTORES/AUTHORS:

tahereh Khaleghdoost Mohammadi, Leila Taslimi , atefeh Ghanbari , Ehsan Kazem Nejad Leili , hossein Khoshrang

TÍTULO/TITLE:

Comparison of intermittent and continuous monitoring on endotracheal cuff pressure changes in ICUs patients

KhaleghdoustMohammadi,T. Nursing Education (Medical-Surgical), member of social determinants of health research center, lecturer and faculty member of Guilan university of Medical Sciences, Rasht, Iran.

Objective: This study was conducted to compare the effect of intermittent monitoring with that of continuous monitoring on changes in endotracheal tube cuff pressure in patients admitted to ICUs.

Methods: This descriptive comparative study was conducted on 61 intubated patients undergoing mechanical ventilation, aged over 18 years, and admitted to ICU. The cuff pressure was first controlled using a manometer, adjusted on 25cm water, monitored continuously using the transducer attached to the monitor, and finally, controlled again using the manometer and modified if necessary. After these procedures, mean cuff pressure and its changes during the continuous monitoring were compared with those during the two times of intermittent monitoring, and the error rate and limits of agreement were compared using Bland-Altman test.

Results

Findings showed that the mean age of the study was 20 ± 42 years, the majority (7/88%) were male and most of diagnosis (7/37%) had been trauma. Also mean cuff pressure in the two times of intermittent monitoring was fluctuated, but these variations were not statistically significant ($P=0.051$). Results showed that the mean pressure cuff in the first of stage intermittent method to continuous method is more $78/21 \pm 09/10$ cmH₂o . While the difference between the second of stage intermittent method to continuous method is lower than the average $9/3 \pm 43/1$ - and this difference was statistically significant ($p=0/0001$) . the average pressure cuff on two times intermittent method and continuous method with body mass index, days of intubation, endotracheal tube size and RASS score at the beginning and the end, was a significant relationship ($p<0/05$). the relationship between endotracheal tube cuff pressure in two ways, with sex and type of valve endotracheal tube and ventilator mode and type of diagnosis was not statistically significant ($p>0/05$). Bland and Altman test showed that the error rate and limits of agreement in both monitoring methods were -1.43 ± 3.99 and $-9.41-6.32$, respectively.

Discussion

The results showed that only 16.4% of the first cuff pressure in the normal range (30-20 cmH₂o) has, while the second time this amount will rise to 87.7 percent. The average twice cuff pressure measurement was statistically significant ($P<0.005$).

The study Ranaweera mean cuff pressure 26 ± 7.85 high pressure 60 and low pressure 10 cmH₂o were reported and only 62.5% of cuff pressure in the normal range, and stated that this could be indicative of a lack of regular measuring cuff pressure is routinely (1) In our study, despite the 6-hour monitoring, pressure cuff was still at 21.3 percent out of the normal range and may require to measure control the cuff pressure an interval less.

Also results showed that during the period of continuous monitoring, pressure cuff average in the range of 30-20 cm H₂o, or close to it has been and this difference was not statistically significant.

In the study of Soul et al significant change in the cuff pressure was not observed during 12 hours of continuous monitoring ($p=0.38$) (2). However, in another study, results showed reduced pressure cuff during the 12-hour continuous monitoring ($p<0.001$) (3). This indicates the cuff pressure control with a manometer measurement and monitoring method almost same as each other and the safe to keep it within the normal range that is important. The results showed that the error rate and limits of agreement in both monitoring methods were -1.43 ± 3.99 and $-9.41-6.32$, respectively that according to the study sole was not be accepted.

The study also found the average pressure cuff on two times intermittent method and continuous method with body mass index is significant While Hoffman and colleagues studied the relationship between cuff pressure was tall patients, this relationship was not statistically significant (4). Perhaps this issue, as stated in Hamilton study anatomical and physiological differences between patients with varying amounts of air that may be needed to achieve the target pressure cuff endotracheal tube (5). The relationship between the average pressure cuff with RASS score showed that this relationship between these two variables was significant. As expressed in the sole of patients with a higher level of consciousness often in the cuff pressure was highest (2) in patients who are calm cuff

pressure changes, occur less frequently.

practical purpose was determine the appropriate method to measure the endotracheal tube cuff pressure in patients hospitalized in intensive care unit .Considering the error rate and limits of agreement in both methods and their clinical importance, more studies are needed to distinguish the more suitable and preferable method. However, it can be argued that regular measurement intermittently can keep the cuff pressure in the normal range to a great extent.

Keywords: Endotracheal tube cuff pressure, intensive care unit, endotracheal tube cuff pressure monitoring

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

References:

1. Ranaweera JP., Measurement of endotracheal tube cuff pressure in patients admitted to intensive care unit of a University Hospital. Available from URI: www.sjoi.info/index.php/SLJA/article/viewFile/4903/4217.2013
- 2.Sole ML., Penoyer DA., Su X., et al. Assessment of Endotracheal Cuff Pressure by Continuous Monitoring:A Pilot Study.American Journal Of Critical Care. 2009; 18: 133-143.
3. Sole ML., Su X., Talbert S.,et al. evaluation of an intervention to maintain endotracheal tube cuff pressure within therapeutic range. American Journal Of Critical Care. 2011; 20: 109-118.
- 4.Hoffman R.J., Parwani V., Hahm I..Experienced Emergency Medicine Physicians Cannot Sefaty Inflate Or Estimate Endotracheal Tube Cuff Pressure Using Standard Technique. Am J Emerg Med.2006; 24(2): 139-143.
5. Hamilton VA., Grap M.J.. The Role of the Endotracheal Thbe Cuff in Microaspiration. Heart & Lung,2011;41:167-172.

ÍNDICE / INDEX

Mesa de Comunicaciones 1: Cuidados a pacientes críticos Concurrent Session 1: Critical Care.....	p. 1
Mesa de Comunicaciones 2: Envejecimiento Concurrent Session 2: Aging.....	p. 9
Mesa de Comunicaciones 3: Maternoinfantil / Educación para la salud Concurrent Session 3: Mother and Children / Health Education.....	p. 16
Mesa de Comunicaciones 4: Promoción de la salud Concurrent Session 4: Health Promotion.....	p. 29
Mesa de Comunicaciones 5: Estudios de validación Concurrent Session 5: Validation Studies.....	p. 39
Mesa de Comunicaciones 6: Cuidados a pacientes crónicos Concurrent Session 6: Chronic Care.....	p. 50
Mesa de Comunicaciones 7: Envejecimiento / Crónicos Concurrent Session 7: Aging / Chronic Care.....	p. 60
Mesa de Comunicaciones 8: Cuidados a pacientes crónicos Concurrent Session 8: Chronic Care.....	p. 62
Mesa de Comunicaciones 9: Cuidados materno - infantiles Concurrent Session 9: Mother and Children Care.....	p. 71
Mesa de Comunicaciones 10: Docencia Concurrent Session 10: Nursing Education.....	p. 82
Mesa de Comunicaciones 11: Práctica clínica Concurrent Session 11: Clinical Practice.....	p. 93
Mesa de Comunicaciones 12: Profesión / Gestión Concurrent Session 12: Nursing Profession / Management.....	p. 107
Sesión de Comunicaciones Orales Breves I Session of Oral Brief Presentations I.....	p. 114
Sesión de Comunicaciones Orales Breves II Session of Oral Brief Presentations II.....	p. 127
Sesión de Comunicaciones Orales Breves III Session of Oral Brief Presentations III.....	p. 146
Sesión de Comunicaciones Orales Breves IV Session of Oral Brief Presentations IV.....	p. 152
Mesa de Comunicaciones 13: Cuidados materno - infantiles Concurrent Session 13: Mother and Children Care.....	p. 160
Mesa de Comunicaciones 14: Cuidados a pacientes crónicos Concurrent Session 14: Chronic Care.....	p. 170
Sesión de Comunicaciones Orales Breves V Session of Oral brief Presentations V.....	p. 174
Sesión de Comunicaciones Orales Breves VI Session of Oral Brief Presentations VI.....	p. 202
Mesa de Comunicaciones 15: Profesión / Gestión Concurrent Session 15: Nursing Profession / Management.....	p. 231
Mesa de Comunicaciones 16: Promoción de la salud Concurrent Session 16: Health Promotion.....	p. 246
Mesa de Comunicaciones 17: Docencia / Gestión Concurrent Session 17: Health Education / Management.....	p. 252
Mesa de Comunicaciones 18: Salud mental Concurrent Session 18: Mental Health.....	p. 259
Mesa de Comunicaciones 19: Maternoinfantil / Adolescentes Concurrent Session 19: Mother and Children / Adolescent.....	p. 273
Mesa de Comunicaciones 20: Salud mental Concurrent Session 20: Mental Health.....	p. 277
Mesa de Comunicaciones 21: Cuidadores / Dependencia Concurrent Session 21: Caregivers / Dependency.....	p. 285
Mesa de Comunicaciones 22: Docencia Concurrent Session 22: Health Education.....	p. 300
Mesa de Comunicaciones 23: Cáncer / Cuidados paliativos Concurrent Session 23: Cancer / Palliative Care.....	p. 309
Sesión de Comunicaciones Orales Breves VII Session of Oral Brief Presentations VII.....	p. 320
Mesa de Comunicaciones 24: Práctica clínica Concurrent Session 24: Clinical Practice.....	p. 357
Sesión de Comunicaciones Orales Breves VIII Session of Oral Brief Presentations VIII.....	p. 360
POSTER 4.....	p. 403
POSTER 5.....	p. 405
POSTER 6.....	p. 408
POSTER 7.....	p. 411
POSTER 8.....	p. 414
POSTER 13.....	p. 417
POSTER 14.....	p. 418
POSTER 15.....	p. 420
POSTER 19.....	p. 423

POSTER 21.....	p. 425
POSTER 25.....	p. 426
POSTER 26.....	p. 428
POSTER 28.....	p. 430
POSTER 38.....	p. 433
POSTER 39.....	p. 435
POSTER 40.....	p. 437
POSTER 41.....	p. 439
POSTER 44.....	p. 441
POSTER 45.....	p. 443
POSTER 47.....	p. 445
POSTER 50.....	p. 447
POSTER 53.....	p. 449
POSTER 56.....	p. 451
POSTER 57.....	p. 453
POSTER 59.....	p. 455
POSTER 60.....	p. 457
POSTER 64.....	p. 459
POSTER 65.....	p. 462
POSTER 67.....	p. 464
POSTER 68.....	p. 466
POSTER 71.....	p. 468
POSTER 72.....	p. 469
POSTER 73.....	p. 471
POSTER 75.....	p. 473
POSTER 76.....	p. 474
POSTER 77.....	p. 476
POSTER 78.....	p. 478
POSTER 79.....	p. 480
POSTER 80.....	p. 483
POSTER 81.....	p. 485
POSTER 82.....	p. 487
POSTER 86.....	p. 489
POSTER 89.....	p. 491
POSTER 91.....	p. 493
POSTER 95.....	p. 495
POSTER 98.....	p. 497
POSTER 99.....	p. 499
POSTER 101.....	p. 502
POSTER 103.....	p. 504
POSTER 104.....	p. 506
POSTER 105.....	p. 508
POSTER 108.....	p. 510
POSTER 109.....	p. 512

POSTER 111.....	p. 514
POSTER 112.....	p. 516
POSTER 114.....	p. 518
POSTER 115.....	p. 520
POSTER 118.....	p. 522
POSTER 119.....	p. 524
POSTER 121.....	p. 526
POSTER 123.....	p. 528
POSTER 127.....	p. 530
POSTER 128.....	p. 532
POSTER 129.....	p. 534
POSTER 131.....	p. 537
POSTER 133.....	p. 539
POSTER 137.....	p. 541
POSTER 138.....	p. 543
POSTER 139.....	p. 545
POSTER 143.....	p. 547
POSTER 144.....	p. 549
POSTER 145.....	p. 551
POSTER 146.....	p. 553
POSTER 149.....	p. 555
POSTER 158.....	p. 556
POSTER 162.....	p. 558
POSTER 163.....	p. 560
POSTER 165.....	p. 562
POSTER 167.....	p. 564
POSTER 171.....	p. 566
POSTER 172.....	p. 568
POSTER 174.....	p. 570
POSTER 175.....	p. 572
POSTER 177.....	p. 574
POSTER 179.....	p. 575
POSTER 180.....	p. 577
POSTER 183.....	p. 579
POSTER 185.....	p. 581
POSTER 193.....	p. 583
POSTER 197.....	p. 585
POSTER 198.....	p. 586
POSTER 199.....	p. 588
ÍNDICE / INDEX.....	p. 590

Cuenca
2015
#inves15

XIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados

19th International Nursing Research Conference

Cuenca, España
17-20 noviembre 2015



COMITÉ DE HONOR - HONOUR COMMITTEE

Presidencia de Honor - Honour Presidency

S. M. la Reina - Her Majesty the Queen



CREDENCIAL

Nº 120/2015

Su Majestad la Reina, accediendo a la petición que tan amablemente Le ha sido formulada, ha tenido a bien aceptar la

PRESIDENCIA DEL COMITÉ DE HONOR

del «**XIX ENCUENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS / 19th INTERNATIONAL NURSING RESEARCH CONFERENCE**», que se celebrará en Cuenca del 17 al 20 de noviembre próximo.

Lo que me complace participarle para su conocimiento y efectos.

PALACIO DE LA ZARZUELA, 7 de abril de 2015

EL JEFE DE LA CASA DE S.M. EL REY,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'M. U.', written over a horizontal line.

COMITÉ DE HONOR - HONOUR COMMITTEE

D. Emiliano García-Page Sánchez

Presidente del gobierno de Castilla la Mancha

D. Ángel Mariscal Estrada

Alcalde de Cuenca

D^a Carmen Vela Olmo

Secretaria de Estado de Investigación, Desarrollo e Innovación. Ministerio de Economía y Competitividad

D. Jesús Fernández Sanz

Consejero de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla la Mancha

D. Benjamín Prieto García

Presidente de la Diputación de Cuenca

D. Jesús Fernández Crespo

Director del Instituto de Salud Carlos III

D. Rodrigo Gutiérrez Fernández

Director General de Calidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria

D. José Antonio Ballesteros Cavero

Director General de Asistencia Sanitaria

D. Miguel Ángel Collado Yurrita

Rector de la Universidad de Castilla La Mancha (UCLM)

D^a M^a Angeles Zurilla Cariñana

Vicerrectora de Cultura y Extensión Universitaria. Universidad de Castilla La Mancha (UCLM)

D. Pedro Cortegoso Fernández

Secretario General del Instituto de Salud Carlos III

D. Manuel Cuenca Estrella

Subdirector General de Servicios Aplicados, Formación e Investigación. Instituto de Salud Carlos III

D. Alfonso Beltrán García-Echániz

Subdirector General de Programas Internacionales de Investigación y Relaciones Institucionales. Instituto de Salud Carlos III

D. Álvaro Roldán López

Subdirector Adjunto de Evaluación y Fomento de la Investigación Instituto de Salud Carlos III

D. Ángel Pérez Sola

Gerente del Área Integrada de Cuenca. Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM)

COMITÉ ORGANIZADOR-ORGANIZING COMMITTEE

Presidenta

President

Teresa Moreno Casbas

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Vicepresidenta

Vice-president

M^a Dolores Serrano Parra

Decana Facultad de Enfermería de Cuenca. UCLM

Vocales

Vocals

Eva Abad Corpa

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud
(Investén-isciii)

Esther González María

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud
(Investén-isciii)

Beatriz Cervera Monteagudo

Comisión Consultora. Unidad de Investigación en
Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Laura Albornos Muñoz

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud
(Investén-isciii)

Ana González Pisano

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud
(Investén-isciii)

Jesús María Lavado García

Comisión Consultora. Unidad de Investigación en
Cuidados de Salud (Investén-isciii)

María Ángeles Cindocho Moreno

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud
(Investén-isciii)

Javier Iruzubieta Barragán

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud
(Investén-isciii)

Xose Manuel Meijome Sánchez

Comisión Consultora. Unidad de Investigación en
Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Consuelo Company Sancho

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud
(Investén-isciii)

Pilar Mesa Blanco

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud
(Investén-isciii)

Ana Belén Herráiz Murcia

Directora de Enfermería de la Gerencia de Atención
Integrada de Cuenca. SESCOAM

Silvia Esteban Sepúlveda

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud
(Investén-isciii)

M^a Isabel Orts Cortés

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud
(Investén-isciii)

José Antonio Simarro Blasco

Supervisor de Área de la Gerencia de Atención
Integrada de Cuenca. SECAM

Juan Carlos Fernández Domínguez

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud
(Investén-isciii)

Manuel Rich Ruiz

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud
(Investén-isciii)

Margarita Garrido Abejar

Vicedecana Facultad de Enfermería de Cuenca.
UCLM

Carmen Fuentelsaz Gallego

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud
(Investén-isciii)

Dolores Sánchez López

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud
(Investén-isciii)

Rosa M^a Fuentes Chacón

Secretaria Facultad de Enfermería de Cuenca.
UCLM

Clara Vidal Thomas

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud
(Investén-isciii)

COMITÉ CIENTÍFICO-SCIENTIFIC COMMITTEE

Presidenta / President

Carmen Fuentelsaz Gallego

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Vicepresidenta / Vice-president

Beatriz Cervera Monteagudo

Comisión consultora. Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii).

Responsable de Enfermería de Investigación, Docencia, Formación y Calidad de la Gerencia de Atención Integrada de Cuenca. SESCOAM

Vocales / Vocals

Teresa Moreno Casbas

Directora de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Javier Iruzubieta Barragán

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Ana Mateo Cervera

Comisión Consultora. Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Eva Abad Corpa

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Pilar Mesa Blanco

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Consuelo Alfaro Orozco

Enfermera de Atención Primaria C. S. Cañaveras. Gerencia de Atención Integrada de Cuenca. SECAM

Laura Albornos Muñoz

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

M^a Isabel Orts Cortés

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Ana I Aparicio León

Supervisora de Salud Mental de la Gerencia de Atención Integrada de Cuenca. SECAM. Profesora asociada de la Facultad de Enfermería de Cuenca.

M^a Ángeles Cidoncha Moreno

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Manuel Rich Ruiz

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Blanca Notario Pacheco

Profesora asociada de la Facultad de Enfermería de Cuenca. UCLM

Consuelo Company Sancho

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

María Ruzafa Martínez

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Juliana Pardo Lahiguera

Enfermera de Atención Primaria C. S. Minglanilla. Gerencia de Atención Integrada de Cuenca. SECAM

Silvia Esteban Sepúlveda

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Dolores Sánchez López

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Conflicto de intereses

Conflict of interest

Juan Carlos Fernández Domínguez

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Clara Vidal Thomas

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Ángel Gil de Miguel

Vicerrector de Cooperación al Desarrollo, Voluntariado y Relaciones Institucionales de la Universidad Rey Juan Carlos. Director de la Cátedra de Innovación y Gestión Sanitaria URJC

Esther González María

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Isabel Feria Raposo

Comisión Consultora. Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Ana González Pisano

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Montserrat Gea Sánchez

Comisión Consultora. Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Manuel Vaquero Abellán

Departamento de Enfermería. Universidad de Córdoba

INFORMACIÓN DE INTERÉS

Localización



Universidad de Castilla-La Mancha

FACULTAD DE ENFERMERIA

Edificio Melchor Cano

C/Sta. Teresa Jornet Cuenca

<https://www.uclm.es/cu/enfermeria/>

MUY IMPORTANTE: En todo momento deberá llevar en lugar visible la identificación del Encuentro

USEFUL INFORMATION

Location



Universidad de Castilla-La Mancha

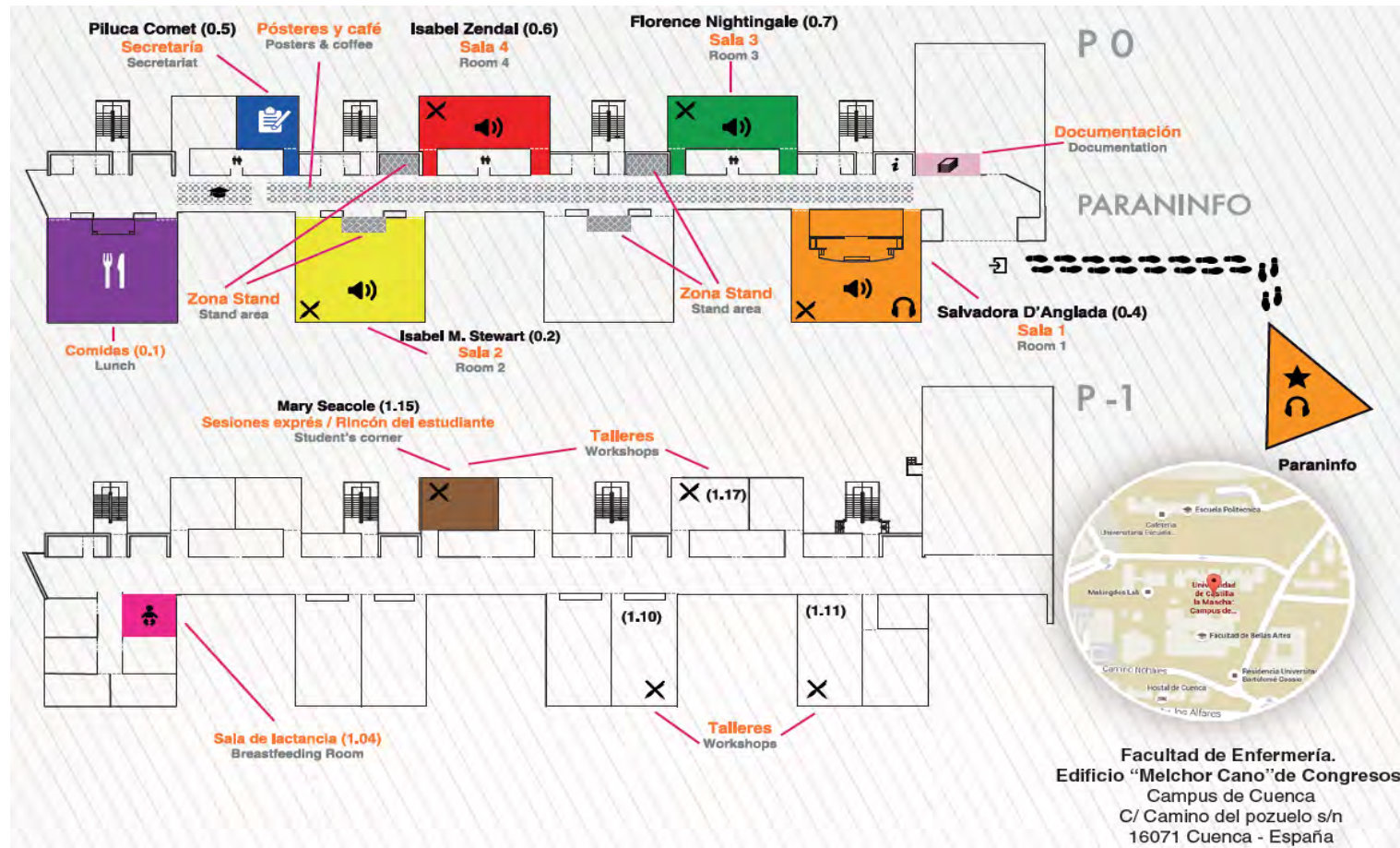
FACULTAD DE ENFERMERIA

Edificio Melchor Cano

C/Sta. Teresa Jornet Cuenca

<https://www.uclm.es/cu/enfermeria/>

VERY IMPORTANT: Please wear your identification/name badge and ensure it is visible throughout the Conference.




Entrega de documentación

La documentación del Encuentro podrá recogerse a partir del día **17 de noviembre a las 15:00 horas**.

La documentación que se le entregará incluye:

- Identificador personal con el código de barras que debe llevar siempre visible durante el Encuentro para asistir a las sesiones científicas y actos sociales, así como para acceder a la cena (si ha reservado y abonado su plaza).
- Memoria USB extraíble con el borrador del libro de ponencias. La versión definitiva con su correspondiente ISBN estará disponible posteriormente en la página Web del Encuentro, así como en www.isciii.es/investen/
- Auriculares que **debe llevar a todas las sesiones con traducción simultánea**.
- Hojas de evaluación del Encuentro y de los pósteres que deberá entregar en las urnas correspondientes.
- Crucigrama que deberá **entregar con su NOMBRE** antes de la clausura para participar en el sorteo del premio, que será otorgado a uno elegido al azar de entre los correctamente cumplimentados. Para su recogida el autor debe estar en la sala en el momento del sorteo.
- Tickets de las comidas. El Comité Organizador no se hace responsable de la pérdida u olvido.

Redes sociales

- El hashtag del Encuentro es **#Inves15**. Como cada año queremos premiar al **"Investuitero"** más activo. Es decir, al usuario de la persona inscrita en el Encuentro que más *tuits* publique durante los días del evento, medidos por las apariciones de nuestro hashtag. También premiaremos al perfil de la persona inscrita en el Encuentro que más RT consiga a un sólo *tuit* con dicho hashtag, durante el mismo periodo. Se excluyen los miembros de Investén-isciii o del Comité Organizador.
- Con el hashtag del Encuentro **#Inves15** se premiará al usuario de la persona inscrita en el Encuentro que, a juicio del Comité Organizador, tuitee la foto más original con la  publicada durante los días del evento. El premio consistirá en una inscripción gratuita (devolución de la inscripción) para el usuario de la persona inscrita. Patrocinado por **Wolters Kluwer**. Se excluyen los miembros de Investén-isciii o del Comité Organizador.
- Las otras redes sociales del Encuentro son:
 - twitter: [@investenisciii](https://twitter.com/investenisciii), [@jbiconnectplus](https://twitter.com/jbiconnectplus), [@ccejib](https://twitter.com/ccejib)
 - facebook:
es-es.facebook.com/investen.es
www.facebook.com/pages/ABI-COnNECT-España/204136052988965
- Las sesiones plenarias serán retransmitidas. Encontrará toda la información en el siguiente enlace: <https://encuentros.isciii.es/cuenca2015/>


Registration Desk

Registration desk will open from November **17th at 15:00**.

The folder you will receive includes:

- Personal ID badge that you must visibly wear during the Conference in order to attend the scientific sessions and social events, as well as previously booked your place at the dinner and paid for it.
- USB Memory containing the provisional version of the Book of Abstracts. The final version will be available on the website and also on www.isciii.es/investen/
- Earphones, for the **sessions with simultaneous translation**.
- Conference's and posters' evaluation sheets to be handed in the corresponding boxes.
- An Spanish crossword puzzle that you must hand in, please remember to **include YOUR NAME**, before the closing ceremony to be subject to participate in the draw for the price, which will be randomly selected among the correctly completed ones. The author must be present at the moment of the draw.
- Tickets for meals. The Organizing Committee will not be responsible of their loss or oversight.

Social networks

- The meeting hashtag is **#Inves15**. As every year we would like to reward the most active twitterer participating in the Conference ("Investuitero"). The award will go to the user profile who publishes more tweets during the days of the event, measured by the presence of our hashtag in the tweet. We will also give an award to the profile of the person registered that get more RT to a single tweet with that hashtag, during the same period. Members of Investén-isciii and the Organizing Committee will be excluded.
- With the hashtag **#Inves15** we will award to the user profile of the person registered who publish, under Organizing Committee criteria, the most original photo with the  published during the event. The award consists of a free registration, return money to the user of the person registered. Sponsored by Wolters Kluwer. Members of Investén-isciii and the Organizing Committee will be excluded.
- Others social networks to be take into account:
 - twitter: [@investenisciii](https://twitter.com/investenisciii), [@jbiconnectplus](https://twitter.com/jbiconnectplus), [@ccejib](https://twitter.com/ccejib)
 - facebook:
es-es.facebook.com/investen.es
www.facebook.com/pages/ABI-COnNECT-España/204136052988965
- Plenary sessions will be available via streaming. You will find all the information at: <https://encuentros.isciii.es/cuenca2015/>

Cena

19 de noviembre a las 21:00 horas:

- **Cena del Encuentro**, en el restaurante El Parador de Cuenca (Dirección: Subida a San Pablo, s/n, 16001, Cuenca). El **aforo es limitado**, por lo que se recomienda reserve su plaza al realizar la inscripción. Para asistir a la cena será imprescindible presentar su identificador a la entrada. El precio de la cena para los asistentes es de 35€.

Horarios y servicios disponibles

- La Secretaría (**Sala Piluca Comet**) permanecerá abierta el miércoles y el jueves en horario **de 8:30 a 14:00 horas y de 15:30 a 19:00 horas** y el viernes **de 8:30 a 12:00 horas**. La Secretaría está a su disposición para solucionarle los problemas y dudas relacionadas con la organización del Encuentro. Y también tendrá a su disposición un libro de sugerencias y mejoras.
- Se acondicionará un espacio para depositar las maletas bajo la estricta responsabilidad de los asistentes y sin vigilancia por parte del Comité Organizador del evento.
- Los **moderadores de las sesiones** se encontrarán en las salas correspondientes 15 minutos antes del comienzo de la sesión.
- Para información sobre los horarios, actividades y localización de las mismas, y para cualquier información sobre los actos sociales y la información turística de la ciudad, diríjase al **Punto de Información**, que estará a su disposición **en los mismos horarios que la Secretaría**.
- La **Red WiFi** válida durante el Encuentro es:
Red: **uclm_eventos**
Contraseña: **VJunTkJa**
- Habrá un servicio de traducción simultánea en el Paraninfo y en el Salón de Actos. Para el uso de los receptores será imprescindible la entrega del **DNI o tarjeta identificativa**.

Dinner

On November 19th, at 21:00h:

- **Conference's Dinner**, at Restaurant El Parador de Cuenca (Address: Subida a San Pablo, s/n, 16001, Cuenca). The **capacity is limited**, thus we recommend you to book your place at registration. **Identification badge** will be **required** for accessing the dinner. The price of the dinner for participants is 30€.

Services available

- The Secretariat (**Room Piluca Comet**) will be open on Wednesday and Thursday **from 8:30 to 14:00 and from 15:30 to 19:00**; on Friday **from 8:30 to 12:00**. Please direct any enquiry or problem about the organisation of the Conference to the Secretariat. A book of suggestions will be available at the Secretariat.
- The Organizing Committee will arrange a place for suitcases under responsibility of the attendees and with no surveillance by the Organisation.
- A **chair person** will be available in every room 15 minutes before each session.
- Information about the programme, timetable, activities and locations, social events or touristic information, will be available at the **Information Point**, which will be open at the same time than the Secretariat.
- Valid **WiFi Network** during the Conference:
Network: **uclm_eventos**
Password: **VJunTkJa**
- There will be simultaneous translation in the Paraninfo and in the Auditorium. To use necessary devices a **passport or ID card will be required**.

Colocación de los Pósteres

La organización se encargará de la impresión y colocación de todos los pósteres. Se recomienda a los autores llevar copias reducidas, tamaño DIN A4, para ofrecer a los asistentes. A partir del día 20 de noviembre a las **12:00 horas**, los autores podrán recoger su póster si lo desean. Aquellos pósteres que no hayan sido recogidos antes del día 20 de noviembre a las **14:00 horas**, serán destruidos.

Muy importante: si a fecha **18 de noviembre a las 15 horas** ninguno de los autores de su poster ha recogido su documentación, se retirará el póster del área de exposición.

Todos los pósteres podrán consultarse en la página web de Investén-isciii (www.isciii.es/investen/) durante los días del Encuentro y la siguiente semana.

Premios*

El Comité Organizador otorgará los siguientes premios a las comunicaciones mejor valoradas de cada modalidad:

- **Premio a la mejor comunicación oral.** Inscripción gratuita, devolución de la inscripción para un autor. Patrocinado por **Wolters Kluwer**.
- **Premio a la mejor comunicación oral breve.** Inscripción gratuita, devolución de la inscripción para un autor. Patrocinado por **Wolters Kluwer**.
- **Premio al mejor póster.** Inscripción gratuita, devolución de la inscripción para un autor. Patrocinado por **Wolters Kluwer**.
- **Premio al mejor póster del Rincón del Alumno de primer ciclo.** 1 suscripción de un año a la Revista Rol Enfermería, acceso a su biblioteca Online y 1 curso On line acreditado por la Comisión de Formación Continuada. Patrocinado por la Revista **ROL de Enfermería**.
- **Premio al mejor póster del Rincón del Alumno de segundo ciclo (EIR y Máster).** 1 suscripción de un año a la Revista Rol Enfermería, acceso a su biblioteca Online y 1 curso on line acreditado por la Comisión de Formación Continuada. Patrocinado por la Revista **ROL de Enfermería**.
- **Premio a la aportación más original en el "Mural de la Visibilidad de la Investigación en Cuidados"**, con una fotografía, dibujo, cómic, cartel o cualquier otro formato gráfico. Inscripción gratuita, devolución de la inscripción para el autor. Patrocinado por **Wolters Kluwer**.

Los premios se entregarán durante la última Sesión Plenaria del día 20 de noviembre, y será imprescindible que al menos uno de los autores se encuentre presente para recogerlo. En caso contrario, el premio pasará al siguiente trabajo mejor valorado. El Comité Organizador podrá requerir la identificación mediante DNI de la persona que recoja el premio.

*Cuando el primer premio sea otorgado a un trabajo donde alguno de los autores pertenece al grupo Investén-isciii o a alguno de los Comités del Encuentro, el autor premiado no recibirá el premio en metálico, pero recibirá el certificado correspondiente y se publicará en la web su trabajo como el acreedor de dicho premio.

Placing of posters

The Organizing Committee will be in charge of **printing and placing the posters**. We recommend that you bring reduced copies (DIN A4) so the attendees can take one with them. On November 20th, at **12:00**, the authors may remove their posters if they want to. All posters, after November 20th at **14:00** will be destroyed by the Organizing Committee.

Very important: if none of the authors has arrived at the Conference on the **18th of November until 15 pm**, the poster will be withdrawn from the exhibition area.

All posters will be available on www.isciii.es/investen/ during the whole duration of the Conference and during the next week.

Prizes*

The Organizing Committee will award the following prizes to the best evaluated presentation of each modality:

- **Prize to the best oral presentation.** Free registration, return money to one author. Sponsored by **Wolters Kluwer**.
- **Prize to the best oral brief presentation.** Free registration, return money to one author. Sponsored by **Wolters Kluwer**.
- **Prize to the best poster.** Free registration, return money to one author. Sponsored by **Wolters Kluwer**.
- **Prize to the best poster of the Fulltime Undergraduate Student's Corner.** 1 year subscription to Nursing Journal "Rol Enfermería", access to its Online Library, and 1 Online Course accredited by the Continuing Education Committee (valid in Spain). Sponsored by the Nursing Journal "**ROL de Enfermería**".
- **Prize to the best poster of the Master Student's Corner.** 1 year subscription to Nursing Journal "Rol Enfermería", access to its Online Library, and 1 Online Course accredited by the Continuing Education Committee (valid in Spain). Sponsored by the Nursing Journal "**ROL de Enfermería**".
- **Price to the most original contribution in the "Mural of the visibility of Nursing Research"**, with a photograph, drawing, comic, poster or any other graphic file format. Free registration, return money to the author. Sponsored by **Wolters Kluwer**.

Prizes will be awarded during the las Plenary Session on November 20th, and it will be required that one of the authors is present. Otherwise, the prize will be awarded to the second best evaluated presentation. The Organizing Committee reserves the right to request the ID card of the person awarded.

*When in the communication awarded, one of the authors belong to the group Investén-isciii or to the Organizing Committee, the author will not recived the money prize and the communication will obtain the certificate and will be published on the web.

Crucigrama

Se otorgará un premio al crucigrama correctamente cumplimentado y elegido al azar durante el acto de entrega de premios del viernes 20 de noviembre.

Premio: fin de semana en la casa rural El Caño (Galinduste-Salamanca)

<http://www.galinduste.com/>

Acreditación

El XIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados está acreditado con **2,1 créditos** de formación continuada por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Castilla La Mancha.



Para obtener dicha acreditación será necesario **asistir al 100%** de las sesiones plenarias, **y pasar el control de código de barras a la entrada y a la salida de dichas sesiones**. El Comité Organizador no se puede responsabilizar de la pérdida u olvido del código de barras o del cumplimiento del correspondiente trámite.

Información sobre Investén-isciii y el Centro Colaborador Español de JBI

A lo largo de todo el Encuentro existirá un stand donde usted podrá recibir información sobre las actividades que realiza la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii). En dicho stand estará disponible la información de contacto de los miembros de Investén-isciii y de su Comisión Consultora.

Habrá un stand del Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia. En dicho stand estará disponible toda la información sobre este Centro, así como la relativa a los Centros Comprometidos con la Excelencia.

También contaremos con espacios cedidos a Asociaciones de Pacientes y ONGs. Por favor, acérquese a ellos a fin de conocer sus actividades y explorar posibles puntos de interés en el ámbito de la investigación en cuidados.

Crossword

A prize will be awarded to Spanish crossword puzzle completed successfully and randomly selected during the Awards ceremony on Friday November 20th.

Prize: weekend farmhouse El Caño (Galinduste-Salamanca)

<http://www.galinduste.com/>

Accreditation

The accreditation is only valid in Spain. Thus, attendees from other countries don't have to scan their attendance at the entrance in the rooms.

Information on Investén-isciii and the JBI Spanish Collaborating Centre

During the whole Conference there will be a stand where you will find information about the activities of the Nursing and Healthcare Research Unit (Investén-isciii). All the contact information of the members of Investén-isciii and its Advisory Committee will be available at this stand.

There will be a stand of the Spanish Collaborating Centre of the Joanna Briggs Institute for Evidence Based Healthcare. You will find all the information related to the Centre, and also, the information related to the Spanish Best Practice Spotlight Organizations.

There will also be stands for Patients Associations and NGOs. Most of the representatives will only speak Spanish. If you like to contact them, please do not hesitate to contact the Organizing Committee for help with the translation.

Información complementaria

Sesiones exprés

La Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii) pone a su disposición una serie de sesiones exprés que durarán 30 minutos cada una y que se repetirán tres veces a lo largo del XIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Para asistir a dichas sesiones no necesita realizar ninguna reserva de plaza previa. Las sesiones tendrán lugar en la sala Mary Seacole.

Los contenidos de las sesiones exprés serán los siguientes:

- **Síndrome de dolor pélvico crónico: evidencias de su manejo mediante agentes físicos.** *Juan Carlos Fernández Domínguez*
- **Niveles de evidencia y grados de recomendación.**
Esther González María
- **Cronicidad, un reto para la investigación en cuidados.**
Consuelo Company Sancho
- **CHRODIS.** Joint Action en enfermedades crónicas y promoción del envejecimiento saludable a lo largo de la vida: una colaboración Europea que agrupa 60 socios de diferentes países europeos. *Teresa Chavarría*
- **ROL Enfermería. “ROL de las publicaciones científicas en el desarrollo de la enfermería Española en los últimos 38 años” ¿Cómo ha contribuido Revista ROL de Enfermería?**
Griselada Bereciartu Matínez
- **Wolters Kluwer. Mejora tus competencias en investigación, búsquedas bibliográficas y práctica clínica basada en la evidencia con Ovid: contenidos de Lippincott, Williams & Wilkins y Joanna Briggs Institute.**
Victoria Manglano

Sesión exprés Miércoles 18	
11:30 - 13:00	Dolor pélvico / Cronicidad / Evidencia
Sesión exprés Jueves 19	
11:30 - 13:00	Dolor pélvico / Cronicidad / Evidencia
15:00 - 16:00	Rol Enfermería / Wolters Kluwer
Sesión exprés Viernes 20	
09:30 - 11:00	Rol Enfermería / Wolters Kluwer / Chrodis

Recuerde que la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii) tiene un servicio permanente de asesoría on line, donde podrá realizar su consulta. Se le asignará un asesor que se responsabilizará del seguimiento de la misma. Puede acceder a este servicio en: <http://investigacionencuidados.es/asesoria/>

NOTA: El Comité Organizador del XIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados, no se hace responsable de las opiniones vertidas por los participantes en dicho evento y reconoce su potestad de no publicar, en su libro de ponencias, los contenidos que considere que atentan contra los derechos fundamentales reconocidos en la normativa vigente. Los títulos de las comunicaciones aparecen según han sido enviados por los autores.

¡¡Le esperamos en A Coruña del 15 al 18 de noviembre de 2016!!

El plazo para el envío de resúmenes: **3 de junio de 2016 (20:00 GMT)**

Complementary information

Express Session

The Nursing and Healthcare Research Unit (Investén-isciii) offers you a 30 minutes express session in English on Thursday 19th and Friday 20th during the 19th International Nursing Research Conference. To attend this session you do not need to make any previous reservation. The session will take place in Room Mary Seacole.

The content of the English express session will be the following:









- **Student Research: How to write a protocol.** *Teresa Moreno-Casbas*
- **CHRODIS.** Joint action on chronic diseases and promoting healthy ageing across the life-cycle: a European collaboration that brings together over 60 partners.
Teresa Chavarría

Express session Thursday 19th	
16:00 - 16:30	Student research
Express session Friday 20th	
11:00 - 11:30	Chrodis

We look forward to seeing you in A Coruña from 15th to 18th of November 2016!!

The deadline for abstracts submission is **June 3rd 2016 (20:00 GMT)**

17 Noviembre (16:00-20:00) 17 November

15:00 - 19:00	Entrega de documentación (la documentación sólo se entregará en la Facultad de Enfermería).							
15:45 - 20:00	<p>Talleres. Se celebrarán en la Facultad de Enfermería en la planta 0 y -1.</p> <p>Los talleres se celebrarán de forma simultánea y tendrán un número limitado de plazas. El criterio de admisión será el orden de inscripción y pago. El listado de los admitidos estará disponible en la página web del Encuentro el día 4 de noviembre: https://encuentros.isciii.es/cuenca2015/</p> <p>No se admitirá ninguna inscripción, ni cambio en los talleres después del día 6 de noviembre.</p> <p>Acreditación de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Castilla La Mancha para todos los talleres.</p> <p>All the workshops are in SPANISH. Workshops will be held simultaneously. The number of participants of each Workshop will be limited. The admission criterion will be the order of registration. The list of admitted people will be available on the web page of the Conference on November 4th https://encuentros.isciii.es/cuenca2015/</p>							
20:00	<p>TALLER 1 </p> <p>Introducción a la investigación: Metodología cuantitativa</p> <p>(0,8 créditos)</p> <p><i>Javier Iruzubieta</i></p>	<p>TALLER 2 </p> <p>Introducción a la investigación: Metodología cualitativa</p> <p>(0,8 créditos)</p> <p><i>Pilar Mesa</i></p>	<p>TALLER 3 </p> <p>Introducción a la práctica basada en la evidencia</p> <p>(0,7 créditos)</p> <p><i>M^a Ángeles Cidoncha</i></p>	<p>TALLER 4 </p> <p>Estudios observacionales analíticos (casos- controles y cohortes)</p> <p>(0,7 créditos)</p> <p><i>Silvia Esteban</i></p>	<p>TALLER 5 </p> <p>Introducción a las síntesis de estudios cualitativos</p> <p>(0,6 créditos)</p> <p><i>Eva Abad</i></p>	<p>TALLER 6 </p> <p>Introducción a la revisión sistemática</p> <p>(0,5 créditos)</p> <p><i>Isabel Orts</i></p>	<p>TALLER 7 </p> <p>Análisis inferencial de los datos de un proyecto de investigación</p> <p>(0,7 créditos)</p> <p><i>Carmen Fuentelsaz</i></p>	<p>TALLER 8 </p> <p>Filtros de búsquedas según diseño del estudio</p> <p>(0,9 créditos)</p> <p><i>M^a José Díaz y Blanca Notario</i></p>

8:00 Entrega de documentación - Registration

8:45 Acto de Inauguración - Opening ceremony

9:15 Bienvenida del Comité Organizador – Welcome



SALA - ROOM PARANINFO

SESIÓN PLENARIA - PLENARY SESSION

Preguntamos a los responsables de las instituciones: ¿Qué iniciativas para el fomento de la investigación en cuidados les parecen exitosas?

Concha Zaforteza. Profesora del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universitat de les Illes Balears (UIB)

9:30 Dave O'Carroll. Programme Manager (Información y Recursos), Royal College of Nursing

- Rosa Isabel Sánchez. Responsable de Equipos de Enfermería Gerencia Atención Primaria de Ávila, Servicio de Salud de Castilla y León

11:00 We would like to ask Health Organizations: Which initiatives for promoting nursing research have succeeded?

Concha Zaforteza. Professor of Department of Nursing and Physiotherapy of the University of the Balearic Islands (UIB)

Dave O'Carroll. Programme Manager (Information and Resources), Royal College of Nursing

Rosa Isabel Sánchez. Head of Nursing Equipment, Ávila Primary Care Management, Health Service of Castilla y León

Moderador / Chair: Javier Iruzubieta

11:00 Café y Exhibición de pósters – Coffee and Poster exhibition

Mesa de comunicaciones 1

Cuidados a pacientes críticos

Concurrent session 1

Critical Care

Moderador / Chair: Carmen Fuentelsaz

SALA – ROOM Salvadora D'Anglada

Mesa de comunicaciones 2

Envejecimiento

Concurrent session 2

Aging

Moderador / Chair: Laura Albornos

SALA – ROOM Isabel M. Stewart

Mesa de comunicaciones 3

Maternoinfantil / Educación para la salud

Concurrent session 3

Mother and Children / Health Education

Moderador / Chair: Eva Abad

SALA - ROOM Florence Nightingale

Mesa de comunicaciones 4

Promoción de la salud

Concurrent session 4

Health Promotion

Moderador / Chair: Clara Vidal

SALA – ROOM Isabel Zendal

Sosa Palanca E (España): «Estudio de rol paternal en las unidades de intensivos neonatales. Oportunidades de mejora.»

Zuriguel Pérez E (España): «Estudio de discrepancias en la valoración del riesgo de caídas»

Gonzalez Gallego M (España): «Análisis de los resultados en lactancia materna tras implantar la guía RNAO "Lactancia materna" en atención primaria»

Menéndez González L (España): «Efectividad de una intervención grupal para reducción de peso en mujeres con obesidad.»

Velarde García JF (España): «Estrategias de afrontamiento ante la muerte del paciente ingresado en la UCI»

Araújo MDF (Portugal): «Factores de riesgo de caídas en la población mayor en contexto comunitario: estudio transversal»

Nieto Martínez C (España): «Valoración materna de lactancia durante el primer año postparto»

Fernandez Ortega P (España): «Consumo de tabaco en los profesionales sanitarios en Cataluña: meta-análisis de encuestas transversales (2009-2012)»

Dantas RA (Brasil): «Treatment adherence among brazilian patients with heart failure: three-month follow-up after hospital discharge»

Estévez-Guerra GJ (España): «Uso de la restricción física en centros sociosanitarios»

Fernández Y Fernández-Arroyo M (España): «Aplicación del cuestionario "eduma2" para evaluar la calidad del programa de educación en el embarazo en Madrid (España)»

Baltasar Bague A (España): «Utilización de instrumentos de cribaje del consumo de tabaco en el ámbito de atención primaria de salud (APS)»

Velasco Sanz TR (España): «Cargas de trabajo de enfermería en cuidados intensivos: ¿influye la patología?»

Alcañiz-Mesas AI (España): «Incidencia de caídas, circunstancias y consecuencias en pacientes hospitalizados. Análisis de factores relacionados.»

Sibón Sancho GM (España): «Efecto de las técnicas de reproducción asistida en la calidad de vida de personas con infertilidad»

Hernández De Benito A (España): «Conductas y hábitos de riesgo de los jóvenes que practican ocio nocturno en Madrid»

Barrado Narvió MJ (España): «Comparación de estresores entre los alumnos de 3º y 4º en el módulo de cuidados intensivos»

Carmona Torres JM (España): «Perfil de las personas mayores maltratadas en España»

Francés Ribera L (España): «Hábitos deposicionales e higiénicos en la colonización por el estreptococo del grupo B durante la gestación»

Lopez Vallecillo M (España): «Mejorar el índice de alimentación saludable en mujeres adultas a través de la educación para la salud»

González López A (España): «Diferencias de actividad física en población anciana de ámbito rural vs urbano del área de salud de Cuenca»



Serna Sotos MC (España): «Estudio analítico experimental de una intervención educativa enfermera en el paciente anticoagulado con acenocumarol»

Morín Fraile V (España): «Factores contextuales y percepción de barreras para la actividad física durante la madurez y el envejecimiento»




Díez Sánchez B (España): «Eficacia de un programa de educación sanitaria personalizada a pacientes epilépticos fármaco resistentes y familiares ho»





18 Noviembre - 18 November

13:15 Comida - Lunch

15:00 - 16:30	Mesa de comunicaciones 5 Estudios de validación Concurrent session 5 Validation Studies Moderador / Chair: Isabel Orts	Mesa de comunicaciones 6 Cuidados a pacientes crónicos Concurrent session 6 Chronic Care Moderador / Chair: Pilar Mesa	Mesa de comunicaciones 7 Envejecimiento / Crónicos Concurrent session 7 Aging / Chronic Care Moderador / Chair: Esther González	Mesa de comunicaciones 8 Cuidados a pacientes crónicos Concurrent session 8 Chronic Care Moderador / Chair: Ana González
	 SALA – ROOM Salvadora D'Anglada	 SALA – ROOM Isabel M. Stewart	 SALA - ROOM Florence Nightingale	 SALA – ROOM Isabel Zendal
	García Rodríguez MT (España): «Concordancia de diferentes métodos de valoración nutricional en pacientes incluidos en lista de trasplante hepático»	Solis Jara M (España): «Implicaciones de la adherencia a la dieta mediterránea en la obesidad y la composición corporal»	Dantas RA (Brasil): «Self-management behaviors in heart failure»	Piñón Villar MDC (España): «Influencia de la ansiedad y el tiempo de diagnóstico de la hepatopatía sobre la calidad de vida en pacientes en de tras»
	Fernández-Domínguez JC (España): «Validez aparente (face validity) de un cuestionario sobre práctica basada en la evidencia en ciencias de la salud»	Montesó-Curto P (España): «Ensayo clínico en pacientes con fibromialgia»	De Maesschalck L (Bélgica): «Topshake, a new breakfast for persons with dementia and swallowing problems»	Mestres O (España): «¿Cómo influye la percepción de la calidad de vida en la satisfacción del paciente neuroquirúrgico?»
	Revuelta Arroyo RA (España): «Evaluación de los conocimientos de las enfermeras acerca de la clasificación de las úlceras por presión.»	Carmona Rivas MDC (España): «Procesamiento emocional en esclerosis lateral amiotrófica (ELA)» (VIRTUAL)	López-Soto PJ (España): «24-hour patterning in falls among community-dwelling elderly»	Leñero Cirujano M (España): «Estimación de la prevalencia de la desnutrición en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica»
	Bellido-Vallejo JC (España): «Utilidad de una matriz multirasgo-multimétodo para la validación psicométrica de 3 resultados NOC para valorar el dolor»	García Madrid J (España): «Gestión de recursos sanitarios en diabetes mellitus tipo II no insulino dependiente (DMMDII) en atención primaria (AP)»		Font Jiménez I (España): «Estudio epidemiológico: prevalencia de la amputaciones no traumáticas en la provincia de Tarragona del 2010-2013»
	León Larios F (España): «Diseño y validación de una escala de un cuestionario sobre conocimientos de sexualidad y anticoncepción.»	Carrillo Algarra AJ (Colombia): «Recomendaciones cualitativas para el cuidado de personas en diálisis peritoneal»		Company Sancho MC (España): «Prevalencia de enfermedad arterial periférica y asociación con factores de riesgo cardiovasculares»
	Serrano Parra MD (España): «Validez de la escala de inteligencia emocional BEIS-10 en estudiantes de ciencias de la salud»	Soto Cámara R (España): «Características epidemiológicas y cronobiológicas del SCA en Castilla y León»		Estrada Reventos D (España): «Grado de conocimiento de la hipertensión y riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos»

18 Noviembre - 18 November

	Mesa de comunicaciones 9	Mesa de comunicaciones 10	Mesa de comunicaciones 11	Mesa de comunicaciones 12
16:45	Cuidados materno - infantiles	Docencia	Práctica clínica	Profesión / Gestión
-	Concurrent session 9	Concurrent session 10	Concurrent session 11	Concurrent session 12
18:15	Mother and Children Care	Nursing Education	Clinical Practice	Nursing Profession / Management
	<i>Moderador / Chair: Dolores Sánchez</i>	<i>Moderador / Chair: Chelo Company</i>	<i>Moderador / Chair: Manuel Rich</i>	<i>Moderador / Chair: Juan C Fdez</i>
	 SALA – ROOM Salvadora D'Anglada	 SALA – ROOM Isabel M. Stewart	 SALA - ROOM Florence Nightingale	 SALA – ROOM Isabel Zendal
	Galindo Ferrer M (España): «Prevalencia de lipohipertrofias en niños con diabetes mellitus tipo 1 en tratamiento con múltiples dosis de insulina»	Tiscar Gonzalez V (España): «Percepción de las tutoras de prácticas de las alumnas de enfermería del Hospital Universitario Basurto»	Soto Cámara R (España): «Código ictus: efectividad de su activación»	De Ríos Briz N (España): «El burnout en enfermeras de unidades de cuidados intensivos»
	Fernández Y Fernández-Arroyo M (España): «La estimulación multisensorial a través del baño. Revisión.»	Forero Rincón OM (España): «Situaciones estresantes para los alumnos de enfermería antes del practicum clínico y su relación con el perfil personal»	Díaz Pérez I (España): «¿Siguen los profesionales de enfermería la evidencia científica en la administración de fármacos por vía intramuscular?»	Malagón Aguilera MC (España): «El compromiso laboral de las enfermeras del ámbito sociosanitario» (VIRTUAL)
	Yildirim M (Turquía): «The effect of hospital clown on children's compliance to burn dressing change»	Buceta Toro MI (España): «El estudiante de enfermería ante el sufrimiento y la muerte»	Soto Cámara R (España): «Perfil del usuario del servicio de emergencias sanitarias extrahospitalarias»	Secoli S (Brasil): «Eventos adversos y carga del trabajo de enfermería en los pacientes de trasplante de células madre hematopoyéticas»
	Boto Fernández L (España): «Repercusiones en el niño de madre hipotiroidea en el Principado de Asturias.»	Cobo-Cuenca AI (España): «Intervención cognitivo-conductual para el control de estrés en estudiantes de enfermería»	Alvarez Baza MDC (España): «Evaluación del triaje, en un servicio de urgencias hospitalario»	Moreno Arroyo C (España): «Evaluación del riesgo biológico percibido por el personal de enfermería del Hospital Comarcal de l'Alt Penedès»
	Esteban Sepúlveda S (España): «Dudas y motivos de demanda asistencial de los padres de recién nacidos menores de 10 días»	Sansalvador-Comas MC (España): «Simulación clínica en el grado de enfermería. Valoración de la ansiedad utilizando test de ansiedad STAI-Estado-Rasgo»	Muñoz Jiménez D (España): «Legibilidad de las recomendaciones de autocuidado en informes de enfermería al alta según la escala INFLESZ»	Biosca Freixanet M (España): «Aprendiendo a empatizar a través del cine: para una atención más humana.»
	León Larios F (España): «Creencias y hábitos en alimentación de padres de una escuela de niños menores de 5 años en Perú: estudio cualitativo.»	Bango Alvarez CM (España): «Motivaciones y expectativas de diplomados en enfermería y fisioterapia sobre la adaptación al título de grado»	Bernárdez Gómez X (España): «Estudio del tiempo empleado para la realización de la valoración inicial en situaciones de urgencia vital»	Sugrañes Escribano J (España): «La seguridad de los pacientes integrada en la mejora continua de la calidad asistencial.»

Comunicaciones orales breves I 18:30 19:15 Oral brief presentations I <i>Moderador / Chair: Javier Iruzubieta</i>  SALA – ROOM Salvadora D'Anglada	Comunicaciones orales breves II Oral brief presentations II <i>Moderador / Chair: Juan C Fdez</i>  SALA – ROOM Isabel M. Stewart	Comunicaciones orales breves III Oral brief presentations III <i>Moderador / Chair: Silvia Esteban</i>  SALA - ROOM Florence Nightingale	Comunicaciones orales breves IV Oral brief presentations IV <i>Moderador / Chair: Lara Martínez</i>  SALA – ROOM Isabel Zenda
<p>Silva E (Portugal): «Cultura de la seguridad del paciente pediátrico: fortalezas y oportunidades de mejora»</p>	<p>Lima-Serrano M (España): «Validación de un instrumento para medir el control familiar de la enfermedad»</p>	<p>Mertens M (Bélgica): «A motion sensor based assistive monitoring system for health assessment»</p>	<p>Guijarro Herraiz Y (España): «Uso de la escala visual analógica en la medición de dolor por mucositis en el trasplante de precursores hematopoyéticos»</p>
<p>Gonzalez Gomez I (España): «Percepción y actitud del personal sanitario ante el dolor pediátrico»</p>	<p>Olavarria Bevide E (España): «Experiencia de implantación de Guías de Buenas Prácticas: Hospital Sierrallana/Tres Mares»</p>	<p>Reis Santos M (Portugal): «Tobacco consumption a trendy drug: a study with portuguese adolescents»</p>	<p>Salas Lario M (España): «Apoyo y control de la sintomatología del paciente oncológico en fase terminal»</p>
<p>Stevens B (Canadá): «Quality improvement strategies for improving procedural pain in infants in Ghana» (VIRTUAL)</p>	<p>Arlandis Casanova M (España): «Percepción enfermera acerca de la presencia de los factores organizacionales magnéticos en los hospitales de la comunidad»</p>	<p>Tiscar Gonzalez V (España): «Empowering patient education on inflammatory bowel disease, a systematic review»</p>	<p>Parás Bravo P (España): «¿Conseguimos controlar el dolor en los pacientes oncohematológicos?»</p>
<p>Llamas Sánchez AC (España): «Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios de las urgencias pediátricas»</p>	<p>Fernández-Lasquetty Blanc B (España): «Motivación de los profesionales para adherirse a la red internacional de impulsores del proyecto CCEC»</p>	<p>Dias Pedreschi Chaves L (Brasil): «Hospital nursing management: facilitators and constraints aspects»</p>	<p>Herrero Montes M (España): «Complicaciones globales de los cateteres venosos centrales de insercción periférica en el paciente oncohematológico.»</p>
<p>Arnau Sánchez J (España): «La satisfacción laboral en matronas de atención primaria y especializada en tres áreas de salud de la Región de Murcia»</p>	<p>Valenzuela Anguita M (España): «El modelo enfermera-referente en el servicio de urgencias: un paso para la humanización del cuidado.»</p>		<p>Muñoz De La Parte A (España): «Cuidados paliativos en hospitalización a domicilio.»</p>
<p>González Hernando C (España): «Análisis del blog “Mamis y Niños” tras 16 meses de su implementación»</p>	<p>Dueñas Rodriguez MA (España): «Conocimiento sobre primeros auxilios básicos y desmantelamiento de mitos»</p>		<p>Gavala Arjona JM (España): «Afrontamiento a la muerte en el personal de enfermería de una unidad de oncología infantil»</p>
<p>Ruano García C (España): «Evolución de la lactancia materna exclusiva en el área de Ávila en los últimos 5 años. Estudio descriptivo analítico.»</p>	<p>Meijome Sanchez XM (España): «¿A cuántos clics estás de los ojos de tus pacientes? #cuidadosybits»</p>		<p>Rabanales Sotos J (España): «Efectividad de tres intervenciones para mejorar la adherencia al cribado del cáncer de cérvix»</p>
<p>Lima-Serrano M (España): «Convergencia entre escalas para medir el estado de salud familiar, la cohesión y flexibilidad familiar y el apoyo social»</p>	<p>Castaño Andujar A (España): «Telemonitorización del paciente crónico en una consulta de enfermería de atención primaria. Programa Valcronic»</p>		<p>Gilart Cantizano E (España): «Validación de una nueva etiqueta diagnóstica "Adicción a internet y redes sociales"»</p>
	<p>Cruz Díaz V (España): «Percepción de los pacientes de un hospital de segundo nivel durante su estancia hospitalaria»</p>		<p>Roldán Merino JF (España): «Adaptación al castellano del instrumento de evaluación de competencias enfermeras en simulación de Creighton (C-SEI)»</p>
	<p>Morales Jinez A (México): «Modelo explicativo de factores sociales y riesgo cardiovascular mediante ecuaciones estructurales»</p>		

SESIÓN PLENARIA – PLENARY SESSION

Controversias en la Investigación en Cuidados: Liderazgo y áreas de investigación

Controversies in the Research Health: Leadership and Research areas

Moderador / Chair: **Eva Abad**



SALA - ROOM PARANINFO

- 9:00** ● **Juan E. Riese.** NCP. Oficina de proyectos europeos
Juan E. Riese. NCP. Oficina de proyectos europeos
- 11:00** ● **Cristina Monforte.** Vicepresidenta de la Conferencia Nacional de Decanos de Enfermería
Cristina Monforte. Vicepresident of the National Conference of Deans of Nursing
- **Rosa García.** Miembro del comité directivo del proyecto nacional "Neumonía Zero"
Rosa García. Member of the steering committee of the national project "Pneumonia Zero"

11:00 Café y Exhibición de pósteres – Coffee and Poster exhibition

	Mesa de comunicaciones 13	Mesa de comunicaciones 14	Comunicaciones orales breves V	Comunicaciones orales breves VI
	Cuidados materno - infantiles	Cuidados a pacientes crónicos	Oral brief presentations V	Oral brief presentations VI
	Concurrent session 13	Concurrent session 14		
	Mother and Children Care	Chronic Care	<i>Moderador / Chair:</i>	<i>Moderador / Chair:</i>
	<i>Moderador / Chair: Clara Vidal</i>	<i>Moderador / Chair: Lara Martínez</i>	<i>Manuel Rich y Teresa Moreno</i>	<i>Ana González e Isabel Fera</i>
	SALA – ROOM Salvadora D'Anglada	SALA – ROOM Isabel M. Stewart	SALA - ROOM Florence Nightingale	SALA – ROOM Isabel Zendal
11:30	Jimenez Moreno MD (España): «Hábitos alimenticios y creencias sobre el estilo de vida aconsejable en el embarazo en una muestra de gestantes»	Pisano González MM (España): «Estudio de la calidad de vida relacionada con la salud en personas con diabetes mellitus tipo II»	<i>Detalle en página siguiente</i>	<i>Detalle en página siguiente</i>
-	Cobo-Cuenca AI (España): «Influencia del peso en la gestación y parto en mujeres nulíparas»	Amador-Marín B (España): «Calidad de vida de los cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer y eficacia de intervenciones: revisión sistemática»	<i>Details in next page</i>	<i>Details in next page</i>
13:00	Sanabria Martínez G (España): «Eficacia de programas de actividad física en el embarazo para la prevención de diabetes gestacional: un meta-análisis.»	Llagostera-Reverter I (España): «Enfermedad de Parkinson: calidad de vida y autocuidado.»		
	Prata AP (Portugal): «The influence of childbirth education classes in the expectation regarding labour»	Heredia Galán MDL (España): «Tratamiento musical y calidad de vida en la hipertensión mal controlada» (VIRTUAL)		
	Moreno A (España): «Factores causales de la disfunción sexual postparto»			

Comunicaciones orales breves V**Oral brief presentations V****SALA - ROOM Florence Nightingale***Moderador / Chair: Manuel Rich y Teresa Moreno*

1. Abel Gama ASM (Brasil): «La falta de la automedicación se asocia con el consumo de drogas sin receta»
2. Cánovas Corbalán JR (España): «Intervención grupal en pacientes con EPOC: mejora de la autoadministración de inhaladores con cámara espaciadora»
3. Mitjà Costa J (España): «Repercusión y beneficios del yoga para pacientes TCA, ingresados en hospitalización parcial 11 horas. Estudio piloto.»
4. Fernández-Ruiz VE (España): «Prevalencia de obesidad según diferentes indicadores antropométricos y comorbilidad metabólica asociada»
5. Mañas Peña M (España): «Grado de control en las personas con tratamiento oral con antagonistas de la vitamina K en atención primaria»
6. Castaño Andujar A (España): «Captación activa de pacientes en un centro de salud para detectar factores de riesgo cardiovasculares»
7. Polvillo Avilés MJ (España): «Perfil de persona que acude al programa de deshabituación tabáquica.» (VIRTUAL)
8. Barqueros Lopez S (España): «Actividad etnográfica en el barrio del Rabaloché» (VIRTUAL)
9. Yañez Amoros B (España): «Actitudes de las enfermeras de atención primaria ante el insomnio»
10. Tíscar González V (España): «Conocimientos y actitud de las enfermeras de hospitalización de la OSI Bilbao-Basurto ante la parada cardiorrespiratoria»
11. Palazon Valcarcel L (España): «Características del paciente atendido por un equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD)»
12. Carmona Rivas MDC (España): «Estado emocional y calidad de vida en esclerosis lateral amiotrófica (ELA)» (VIRTUAL)
13. Carmona Rivas MDC (España): «Ansiedad, depresión y tiempo de síntomas y diagnóstico en esclerosis lateral amiotrófica (ELA)» (VIRTUAL)
14. Mercader Coma J (España): «El uso del correo electrónico puede diferenciar el perfil de los pacientes domiciliarios en tratamiento con Sintrom®?»
15. Sobas EM (España): «La IgAs y la fracción soluble del RII TNF- α ; presentan el mejor perfil como biomarcadores salivares para el dolor»
16. Palomar Aumatell X (España): «Efectividad de la activación del dispositivo hidráulico para el control de la cinetosis, en una ambulancia medicalizada.»
17. Simarro Blasco JA (España): «Bioimpedancia como método de evaluación del estado nutricional del paciente en hemodiálisis»
18. Rodríguez Calero MÁ (España): «Canalización de vía venosa difícil y uso de técnicas ecográficas en un servicio de urgencias»
19. López Jiménez MM (España): «Análisis del registro de úlceras por presión estadio II: ¿se documentó la úlcera en su estadio inicial?»
20. Faro-Basco M (España): «Simulación clínica en el grado de enfermería. Valoración del miedo, ansiedad y estrés utilizando indicadores NOC»
21. De Ríos Briz N (España): «Estudio piloto sobre escalas de cargas de trabajo de enfermería en cuidados críticos»
22. Gea Caballero V (España): «La percepción profesional del trabajo de los enfermeros españoles en Reino Unido: una visión cualitativa»

Comunicaciones orales breves VI**Oral brief presentations VI****SALA - ROOM Isabel Zenda***Moderador / Chair: Ana González e Isabel Feria*

1. Palazón Valcárcel L (España): «Características de función, comorbilidad, consumo de fármacos e higiene oral en dos unidades geriátricas de agudos»
2. Hermosilla-Gimeno I (España): «Incontinencia urinaria: prevalencia en una muestra de la cohorte de Camargo (Cantabria)»
3. Priego Cubero E (España): «Análisis descriptivo de los motivos de consulta dermatológica en mayores de 65 años.» (VIRTUAL)
4. Ceres Martínez R (España): «Prevalencia de disfagia y neumonías aspirativas en pacientes hospitalizados en dos unidades geriátricas de agudos.»
5. Lima-Rodríguez JS (España): «El masaje abdominal como técnica para reducir el estreñimiento crónico en personas adultas y ancianos»
6. Torres Enamorado D (España): «Características de la sobrecarga en cuidadores hombres familiares.» (VIRTUAL)
7. Lima-Rodríguez JS (España): «Influencia de los grupos de ayuda mutua sobre cuidadores familiares, personas dependientes y su salud familiar»
8. Torres Torres R (España): «Construcción del significado de buen trato en atención domiciliaria: perspectiva de personas dependientes y familiares»
9. Martinho J (Portugal): «Satisfacción con la vida, depresión y soledad en personas mayores de 65 años de una región del norte de Portugal»
10. Ramos Mateos MA (España): «Cuidando a nuestros nietos: la experiencia de ser abuelo cuidador»
11. Rocaspana Garcia M (España): «Viabilidad de la punción lumbar en el estudio de biomarcadores en líquido cefalorraquídeo para enfermedad de Alzheimer»
12. Rocaspana Garcia M (España): «Estudio sobre el conocimiento de la enfermedad de Alzheimer en cuidadores y población general»
13. López Barrio MJ (España): «Supervivencia, discapacidad y déficit neurológico tras sufrir un ictus de etiología embólica» (VIRTUAL)
14. Gómez Jiménez E (España): «Relación de la escala internacional de eficacia en caídas (FES-I) con parámetros de la práctica clínica geriátrica»
15. Hospital Vidal MT (España): «Intervención formativa al personal de enfermería: prevención de caídas»
16. Carton Erlandsson L (España): «"Caídas sufridas por los pacientes ingresados en la UME del Hospital Central Cruz Roja San José y Santa Adela"»
17. Mañas Peña M (España): «Implantación y evaluación de un programa de seguimiento estructurado en pacientes con diagnóstico IC y/o EPOC y ATDOM»
18. Martínez Villarejo L (España): «Resultados en salud sexual y reproductiva en Madrid y Baleares según el ratio de matronas. Estudio ecológico»
19. Díaz Soliño I (España): «Conocimiento de la sexualidad en el discapacitado intelectual»
20. Amador-Marín B (España): «Revisión sistemática sobre cuidadores informales y uso de los servicios de salud»

19 Noviembre - 19 November

13:15 Comida - Lunch

	Mesa de comunicaciones 15	Mesa de comunicaciones 16	Mesa de comunicaciones 17	Mesa de comunicaciones 18
15:00	Profesión / Gestión	Promoción de la salud	Docencia / Gestión	Salud mental
-	Concurrent session 15	Concurrent session 16	Concurrent session 17	Concurrent session 18
16:30	Nursing Profession / Management	Health Promotion	Health Education / Management	Mental Health
	Moderador / Chair: Marian Cidoncha	Moderador / Chair: Carmen Fuentelsaz	Moderador / Chair: Pilar Mesa	Moderador / Chair: Dolores Sánchez
	   SALA – ROOM Salvadora D'Anglada	 SALA – ROOM Isabel M. Stewart	 SALA - ROOM Florence Nightingale	 SALA – ROOM Isabel Zenda

González Jiménez J (España): «Proyecto colaborativo e-pract: "Más tiempo en presencia del paciente"»

Fernández García D (España): «Situación actual de la educación para la salud en los centros educativos en España»

Kizilcik Özkan Z (Turquía): «Difficulties of nursing students in patients undergoing colorectal surgery» (VIRTUAL)

Simón Saiz MJ (España): «Relación entre resiliencia y problemas psicosomáticos en una población adolescente»

Mejome Sanchez XM (España): «No son las cruces es cómo lo hacemos Evitar el efecto sodoku en el listado de verificación de seguridad quirúrgica»

Guix Comellas EM (España): «Factores asociados a la adherencia en el tratamiento con fármacos antituberculosos en la población pediátrica»

Ünver S (Turquía): «The viewpoint of nursing students' about the gap between theoretical education and clinical skills» (VIRTUAL)

Díaz Fernández S (España): «¿Favorece la visita domiciliaria la adherencia y reduce los ingresos en personas con trastorno mental grave?»

Pancorbo-Hidalgo PL (España): «Internet en el hospital: uso de la red como fuente de conocimiento para la práctica entre enfermeras y auxiliares»

Adamuz Tomás J (España): «Impacto de un programa educativo en el manejo de la neumonía adquirida en la comunidad»

Vandelanotte A (Bélgica): «How do preceptors guide and mentor students during internship towards 'attentive and good care'? A qualitative research.»

Junquera Fernández R (España): «Descripción de criterios de riesgo cardiovascular relacionados con el estilo de vida en personas con trastorno bipolar»

Fontova Almató A (España): «Influencia del nivel de triaje y del control del dolor en la satisfacción de los usuarios de un servicio de urgencias»

Rabanales Sotos J (España): «Hábitos alimentarios y estilos de vida de pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia.»

Baghaie Lakeh M (Irán): «Survey of relationship between nurses perceived work environment condition and patient safety outcomes in ICUS»

Andrés Castellote M (España): «Tríptico basado en la evidencia para la educación para la salud a personas con trastorno mental grave»

Montealegre Sanz M (España): «Innovación y nuevas alternativas en pacientes con agotamiento vascular»

Cayuela García AM (España): «Impacto del periodo vacacional estival en los parámetros antropométricos de personas en tratamiento para reducir peso»

Yildirim M (Turquía): «The factors affecting the pain-related clinical decision making skills of nurses»

Junquera Fernández R (España): «El tabaquismo y su influencia en la salud física en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.»





Miro-Bonet R (España): «Cambios en las dinámicas de trabajo en equipo en una unidad de hospitalización. Una investigación acción participativa»

Mera Prieto I (España): «Hábito tabáquico en pacientes con trastornos mentales graves»










Armenteros Yeguas V (España): «Seguridad en el cuidado vascular de los pacientes pluripatológicos»



Fuentes Chacón RM (España): «Relación entre consumo de tóxicos y malestar emocional en adolescentes»

19 Noviembre - 19 November

<p>Mesa de comunicaciones 19</p> <p>16:45</p> <p>Maternoinfantil / Adolescentes</p> <p>-</p> <p>18:15</p> <p>Mother and Children / Adolescent</p> <p><i>Moderador / Chair: Carmen Fuentelsaz</i></p> <p> SALA – ROOM Salvadora D'Anglada</p>	<p>Mesa de comunicaciones 20</p> <p>Salud mental</p> <p>Concurrent session 20</p> <p>Mental Health</p> <p><i>Moderador / Chair: Isabel Feria</i></p> <p> SALA – ROOM Isabel M. Stewart</p>	<p>Mesa de comunicaciones 21</p> <p>Cuidadores / Dependencia</p> <p>Concurrent session 21</p> <p>Caregivers / Dependency</p> <p><i>Moderador / Chair: Isabel Orts</i></p> <p> SALA - ROOM Florence Nightingale</p>	<p>Mesa de comunicaciones 22</p> <p>Docencia</p> <p>Concurrent session 22</p> <p>Health Education</p> <p><i>Moderador / Chair: Ana Mateo</i></p> <p> SALA – ROOM Isabel Zandal</p>
<p>Kaya S (Turquía): «Blood donation attitudes in young people»</p>	<p>Moreno-Poyato AR (España): «Explorando la relación terapéutica en la práctica clínica de unidades de psiquiatría: percepciones de las enfermeras.»</p>	<p>Olavarría Bevide E (España): «Prevalencia de lesiones relacionadas con la dependencia en pacientes hospitalizados»</p>	<p>Luna Avilés MD (España): «Conocimientos de los docentes sobre el asma y recursos disponibles en los centros educativos»»</p>
<p>Martín-Crespo Blanco MC (España): «Grado de adhesión a la dieta mediterránea en población preescolar»</p>	<p>Martinho J (Portugal): «Creencias de los estudiantes de enfermería acerca de las enfermedades e enfermos mentales»</p>	<p>Soriano Cano A (España): «Diferencias de fragilidad en población anciana de ámbito rural versus urbano del área de salud de Cuenca.»</p>	<p>Moreno-Arroyo M (España): «Conocimientos y percepción del riesgo biológico de los estudiantes de grado de enfermería de la Universidad de Barcelona»</p>
<p>Cebrián Batalla M (España): «Adherencia al tratamiento en adolescentes trasplantados renales: exploración de opiniones y vivencias relacionadas.»</p>	<p>Díaz Valentín MJ (España): «Relación entre inteligencia emocional y satisfacción con la vida en estudiantes enfermería»</p>	<p>Chirveches-Pérez E (España): «Indicadores de resultados de enfermería NOC:predictores de aparición de repercusiones en los cuidadores informales»</p>	<p>Balaguer-Pallarés I (España): «Seguridad del paciente: percepción, creencias y actitudes en estudiantes de grado en enfermería»</p>
<p>Cavero Redondo I (España): «Relación entre la composición corporal y la condición física en niños en edad preescolar»</p>	<p>Bernal-Celestino RJ (España): «Acceso a la atención secundaria de salud de personas con discapacidad intelectual» (VIRTUAL)</p>	<p>Recio Andrade B (Alemania): «Influencia del Alzheimer en la pareja» (VIRTUAL)</p>	<p>Almazor-Sirvent A (España): «Utilización de las nuevas tecnologías en estudiantes de enfermería de grado»</p>
<p>Roset M (España): «Intervención educativa sobre la adherencia a la dieta mediterránea en niños de uno a dos años. Ensayo clínico EniM.»</p>	<p>Oter Quintana C (España): «Un lugar donde estar tranquila. La noción de hogar en mujeres sin hogar.»</p>	<p>Gómez Jiménez E (España): «Estudio piloto de intervención enfermera en la prevención del síndrome confusional en una unidad de agudos de geriatría»</p>	<p>Olivé Ferrer MC (España): «Elementos que dificultan el desarrollo del pensamiento crítico en el grado de enfermería y propuestas de mejora»</p>
<p>Encinar Prieto C (España): «Efectos de los galactogogos no medicamentosos en la lactancia materna. Revisión sistemática.»</p>	<p>González Gil T (España): «Enfrentando la vulnerabilidad. Estrategias performativas en mujeres sin hogar»</p>	<p>Bautista Villaécija O (España): «La desnutrición como indicador de días de ingreso y carga de trabajo para enfermería»</p>	<p>Zarandona Calvo J (España): «Método de caso: valoración del efecto de una metodología activa en el aprendizaje de los estudiantes de enfermería»</p>
		<p>Martinho J (Portugal): «Caracterización de la sobrecarga de cuidadores informales en mayores de 65 años»</p>	<p>Cidoncha Moreno MA (España): «Barreras para la investigación en enfermería en Osakidetza»</p>
<p>21:00</p> <p>Cena de congreso. (IMPRESINDIBLE IDENTIFICADOR CONGRESO)</p> <p>Conference's dinner. (CONFERENCE IDENTIFICATION REQUIRED)</p>			

20 Noviembre - 20 November

9:00 - 11:30	Mesa de comunicaciones 23 Cáncer / Cuidados paliativos Concurrent session 23 Cancer / Palliative Care Moderador / Chair: Teresa Moreno	Comunicaciones orales breves VII Oral brief presentations VII Moderador / Chair: Chelo Company y Laura Albornos	Mesa de comunicaciones 24 Práctica clínica Concurrent session 24 Clinical Practice Moderador / Chair: Silvia Esteban	Comunicaciones orales breves VIII Oral brief presentations VIII Moderador / Chair: Marian Cidoncha y Ana Mateo
  	SALA – ROOM Salvadora D'Anglada			
Gómez Iglesias M (España): «Valoración de la incertidumbre percibida por los pacientes oncológicos»	<i>Detalle en página siguiente</i>	Gokce S (Turquía): «An experimental study on diabetic foot: effects of hypericum perforatum, clinoptilolite and hydrocolloid dressings on wo»	<i>Detalle en página siguiente</i>	
Gil Rubio P (España): «Utilización de recursos asistenciales de niños diagnosticados de cáncer hace diez años»	<i>Details in next page</i>	Baldewijns K (Bélgica): «Current heart failure care in the kempen region in Flanders (BE): the role nurses play»	<i>Details in next page</i>	
Uslu Y (Turquía): «Port catheter applications: a qualitative study on experiences of cancer patients» (VIRTUAL)		Kaya S (Turquía): «Comparison of individualized care perceptions of surgical patients and nurses»		
Cabrera Jaime S (España): «Gestión de la visita urgente oncológica: perfil y necesidades.»		UyanıK U (Turquía): «Determining the satisfaction of inpatients treated in Turgut Özal University Medical Faculty Hospital surgical service»		
Ulibarri Ochoa A (España): «Calidad de vida como indicador de resultados en personas con cáncer tratadas con quimioterapia sistémica ambulatoria» (VIRTUAL)				
Benito Carranza L (España): «"Análisis de la calidad de vida en pacientes con tumores de cabeza y cuello. Toxicidad de la quimio-bioradioterapia."»				
Cabrera Jaime S (España): «Impacto de las walkrounds en la cultura de seguridad del paciente en 3 centros monográficos oncológicos.»				
Paras Bravo P (España): «Quimioterapia, radioterapia y terapias biológicas, ¿hemos conseguido reducir los efectos secundarios?»				
Ocaña Bombardo T (España): «Aumento de la adherencia al cribado de CCR asociado a reuniones informativas en familias con síndrome de Lynch»				
11:30 Café y Exhibición de pósteres – Coffee and Poster exhibition				
SESIÓN PLENARIA - PLENARY SESSION				
12:00 - 13:00	Hacia una atención compasiva: la mejora de los resultados en salud mediante los cuidados centrados en el paciente y familia			
	Dra. Susan Frampton. Presidenta de Planetree			
	Improving health outcomes by providing patient and family centred care			
	Susan Frampton. PhD. President of Planetree			
	Moderador / Chair: Esther González			
	   SALA - ROOM PARANINFO			
13:15	Acto de entrega de premios (Sólo se entregarán los premios cuando al menos uno de los autores firmantes del trabajo esté presente).			
	Awards ceremony (The prizes will be awarded only to those present).			

<p align="center">Comunicaciones orales breves VII Oral brief presentations VII  SALA – ROOM Isabel M. Stewart <i>Moderador / Chair: Chelo Company y Laura Albornos</i></p>	<p align="center">Comunicaciones orales breves VIII Oral brief presentations VIII  SALA – ROOM Isabel Zenda <i>Moderador / Chair: Marian Cidoncha y Ana Mateo</i></p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mercader Coma J (España): «Riesgo de hemorragia y conocimientos ante el tratamiento oral con antagonistas de la vitamina K en atención primaria» 2. González González J (España): «¿Están controlados los pacientes con fibrilación auricular no valvular tratados con antagonistas de la vitamina K seguid?» 3. Corrales Pérez JM (España): «Heridas crónicas: realidad o ficción...» 4. García Martínez E (España): «Efectividad del tratamiento no farmacológico en los síntomas físicos y psicológicos en cicatrices: revisión sistemática» 5. Vila Vidal D (España): «20 años de enfermería hiperbárica en un hospital comarcal» 6. Bittencourt Madureira A (Brasil): «Acciones para la gestión de cuidado de las personas con riesgo de complicaciones de la hipertensión» 7. Adell-Lleixà M (España): «Valoración de la calidad de vida relacionada con la salud y técnicas de diálisis: resultados preliminares.» 8. Simarro Blasco JA (España): «Evaluación del estado de hidratación de nuestros pacientes en hemodiálisis» 9. Mas Romero M (España): «Prevalencia de lesiones por humedad en una residencia de mayores» 10. Sousa Salgueiro-Oliveira A (Portugal): «Permanencia de los catéteres venosos periféricos y flebitis.» 11. Soto Cámara R (España): «Periodicidad en el cambio de los sistemas de infusión IV- investigación secundaria» 12. Ortuño-Soriano I (España): «Opinión y conocimiento de enfermeras de atención especializada sobre el informe de cuidados de enfermería» 13. Gorricho Genua M (España): «La seguridad en el uso correcto del Port-A-Cath; una intervención en alumnos de enfermería.» 14. Martínez Segura E (España): «Nivel competencial de los enfermeros que realizan triaje/RAC en los servicios de urgencias» 15. González Rodríguez M (España): «¿Es fiable hacer la prueba de hemoglobina glicosilada en la consulta de enfermería?» 16. García Nieto R (España): «Herramientas en el abordaje de los estados de ansiedad usadas por el personal de enfermería de A.P.» 17. García García A (España): «La ansiedad y el nerviosismo como desencadenantes de reacciones vasovagales en los donantes de sangre» 18. Sanches Maziero EC (Brasil): «Comprobación de identificación del paciente en las listas de verificación de cirugía segura de un hospital de enseñanza» 19. Ros Muñoz BF (España): «Análisis de partos mediante cesárea en un hospital de área en el año 2014. ¿Nos aproximamos a las recomendaciones de la?» 20. Castellà Creus M (España): «Grado de adecuación de la prescripción dietética en unidades de hospitalización de agudos» 21. Riera Badia MA (España): «Evolución de los estresores en enfermos con traqueostomía y ventilados mecánicamente al año de su alta de UCI» 22. Soto Cámara R (España): «¿Es necesario humidificar el oxígeno antes de su administración? - Investigación secundaria» 23. Rodríguez Gonzalo A (España): «Síndrome de burnout en el personal de enfermería de los dispositivos de salud mental del área norte de Madrid.» 24. Simarro Blasco JA (España): «Estudio regional sobre la percepción de la calidad de vida profesional del personal de enfermería.» 25. Vallelado García MD (España): «Conocimiento y uso de la tarjeta amarilla en enfermería» 26. Carmona Torres JM (España): «Violencia por compañero íntimo en profesionales sanitarios de ambos sexos (médicos, enfermeras y aux. de enfermería)» 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Silva de Abreu Rodrigues L (Brasil): «Percepción de las madres, padres y profesionales de enfermería en relación al cuidado humanizado al recién nacido prema» 2. Silva D (Portugal): «Experiencias de padres de niños con diabetes mellitus inaugural» 3. Salvadó Hernández MC (España): «Conceptualizando el proceso de adaptación a la enfermedad: sentimientos de las madres tras el diagnóstico de diabetes me» 4. Álvarez-Bueno C (España): «Prevalencia de delgadez, sobrepeso y obesidad en escolares españoles de 4-6 años en 2013. Situación en contexto europeo.» 5. Alvarez Diez RM (España): «Análisis de la variación en el patrón del desayuno de nuestros escolares tras intervenciones educativas durante 2 años» 6. Galindo Ferrer M (España): «Eficacia de un programa educativo para mejorar la adherencia al tratamiento inhalatorio en niños con fibrosis quística» 7. Pousada González MA (España): «Pacientes con trastorno mental grave: ¿infradiagnosticados e infratratados?» (VIRTUAL) 8. Camarero Gazapo N (España): «Hábitos tóxicos (drogas, abuso de psicoestimulantes y uso de móvil) en población joven universitaria.» 9. Lima-Rodríguez JS (España): «Discapacidad intelectual en niños y adolescentes: influencia en la familia y la salud familiar.» 10. Marchal Torralbo AM (España): «Detección del riesgo suicida en la consulta escolar de enfermería.» 11. Salamanca Castro AB (España): «Estudio ITESA: efectividad de una intervención educativa para la reducción del sexismo ambivalente en adolescentes» 12. Ruiz Iglesias A (España): «El conocimiento de los adolescentes sobre sexualidad y anticoncepción en centros públicos y privados de Sevilla.» 13. González Hernando C (España): «Aprendizaje híbrido o Blended Learnig en el grado en enfermería» 14. Alfonso Manzanet JE (Cuba): «El artículo científico como fuente de información primaria en la formación del estudiante de licenciatura en enfermería» 15. Isern-Farrés O (España): «Simulación clínica en el grado en enfermería. Satisfacción del alumnado» 16. Romero-Collado A (España): «Contenidos relacionados con farmacología en las asignaturas de grado en enfermería en España» 17. López De La Osa Platas M (España): «La comunicación en enfermería: ¿una asignatura pendiente?» (VIRTUAL) 18. Moreno Arroyo MC (España): «La simulación clínica avanzada como instrumento para la formación postgraduada» 19. Fernandez Araque AM (España): «Satisfacción laboral del profesorado universitario en las facultades de enfermería españolas.» 20. Leñero Cirujano M (España): «Percepción de estudiantes de enfermería sobre la formación en el humor como elemento clave del cuidado enfermero» 21. Pimenta G (Portugal): «La depresión y la satisfacción con el apoyo social en los estudiantes de enfermería» 22. Casas Baroy JC (España): «EviCur, una aplicación TIC para la actualización en competencias informacionales en enfermería» 23. Estrada Masllorens JM (España): «Adquisición de conocimientos y satisfacción académica en la formación posgraduada basada en simulación avanzada» 24. Hellin Gil MF (España): «Accesibilidad y aplicabilidad de los protocolos de cuidados entre los profesionales de enfermería» (VIRTUAL) 25. Muñoz Sánchez M (España): «Las reclamaciones en urgencias hospitalarias como elemento de participación del ciudadano en su salud y seguridad. Evolu» 26. López Vallecillo M (España): «Plan de mejora en la cumplimentación del registro de úlceras por presión a través de sesiones formativas»

Pósteres - Posters

Rincón del alumno de primer ciclo – Undergraduate Student's corner

4.	Jiménez Ramos I (España)	«"escuela para profesores": intervención educativa.»
5.	Rodríguez García MDC (España)	«Los beneficios del modelo de hospital magnético en el ámbito asistencial de los cuidados»
6.	Zancajo E (España)	«Relación de los xenoestrógenos y la aparición del cáncer de mama. Revisión sistemática»
7.	Jiménez Delgado C (España)	«Protocolo de investigación: cirugía bariátrica como factor protector del cáncer de útero»
8.	Hernandez Porras L (España)	«Protocolo de investigación: asociación entre el elevado consumo de té y el riesgo de cáncer de esófago»
11.	Balletero Quinto I (España)	«La mutilación genital femenina y el papel de la enfermería en dicha práctica.»
13.	Candil C (España)	«Protocolo de investigación: consumo de fresas y reducción de los niveles de colesterol en pacientes con s. metabólico.»
14.	Pardo Macedo I (España)	«Asociación entre una dieta enriquecida con nueces y la mejora de los niveles de colesterol no HDL»
15.	Gómez Hernández E (España)	«Efecto de la reducción de peso en los pacientes con apnea obstructiva del sueño sobre la progresión de la enfermedad.»
17.	Moreno Vilches I (España)	«Sexualidad durante el embarazo y el puerperio»
18.	Gonzalez Garrido I (España)	«Satisfacción del nacimiento en casa vs nacimiento en el hospital en la comarca del Baix Empordà»
19.	Manzano Salinero L (España)	«Efectos de la cafeína durante el embarazo y la lactancia materna. Revisión bibliográfica.»
21.	Herranz Benito D (España)	«Protocolo de investigación: consumo moderado de café como factor protector de la enfermedad de Parkinson»
22.	Sala Lara A (España)	«Consecuencias en la salud del cuidador principal de personas adultas con trastorno del espectro autista»
25.	Quintana Martínez De Ilarduya A (España)	«Efectividad de las medidas educativas en el control de la diabetes.»
26.	Jiménez P (España)	«Elevado consumo de café y reducción del riesgo de diabetes mellitus 2. Protocolo de investigación»
27.	Barco Perdiguero MB (España)	«Afrontamiento de la sexualidad en el paciente portador de ostomía digestiva de eliminación»
28.	Renado Diez A (España)	«Protocolo de investigación: la enfermedad renal o cardíaca como factor de riesgo del síndrome cardiorenal»
32.	Colomé Sans A (España)	«La comunicación enfermera en pacientes con alteración de la conciencia ingresados en una unidad de cuidados intensivos»
33.	Combis Hurtós L (España)	«Eficacia de la formación en soporte vital básico y uso del DEA a la población. (Revisión bibliográfica)»
34.	Campillo Manzano P (España)	«Burnout y carga familiar en enfermeras de urgencias de la comunidad de Madrid. Proyecto de investigación.»


Rincón del alumno de segundo ciclo (Máster y EIR) – Master student's corner

37.	Gallego Jiménez M (España)	«Autolesiones no suicidas en personas con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa»
38.	Menéndez González L (España)	«Habilidades de autorregulación, autoeficacia y locus control en la regulación del peso»
39.	Yañez Amoros B (España)	«Conocimientos y actitudes del equipo de pediatría de atención primaria sobre el manejo de los trastornos de aprendizaje»
40.	Sibón Sancho GM (España)	«Impacto de los roles de género en la salud de los cuidadores de niños y niñas con trasplante renal»
41.	Tomás Sabater P (España)	«Evaluación de la efectividad del proyecto "promoción de una vida activa" en centros de salud de Mallorca»
43.	Rafael Cots M (España)	«Calidad de vida y manejo de su enfermedad en pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca en atención primaria»
44.	Yañez Amorós B (España)	«Beneficios del chocolate negro en el sistema neuro-cardio-metabólico. Revisión bibliográfica.»
45.	Fernández Gutiérrez L (España)	«Y al final, ¿qué? tu enfermera te acompaña»
47.	Domínguez-Sánchez I (España)	«Máster en nuevas tendencias asistenciales en ciencias de la salud, percepciones y valoración de profesores y alumnos»



50.	Rodríguez Gonzalo A (España)	«Efectividad de una intervención educativa para mejorar la sobrecarga del cuidador de pacientes con trastorno bipolar.»
53.	Díaz Fernández S (España)	«Satisfacción de los usuarios de un programa de psicoeducación para familiares de personas con trastornos mental grave»
56.	Gallego Jiménez M (España)	«Intervenciones de enfermería para personas sin techo con problemas de salud mental»
57.	Solà Miravete ME (España)	«La valoración enfermera como instrumento de detección del riesgo de confusión aguda durante la hospitalización»
59.	Domínguez-Sánchez I (España)	«El afrontamiento familiar en la institucionalización del anciano en centros residenciales»
60.	Rainho C (Portugal)	«La prevención de accidentes y primeros auxilios a los cuidadores ancianos: desde el diagnóstico hasta la intervención»
62.	López-Soto PJ (España)	«Perfil de los cuidadores informales de personas con enfermedad de Alzheimer: revisión sistemática»
64.	Herrera Sánchez E (España)	«¡Cuidemos al que espera fuera! Valoración de las necesidades de los familiares del paciente crítico.»
65.	Rodríguez Gonzalo A (España)	«Descanso nocturno en el paciente hospitalizado. Visión del paciente y del profesional»
66.	León Larios F (España)	«Impacto de una intervención educativa sobre desayuno saludable en Perú.»
67.	Perez Paniagua J (España)	«Valoración de la actividad física y hábitos alimentarios en un colectivo de estudiantes de primero de enfermería»
68.	Cava Castillejo G (España)	«Hábitos del sueño y riesgo de obesidad en escolares»
69.	Zafra Agea JA (España)	«Proyecto tics "salud y escuela virtual": promoción de alimentación saludable.»
70.	Freijomil Vázquez C (España)	«Afrontamiento y vivencias de las mujeres con virus del papiloma humano: revisión de la literatura»
71.	Marín Vega S (España)	«Representación de la enfermería familiar y comunitaria en los tesauros de las principales bases bibliográficas»
72.	Domínguez-Sánchez I (España)	«Influencia de los acontecimientos vitales estresantes sobre la salud familiar»
73.	Fernandez Cuesta AI (España)	«Contracepción e inmigración»
75.	López-Sánchez MP (España)	«La conversa-acción como herramienta de promoción de la salud en entornos urbanos.»
76.	Lima-Serrano M (España)	«Consistencia y estructura interna de escalas para medir determinantes del consumo excesivo de alcohol en adolescentes»
77.	Domínguez-Sánchez I (España)	«Historia familiar del consumo de alcohol y su influencia en el consumo de alcohol de los adolescentes»
78.	Amador-Marín B (España)	«Factores que influyen en el consumo excesivo de alcohol en adolescentes, a través del modelo i-change: grupos focales.»
79.	Perez Galvez D (España)	«Intervención en un área de salud para aumentar los registros metodológicos enfermeros en atención primaria»
80.	Rainho C (Portugal)	«El conocimiento de primeros auxilios y soporte vital básico de los auxiliares en la escuela»
81.	Barrio López-Cortijo I (España)	«¿Qué medicamentos guardan los madrileños en sus domicilios?»
82.	Montañez Frausto MA (México)	«Control de la conducta percibida para VIH/SIDA y la conducta sexual en jóvenes universitarios»
83.	Arroyo Naranjo A (España)	«Prácticas sexuales y anticonceptivas del alumnado universitario de ciencias de la salud según el currículum académico»
85.	Zafra JA (España)	«Proyecto TICS tecnologías de la información y la comunicación programa de salud y escuela para la promoción y prevención»
86.	Velasco V (España)	«Cribado de la retinopatía diabética a través de sistemas de telemedicina: teleoftalmología»
87.	Rodríguez Gonzalo A (España)	«Baja autoestima situacional y fractura de cadera: repercusión en la recuperación funcional»
88.	Roldán-Merino J (España)	«Competencia digital, motivaciones e intereses de las cuidadoras en cuanto al uso de las TIC's.»
89.	Tauste Galera CM (España)	«Perfil del cuidador informal en la esclerosis lateral amiotrófica»
91.	Vazquez A (España)	«Tratamientos para el dolor ocular derivado de la cirugía de ablación de superficie avanzada: revisión sistemática»
95.	Sousa Salgueiro-Oliveira A (Portugal)	«Terapias no farmacológicas en el tratamiento del dolor oncológico.»
96.	Lopez Navarro MJ (España)	«Calidad de los cuidados administrados por los equipos de cuidados paliativos. Estudio descriptivo»
98.	Espírito Santo FH (Brasil)	«Demandas de atención de enfermería de los pacientes oncohematológicos hospitalizados»
99.	Montes Aguilera AJ (España)	«Efecto de la implementación de un protocolo de manejo del drenaje ventricular externo sobre la tasa de ventriculitis»

101. Díaz Vigón N (España)	«¿Le duele? ¿Nada que hacer? ¡Sí!»
103. Castaño Andujar A (España)	«Diagnostico de salud de la población de una unidad básica asistencial en el centro de salud integrado de Santa Pola»
104. Castaño Andujar A (España)	«Implantación de un programa de atención domiciliaria en un centro de atención primaria de salud»
105. Sánchez Martos EA (España)	«Estudio manejo inefectivo regimen terapeutico en hospitalización a domicilio. estudio emirthad paciente crónico»
106. Martínez Martínez JA (España)	«Efectividad del cribaje de la enfermera gestora de casos en la reducción de amputaciones mayores en una unidad de pie di»
107. Rico Martín S (España)	«Estudio de validez de un dispositivo propio para la evaluación de rigidez arterial. Correlación con dispositivo complior»
108. Bittencourt Madureira A (Brasil)	«La representación social del usuarios de lo programa hiperdia sobre el tratamiento de la hipertensión arterial.»
109. Agudo Navas S (España)	«Disfagia orofaríngea en los pacientes con ictus hospitalizados en una unidad de neurorehabilitación»
110. Rico Martín S (España)	«Determinación del riesgo cardiovascular mediante nuevas herramientas en pacientes diabéticos»
111. Espirito Santo FH (Brasil)	«El cuidado de las heridas y el uso de prácticas populares»
112. Martín Vaquero Y (España)	«Evidencias de las actividades enfermeras relacionadas con la NIC 2150 terapia de diálisis peritoneal»
113. Fernández Pérez L (España)	«Adherencia y dificultades en el tratamiento tópico de glaucoma»
114. Ballesteros Tena M (España)	«Enfermedad de Parkinson: intervención educativa sobre los síntomas no motores memoria del trabajo fin de grado»
115. Da Costa Silva J (Brasil)	«Estilo de vida de las personas con úlcera venosa: implicaciones para la salud.»
118. Silva E (Portugal)	«La importancia de la participación del padre en la lactancia materna»
119. Domínguez Romero A (España)	«Análisis del alta de enfermería interhospitalario en un hospital fronterizo.»
121. Gonzalez Gallego M (España)	«Satisfacción de madres lactantes de nuestra zona con los cuidados recibidos: analisis a las 48 h del alta hospitalaria»
123. Domínguez Romero A (España)	«Análisis de los planes de cuidados de los neonatos con trasladado interhospitalario»
125. Guix Comellas EM (España)	«Información y consejo sanitario telefónico, relacionado con la frecuentación al servicio de urgencias pediátricas»
127. Pastor Ballesteros P (España)	«Eficacia de las estrategias en investigación para la mejora de la práctica asistencial: auditoría y retroalimentación»
128. Rodríguez-Martín B (España)	«¿Cuáles son las motivaciones de los profesionales sanitarios para estudiar y practicar acupuntura en españa?»
129. Hernández García C (España)	«Factores organizacionales de los hospitales magnéticos y su papel en la prevención del síndrome de burnout.»
130. Gómez-García T (España)	«Diferencias en las tareas realizadas por los profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario (2009 -13).»
131. Cardoso Dos Santos M (España)	«La salud mental enfermera en la calidad de cuidados»
133. Aguado A (España)	«Evaluación del conocimiento sobre la “tarjeta amarilla” por parte de los profesionales enfermeros»
135. Barrado Narvió MJ (España)	«Expectativas enfermeras en las unidades de cuidados intensivos»
136. Martínez Roche ME (España)	«Estudio cualitativo sobre la satisfacción laboral en enfermeras de atención especializada de la Región de Murcia»
137. Ferrero Alonso AB (España)	«Burnout en enfermería de quirófano»
138. Coelho Martinho R (Andorra)	«Repercusión de las políticas sanitarias en los cuidados enfermeros: una revisión sistemática»
139. Gonzalez Flores AA (España)	«La formación enfermera en el Alicante franquista»
141. Ríos Rísquez MI (España)	«Estudio cualitativo sobre la satisfacción con la calidad de vida laboral en los enfermeros de un hospital general»
143. Fernández Sarró J (España)	«El síndrome de burnout y su prevención mediante cambios en la cultura organizativa hospitalaria»
144. Rodríguez Murillo JA (España)	«Herramienta de comunicación hospitalaria: webmail»
145. Bendito Barber C (España)	«Análisis del stock de material fungible en una UCI: reorganización y disminución de costes.»
146. Sousa Salgueiro-Oliveira A (Portugal)	«Cambios verificados en el clima organizativo de un equipo de enfermeros: impacto en los cuidados de enfermería»
147. Garcia Perez RM (España)	«Percepción higiene de manos entre los profesionales vs observación directa. Conclusiones»

148. Urán García JE (España)	«Registro enfermero UPP: importancia del registro para indicadores psi-seguridad del paciente y marcador POA en el CMBD»
149. Pastor Ballesteros P (España)	«Estudio de calidad en limpieza de superficies, utensilios y menaje en una cocina hospitalaria.»
150. Fernández Basanta S (España)	«Creación de recuerdos en el duelo perinatal: revisión de la literatura»
151. Da Costa Silva J (Brasil)	«Identificar el conocimiento de los padres y tutores de los niños de una guardería en Niterói sobre prevención de la helm»
157. Caravaca Perez MI (España)	«Prevalencia de los factores de riesgo en el ictus en pacientes ingresados en el Hospital Reina Sofía Área VII»
158. Domínguez Romero A (España)	«Complicaciones del paciente quirúrgico con curas complejas.»
160. López Baceiredo E (España)	«Salimos a la calle: ¿consentimos la violencia de género?»
162. Leñero Cirujano M (España)	«Percepción de estudiantes de enfermería sobre la utilización del humor como intervención enfermera»
163. Zarandona J (España)	«Evidencias de aprendizaje aceptables para la enseñanza del cuidado al paciente con ictus en el grado en enfermería»
164. Gonzalez De La Cuesta D (España)	«La enfermería que viene: análisis de la profesión a través de los trabajos de fin de grado»
165. Rihuete Galve MI (España)	«Implementacion de un programa de formación teorico-práctica en habilidades clínicas»
166. Dueñas Rodriguez M (España)	«Congreso científico como herramienta de aprendizaje e introducción a la investigación»
167. Bendito Barber C (España)	«¿Podemos las enfermeras asistenciales organizar con éxito una jornada de investigación?»
168. Gutierrez Iglesias BM (España)	«Pilotaje del método de aprendizaje grupal QNS para prácticas clínicas de enfermería»
169. Cobo-Cuenca AI (España)	«El aprendizaje basado en problemas en el grado de enfermería: metodología integradora y motivadora para el alumnado»
171. Tapia Serrano G (España)	«Sistemas de enseñanza sobre farmacología en estudiantes de enfermería.»
Pósteres en inglés – English posters 	
172. Rodríguez-Martín B (España)	«Individualized care scale-patient: validity and reliability of the spanish version»
174. Baldewijns K (Bélgica)	«Development of a measurement application to optimize the diagnostic process in heart failure»
175. Grochulska A (Polonia)	«The role of nurses in secondary prevention of cardiovascular disease»
177. Culig J (Croacia)	«Adherence to medication in chronic diabetes patients»
179. Reis Santos M (Portugal)	«Online learning in nurse education – students' opinion»
180. Kızılcık Özkan Z (Turquía)	«Nursing students' feelings and opinions about death and terminal stage»
183. Prata AP (Portugal)	«B.learning in nursing – an innovative strategy»
185. Havrankova J (República Checa)	«Improving effectivity of patient education by nurses using simulation training methods.»
186. Kotrotsiou E (Grecia)	«The knowledge of primary school students regarding life skills.»
187. Kotrotsiou E (Grecia)	«Self concept and self esteem of students in elementary and high school and their relationship with the physical educatio»
193. Khaleghdoost Mohammadi T (Irán)	«Surveying the condition of pre-hospital emergency and factors associated to it in traumatic patients were transported t»
197. Dias Pedreschi Chaves L (Brasil)	«Facilitators and constraints of the work in patient care team in a hospital emergency trauma»
198. Baghaie Lakeh M (Irán)	«Survey of earplug effect on patient's sleep quality in coronary care units»
199. Khaleghdoost Mohammadi T (Irán)	«Comparison of intermittent and continuous monitoring on endotracheal cuff pressure changes in icus patients»

Expocoruña. Juana Capdevielle 2, 15008. A Coruña. España.



Por respeto al medio ambiente tirame a la papelera. Out of respect for the environment throw me into the trash.

El precio de la inscripción incluye asistencia al encuentro, material y documentación, cafés y comidas durante los días del encuentro. No incluye viaje ni alojamiento. La inscripción virtual (para las presentaciones virtuales) solo proporcionará acceso a la mesa de comunicaciones en la que se presentará dicha comunicación.

La sede dispone de acceso para minusválidos. Este servicio deberá solicitarse por escrito antes del 1 de octubre de 2016.

Habrà un servicio de interpretación simultànea durante el encuentro. Los idiomas oficiales del encuentro son español e inglès.

Registration fee includes attendance to the conference, material and documents, coffees and meals during the days of the conference. It does not include travel and/or accommodation. Virtual registration (for virtual presentations) only provides access to the concurrent session in which your abstract will be presented.

Handicaped access will be available if resquested before October 1th 2016.

There will be simultaneous translation at the conference. Papers may be presented both in Spanish and English.



Unidad de Investigación en Cuidados de Salud
Investèn-isciii. Instituto de Salud Carlos III
C/ Monforte de Lemos, 5. Pabellón 13, sòtano 2 28029 Madrid (España)
Tel: +34 918222546/2536/2547 Fax: +34 913877897
Correo electrònico: congresoinvesten@isciii.es Web: www.isciii.es/investen

XX ENCUENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS



20th International Nursing Research Conference



15- 18 noviembre
A Coruña, España



Martes, 15 de noviembre 2016. Tuesday, November 15th.

16:00h-20:00h Talleres. Workshops.



Miércoles, 16 de noviembre 2016. Wednesday, November 16th.

8:00h Entrega de documentación. Registration.

8:45h Acto inaugural. Opening Ceremony.

9:15h Bienvenida del C. Organizador. Welcome of the Organising Committee.

9:30h Sesión plenaria. Preguntamos a las instituciones ¿qué es lo que se ha hecho y cuál es el futuro? Plenary Session. We would like to ask the Nursing Institutions: What has been done in the last 20 years and what is the future of Nursing research?

- **Dr Patricia Grady.** Director. National Institute of Nursing Research (NINR).
- **Hester C. Klopfer.** STTI President. Sigma Theta Tau International (STTI).
- **Galina Perfilieva.** Regional Adviser at World Health Organization.
- **Professor Ruth Northway.** Chair of Research Society. Royal College of Nursing.

11:00h Café / Exhibición de pósteres. Coffee / Poster exhibition.

11:30h Presentaciones orales / Sesiones exprés. Oral presentations / Express sessions.

13:15h Comida. Lunch.

15:00h Presentaciones orales. Oral presentations.

16:45h Presentaciones orales. Oral presentations.



Jueves, 17 de noviembre 2016. Thursday, November 17th.

9:00h Sesión plenaria. Preguntamos a los investigadores ¿qué es lo que se ha hecho y cuál es el futuro? Plenary Session. We would like to ask the Nursing researchers: What has been done in the last 20 years and what is the future of Nursing research?

- **José Miguel Morales Asencio.** Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Málaga.
- **Pedro Pancorbo Hidalgo.** Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Jaén.
- **Paz Fernandez Ortega.** Universidad de Barcelona, Instituto Catalán de Oncología.
- **Carmen de la Cuesta Benjumea.** Dpto. Psicología de la Salud, Universidad de Alicante.
- **Ana García Pozo.** Hospital Gregorio Marañón, Asociación Madrileña de Investigación en Enfermería (ASOMIEN).
- **Erica Briones Vozmediano.** Facultad de Enfermería, Universidad de Lleida.
- **Carmen Jover Sancho.** Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona).

11:00h Café / Exhibición de pósteres. Coffee / Poster exhibition.

11:30h Presentaciones orales / Sesiones exprés. Oral presentations / Express sessions.

13:15h Comida. Lunch.

15:00h Presentaciones orales. Oral presentations.

16:45h Presentaciones orales. Oral presentations.



Miércoles, 18 de noviembre 2016. Friday, November 18th.

9:00h Presentaciones orales / Sesiones exprés. Oral presentations / Express sessions.

11:30h Café / Exhibición de pósteres. Coffee / Poster exhibition.

12:00h Sesión plenaria. Plenary Session. **Linda H Aiken**, PhD, FAAN, FRCN, RN Claire M. Fagin Leadership Professor in Nursing, Professor of Sociology, and Director of the Center for Health Outcomes and Policy Research.

13:30h Acto de entrega de premios. Awards ceremony.



Linda H Aiken, PhD, FAAN, FRCN, RN

Claire M. Fagin Leadership Professor in Nursing, Professor of Sociology, and Director of the Center for Health Outcomes and Policy Research.



Inscripción anticipada (antes del 1 sept, taller gratuito) <i>Early registration (free workshop, before 1 sept)</i>	300€
Inscripción normal <i>Normal registration</i>	300€
Personal del ISCIII, Comisión Consultora e Instituciones organizadoras (no incluye taller). <i>Staff of ISCIII and Organizing Institutions (workshop not included)</i>	250€
Estudiantes de Ciencias de la salud de Grado y países en vías de desarrollo (incluye taller) o Inscripción de retorno (sólo enfermeras españolas trabajando en el extranjero con una comunicación aceptada) <i>Fulltime Undergraduate Students, low income countries (workshop included)</i>	160€
Inscripción ponente virtual <i>Virtual speaker registration</i>	120€
Taller <i>Workshop</i>	40€

Colaboran:
Collaborate:



Patrocinan:
Sponsor:



Casa rural El Caño
(Galinduste-Salamanca)

 **XX ENCUENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS** **INVESTIS16**
20th International Nursing Research Conference
15-18 noviembre. A Coruña, España



Márcalo en tu calendario!
Mark in your calendar!



<https://encuentros.isciii.es/coruna2016/>