

XX ENCUENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS



20th International Nursing Research Conference

15-18 noviembre
A Coruña, España

Libro de Ponencias Books of abstracts



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE



SERVIZO GALEGO
de SAÚDE

Xerencia de Xestión Integrada
de A Coruña



ISBN: 978-84-617-7232-2

Edita: Instituto de Salud Carlos III

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii). Madrid, 2016.

Colaboran:

Collaborate:



Patrocinan:

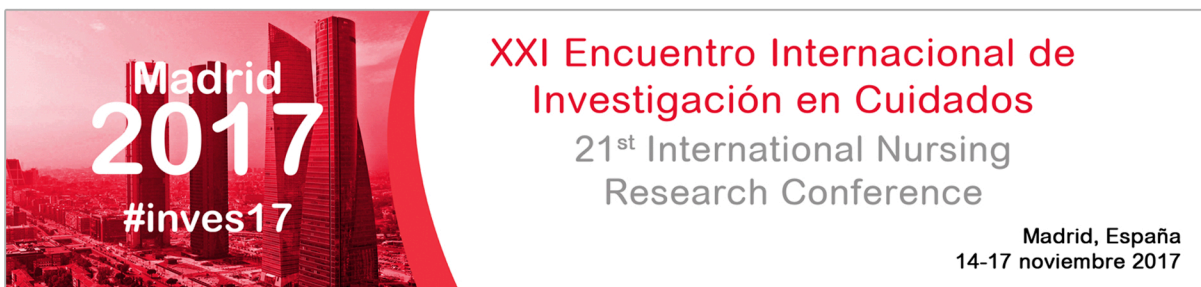
Sponsor:



Casa rural El Caño
(Galinduste-Salamanca)

Márcalo en tu calendario!

Mark in your calendar!



Madrid
2017
#inves17

XXI Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados
21st International Nursing Research Conference

Madrid, España
14-17 noviembre 2017

Mesa de Comunicaciones 1: Práctica clínica

Concurrent Session 1: Clinical Practice

AUTORES/AUTHORS:

Montserrat Tiñena Amorós, M^a Ángeles Barba Flores , Montserrat Martínez Muñoz , Susana Fernández García , Sandra Ponce Ruiz , Joan del Oso Moran , Creu Regne Alegret , Carlos Frutos Gómez

TÍTULO/TITLE:

Evaluación del impacto de las intervenciones formativas realizadas para sensibilizar en el uso racional de las contencio

1-Objetivos

Analizar la efectividad del plan de formación en cuanto a su traslación a la práctica sobre del uso mínimo y racional de las contenciones. Este objetivo se corresponde con el establecimiento de una política corporativa de reducción de las contenciones en el ámbito hospitalario, en el marco de la mejora de la seguridad del paciente y la aplicación de recomendaciones basadas en la evidencia de la Guía de Prevención de caídas RNAO del programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. Las intervenciones formativas específicas aplicadas se basan en un itinerario formativo planificado que incluye la revisión de casos, charlas y sesiones de intercambio de experiencias con la intención de conseguir un cambio cultural que desligue la contención de la prevención de caídas, la interrupción del tratamiento por parte del paciente y el control de conductas.

2-Métodos

Estudio cuasi-experimental (pre-post intervenciones formativas) que incluye a todos los pacientes ingresados en las 50 unidades de hospitalización que disponen de registros informáticos en la Estación de trabajo de enfermería (ETIH) Gacela Care®, de donde se extrajeron los datos a través del Business Object. El periodo de estudio fue de 3 años comprendidos entre el 2013-2015.

Las variables cuantitativas estudiadas fueron: número total de pacientes ingresados, edad (en intervalos de 10 años), pacientes con sujeción, días de sujeción, y tipo de sujeción (abdomen, muñeca dcha. / izda., tobillo dcho. / izdo., sujeción cruzada y sujeción total) y en relación a la formación, se recogieron el número de ediciones formativas y profesionales formados.

Variables cualitativas: actas de las sesiones de revisión de casos donde se contempla la revisión interdisciplinaria, la justificación y adecuación de la intervención, revaloración de la continuidad de cuidados, medicación, valoración del riesgo, puntos débiles y acciones de mejora.

Para analizar el impacto de la estrategia formativa se recogieron los datos de las variables indicadas antes de iniciar el despliegue del plan formativo, en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2013 utilizando estos datos como pretest (t0). A continuación se estudiaron los resultados de los años 2014 (t1) y 2015(t2).

La dirección de enfermería del hospital al plantearse un cambio cultural en lo que se refiere la reducción de las contenciones, y consciente de la dificultad que ello entraña, inicia las estrategias del cambio, con la difusión exhaustiva de una conferencia para provocar una reacción inmediata de controversia y sensibilización. El tema elegido no fue otro que "desatar". Las conferenciantes y a la vez docentes fueron seleccionadas por su gran experiencia en el ámbito de estudio en el uso de las contenciones y están consideradas como referentes en entorno sanitario y académico, con una amplia experiencia teórica y práctica. El itinerario formativo se estructuró en tres módulos: el primero fue la Sensibilización para la prevención de las caídas, el segundo orientado al Uso racional de las contenciones y alternativas, y en el tercero se abordaron los Cuidados de la sujeción física i/o mecánica en el ámbito hospitalario.

Una vez establecida y despegadas las acciones descritas, la dirección de enfermería se plantea, si al propugnar un cambio de paradigma, y acompañarlo de una formación acorde, éste se trasladará a la práctica y con ello a una reducción de sujeciones. Intervenir en un sistema de valores que se sustenta en la creencia y que se perpetúa en el tiempo, para sustituirlo por otro supone un proceso de larga duración y requiere ser acompañado de múltiples acciones, ya que es necesario modificar un sistema de valores basado en conocimientos y prácticas erróneas para crear otras nuevas.

Cambiar estas prácticas implica, en primer lugar, poder visibilizar y, por tanto, exponer los datos referentes al año 2013 para conocer nuestra situación como punto de partida.

Entre las múltiples acciones que acompañan a la formación específica, se intenta hacer reflexionar a los profesionales a través de las revisiones de casos de forma multidisciplinar para, de forma retrospectiva, realizar un análisis en profundidad del cuadro clínico que presentó, las intervenciones realizadas y la evolución observada, dando la oportunidad de reconsiderar la actuación efectuada y la

posibilidad de otras alternativas que podrían haber pasado desapercibidas. Al mismo tiempo, la revisión de casos, que deben ir acompañadas de un acta donde consten los contenidos anteriormente mencionados, se establece como objetivo individual dentro del pacto de objetivos del hospital.

3-Resultados

La población de estudio en los tres años ha sido de 125.530 pacientes; en el periodo t0- 41.605; t1-41.152, y en t2-42.773 pacientes. De los cuales, se les realizó sujeción mecánica a: t0- 657; t1-648; t2-583, que corresponde a t0- 1,58%; t1- 1.57% t2-1.36% de pacientes atendidos. Los resultados muestran que hay una tendencia en la disminución progresiva en el total de pacientes en contención. En relación a la media de días de sujeción: t0-19.25; t1-7.82; t2-6.85 días, los resultados muestran que al finalizar el primer año de iniciar las intervenciones formativas descritas se produjo un descenso muy significativo de 11.47 y al término del segundo año mejoran los resultados una media de 0.97 días.

Los resultados recogidos permiten saber que la frecuencia de sujeciones aumenta a medida que los grupos son de mayor edad, tanto en varones como en mujeres. Siendo el intervalo de 80 a 89.9 años el grupo de edad con mayor frecuencia de sujeciones: t1- 44.75%; t2-45.63%, seguido del grupo de 70 a 79.9 años: t1-19.44%; t2-19.55%. La sujeción aplicada con mayor frecuencia es el abdomen: t1-66.67%; t2-73.76%; seguido de la sujeción en muñecas: t1-57.25%; t2-58.86%.

El número de ediciones formativas realizadas fueron un total de 22: t1-12; t2-10 ediciones; el número de profesionales formados fueron un total de 480: t1-277; t2-203 profesionales.

Sesiones revisión de casos: 2 por unidad/año (2014-2015). En las actas de la revisión de casos de t1- se pone de manifiesto que la mayoría de sujeciones son justificadas por los profesionales, pero se acuerda la introducción de mejoras, como la prescripción de sujeción, revaloración y control de la medicación. En el t2-las actas muestran un avance y profundización en la revisión de casos en cuanto a la indicación y las mejoras encaminadas se refieren a la valoración de la conducta/estado mental, revisión de la medicación, y la estandarización del consentimiento informado.

Implicaciones para la práctica clínica

La formación está contribuyendo al cambio de modelo cultural y los resultados muestran una tendencia en la reducción del número y días de contención, por tanto consideramos la utilidad de los planes formativos por su repercusión en la práctica clínica.

El uso de contenciones sigue siendo un tema que genera una considerable preocupación por ser una práctica bastante común a pesar de que debiera considerarse, como una medida terapéutica excepcional que vulnera el principio de autonomía de la persona al limitar la libertad del paciente establecida por la legislación vigente y en la Constitución Española en el artículo 17.1.

Los estándares de calidad asistencial cuestionan la efectividad del uso de contenciones como estrategia de prevención de caídas en pacientes ingresados, como también la ética de su uso. Existen trabajos que recogen los efectos iatrogénicos derivados de su uso e incluso un incremento del riesgo de caídas o lesiones cuando se aplican medidas de contención.

Pero se ha observado que, en ocasiones, a pesar de que los profesionales conocen los problemas derivados del uso indiscriminado de las contenciones, no se lo cuestionan a fondo y acontece una práctica todavía demasiado generalizada. Esta preocupación respecto a su uso indiscriminado, crea la necesidad, de no sólo asesorar a los profesionales en valorar la indicación de contención y asegurar las mejores condiciones de seguridad, sino de promover un cambio cultural profundo que provoque un modelo asistencial donde la utilización de las contenciones físicas sea mínima y justificada.

Conflicto de intereses.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en relación con la autoría de este trabajo y la publicación de este manuscrito.

4-Discusión

La tendencia en la reducción de las contenciones debe seguir el modelo iniciado, ampliando la formación al resto de profesionales de enfermería hasta completar el 100% y nos anima a extenderlo a todos los profesionales implicados. Creemos que las revisiones de casos han sido las intervenciones más efectivas por la oportunidad de reflexión que ofrecen.

Los resultados de este estudio nos muestran la efectividad del plan formativo y de las estrategias llevadas a cabo. Creemos que las acciones formativas deberán mantenerse en el plan anual de formación continuada tal y como indica la recomendación de las guías de buenas prácticas.

En relación a los resultados del estudio y al esfuerzo formativo realizado en estos tres años, consideramos que los valores en cuanto al número y días de contención, todavía son muy elevados.

Este estudio nos lleva a plantear nuevas áreas de trabajo y futuras líneas de investigación que nos ofrezcan datos estadísticamente significativos donde sustentar acciones de mejora.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Briggs J. Sujeciones mecánicas. 2ª parte: Disminución del uso en unidades de agudos y residencias. Best Practice 2002; 6(4):1-6
- Contreras García M^ªJ, López Romero E, Vidal Puig M^ªM. Uso racional de las contenciones físicas. Papers 25. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Benestar Social i Família;2012
- Prevencion de caidas y lesiones derivadas de las caidas en personas mayores. Guia de buenas practicas RNAO Revisada 2011 Disponible a: www.rnao.ca
- Carcoba N, García C, Guevara C. Contención mecànica en Urgencias. Nure Investigación [Revista en Internet] 2012 Oct [Consultado el 15 de Novembre de 2014]60. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/NURE60_protocolo_contencion.pdf
- Col•legi Oficial d'infermeria de Barcelona. Comissió Deontològica. Consideracions davant les contencions físiques i/o mecàniques: aspectes ètics i legals. [Monografía en Internet] [Consultat: 15 de Novembre de 2014]. Barcelona:2006. Disponible en: <http://www.coib.cat/Detall.aspx?tipus=notícia&idDetall=2534>
- Consell de Col•legis de Metges de Catalunya. Centre d'estudis Col•legial. Contencions. En: Quaderns de la Bona Praxi;32 [Consultat el 15 de Novembre de 2014] Barcelona: Abril 2003. Disponible en: www.comb.cat/cat/actualitat/publicacions/bonapraxi/praxi32.pdf
- Negro E, García M. El paciente agitado: planificación de cuidados. Nure Investigación. [Revista en Internet] 2004 [Consultat el 2 de Novembre de 2014]; 6 (6). Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/protocolo%20num6.pdf
- Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria. Alerta núm 5: Precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes. Disponible en: http://www.fadq.org/Portals/0/SeguridadAt/alerta%205%Inmovilización_vz.pdf
- Climent CE, Castrillón E, Miranda CA, González CH, Conde SA, Torres F. Urgencias psiquiátricas. Guías de práctica clínica basada en la evidencia. [Consultat el 30 de Novembre de 2014]. Disponible en: <http://www.medy-net.com/usuarios/jraguilar/Urgencias%20Psiquiaticas.pdf>

AUTORES/AUTHORS:

GIZEM DURMAZ, MELTEM YILDIRIM

TÍTULO/TITLE:

Determining the Factors Affecting the Perception of Patient Safety Culture among Surgical Nurses

Introduction and Aim: Each day, healthcare services are having a more complicated structure in parallel with the changes in the health needs of the community, and developments in health technology. In the meantime, each day there are more risks for healthcare workers and the patients who need their healthcare services. Therefore, the concept of "patient safety" has become an important part of the main objectives of healthcare services all across the world. Providing and maintaining patient safety is one of the main responsibilities of all health professionals. However as nurses spend most of their times with the patients, and focus more in the care and comfort of them, they are the key factor for ensuring the awareness of patient safety culture especially in the hospital settings. Patient safety has a really important role in the care of surgical patients, because of the possible side-effects of analgesics, immobilization, pain and discomfort, and usage of high risk medications as opioids are very common among surgical patients. In addition, perioperative patient care includes many other risks for patients such as wrong site surgery, wrong procedure, medical errors, nosocomial infections, patient falls, and many more. Therefore surgical nurses' perception of patient safety culture is a key role in maintaining patients' safety. Hence, present study was aimed to determine the factors affecting the perception of patient safety culture among surgical nurses.

Method: This descriptive cross-sectional study was conducted between 10.12.2015-31.12.2015 with 135 surgical nurses who were working in the surgical clinics of a foundation hospital and a private hospital located in Istanbul, Turkey. Ethical committee approval and research permissions were obtained from the hospital managements. Socio-Demographic Information Form and Patient Safety Culture Scale were used to determine the level of nurses' patient safety culture and the factors affecting the perception of patient safety. The data were analysed by SPSS 21.0 package program. Normal distribution of the data was tested by One Sample Kolmogorov Smirnov Test and homogeneously distributed data were analysed descriptively by using mean, standard deviation, and frequency; and comparatively by using Independent Sample t-Test, One Way ANOVA, and Pearson Correlation Analysis. Lineer Regression Analysis was used to investigate the factor affecting patient safety culture.

Findings: It was found that there wasn't any significant difference in the level of patient safety culture among nurses in terms of gender, marital status, number of patients taken care in a day, type of patients regarding surgical area, duration of working as a nurse, working in a patient safety committee, and taking a part in hospital's quality studies ($p>0.05$). Age and working period in the same hospital were found pooly and negatively correlated with the level of patient safety culture ($p<0.05$). Increase in the educational level of nurses was found significantly related with the good level of patient safety culture ($p<0.05$). The lineer regression analysis showed that educational level (9.1%), level of evaluating their clinic regarding patient safety policies (3.6%), attendance to related scientific events (3.6%), and experiece of writing incident reports during the past one-year (3.2%) are the main factors affecting the perception of patient safety culture among surgical nurses.

Discussion: According to the findings of the present study, education level of nurses, participation of congresses and symposium regarding patient safety, level of evaluating their clinic regarding patient safety policies, and experiece of writing incident reports during the past one-year were found significantly effective on the perception of patient safety culture among surgical nurses. In parallel with these findings, it can be suggested that hospital managers should raise the awareness of surgical nurses regarding patient safety, and try to maintain the level of awareness by continuous education programs, support them to attend to scientific events related to patient safety. In addition, to establish patient safety culture and improve its perception by nurses, the number of scientific studies regarding this subject should be increased.

Keywords: patient safety, patient safety culture, surgical nurses

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Mesa de Comunicaciones 2: Envejecimiento

Concurrent Session 2: Aging

AUTORES/AUTHORS:

ALMUDENA AVENDAÑO CESPEDES, MARTA MAS ROMERO, RAQUEL CERES MARTINEZ, ELENA GOMEZ JIMENEZ, LAURA PALAZON VALCARCEL, SARA PLAZA RIVERA, NURIA CASERO PEINADO, ELISA BELEN CORTES ZAMORA, ANA ISABEL BRIONES GARCIA

TÍTULO/TITLE:

ASOCIACIÓN DE FRAGILIDAD Y MORTALIDAD A LOS TRES AÑOS EN UNA COHORTE DE ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS.

OBJETIVO:

Determinar la asociación entre fragilidad y mortalidad o discapacidad incidente para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en ancianos institucionalizados en el período 2012- 2015.

Describir la variación en el estado de fragilidad en una cohorte de ancianos institucionalizados.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio de cohortes longitudinal sobre 331 mayores de 65 años institucionalizados en dos residencias de Albacete con un período de seguimiento de tres años. La fragilidad se determinó mediante criterios Fried (pérdida no intencionada de peso, cansancio, lentitud, baja fuerza y baja actividad física); se consideran frágiles los que cumplen 3 o más criterios, con 1 o 2 criterios prefrágiles y con ninguno, no frágiles o robustos. La variación en el estado de fragilidad se obtuvo a lo largo de tres años, realizando una valoración inicial, otra al cabo de un año y otra a los tres años de la valoración inicial. Se valoró si los sujetos habían mejorado (cumplían menos criterios de fragilidad), seguían igual o si habían empeorado (aumentando el nº de criterios).

Para el análisis se agruparon los sujetos en frágiles y no frágiles, incluyendo en este último grupo tanto a los no frágiles y como a los prefrágiles. Se consideró discapacidad incidente en ABVD cuando se detectó una menor puntuación en alguno de los siguientes ítems del índice de Barthel entre la visita basal y el seguimiento a los tres años: baño, aseo, vestido, retrete, transferencias y comer. Como covariables de estudio se consideraron la edad, sexo, IMC, índice de Barthel en la visita basal y el Índice de Charlson. Como variable resultado se recogió el éxito de los sujetos tras un período de tres años. Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS 15.0. La asociación entre fragilidad y mortalidad se analizó mediante regresión logística y modelos de los riesgos proporcionales de Cox ajustado por las covariables edad, sexo, Índice de Barthel, Índice de Charlson e IMC. Se analizaron las diferencias entre los grupos de frágiles y no frágiles (prefrágiles y no frágiles conjuntos) mediante comparaciones de medias y proporciones y se construyeron modelos de regresión logística para determinar la asociación ajustada entre fragilidad y las variables de resultados: mortalidad, discapacidad incidente en ABVD y el evento combinado (muerte + discapacidad).

RESULTADOS:

La edad media de la muestra fue de 83,85 años (DE 6,82). 213 (65,1%) eran mujeres. Índice de Barthel 54,14 (DE 36.7); IMC de 27,53 (DE 5.3); Índice de Charlson 1,78 (DE 1.6). 218 sujetos fueron frágiles (66,87%) y 108 (33,12%) no frágiles. Respecto de los 218 sujetos frágiles en la visita basal, 39 fallecieron al año de seguimiento, 23 se perdieron y de los restantes, 138 continuaron frágiles, y de éstos después de tres años, 74 mantuvieron su estado de fragilidad y 2 sujetos fueron no frágiles. Por otro lado, de los 218 sujetos frágiles en la visita basal, 18 sujetos fueron no frágiles al año de seguimiento, y de éstos, 7 sujetos volvieron a ser frágiles, y 4 sujetos fueron no frágiles después de tres años de seguimiento. En cuanto a los 108 sujetos no frágiles en la visita basal, 11 fallecieron al año de seguimiento, 15 se perdieron y de los restantes, 57 continuaron no frágiles, y de éstos, 26 mantuvieron su estado de no fragilidad y 13 sujetos fueron frágiles después de tres años de seguimiento. Por otro lado, de los 108 sujetos no frágiles en la visita basal, 25 sujetos resultaron frágiles después de un año, y de éstos, 7 sujetos volvieron a ser no frágiles, y 10 sujetos fueron frágiles después de tres años de seguimiento. Los sujetos frágiles presentaron un riesgo de mortalidad 2,3 veces superior que los no frágiles (OR 2,30; 95% IC 1.2- 4.6) ajustado por las covariables, y un riesgo ajustado 1,7 veces mayor durante los tres años de seguimiento (HR 1,77; 95% IC 1.1- 2.9). 75 sujetos (48,1%) han desarrollado discapacidad incidente, de los cuales 54 (72,0%) eran frágiles y 21 (28%) eran no frágiles o prefrágiles en la visita basal ($p < 0,001$). 81 sujetos (51,9 %) no presentaron ninguno de los dos eventos adversos recogidos. La fragilidad se asoció de manera independiente con discapacidad incidente (OR 3,4; IC 95% 1,4-8,1) y con el evento combinado (discapacidad incidente o mortalidad (OR 3,6; IC 95% 1,7-7,4) ajustado por todas las covariables del estudio.

DISCUSIÓN:

Al igual que en estudios realizados y con los datos obtenidos, podemos afirmar que la fragilidad es un estado que se alcanza con el tiempo. Según nuestro estudio, el porcentaje de sujetos institucionalizados que evolucionan al estado de fragilidad al cabo de tres años es superior al obtenido en otros estudios realizados en la comunidad. Por otro lado un pequeño porcentaje de los sujetos cambian su estado a no frágiles, por lo que también se reafirma que es un estado reversible.

La fragilidad es un predictor claro de eventos adversos, entre los cuales se encuentra la mortalidad, por lo que se debe considerar como un estado potencialmente prevenible y tratable. Las autoridades sanitarias deberían establecer políticas que actúen sobre este estado en sus fases tempranas con el objetivo de reducir estos eventos adversos.

CONCLUSIONES:

La fragilidad constituye un estado dinámico que cambia a lo largo del tiempo en sujetos institucionalizados.

La fragilidad se asocia con mortalidad a los tres años en ancianos institucionalizados.

La fragilidad se asoció de manera independiente con mortalidad o discapacidad incidente en actividades básicas de la vida diaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. García-García FJ, Larrión-Zugasti JL y Rodríguez-Mañas L. Fragilidad: un fenotipo en revisión. Gac Sant. 2011; 25 (S): 51-58.
2. Abizanda Soler P, Lopez-Torres Hidalgo J, Romero Rizo L, Lopez Jimenez M, Sanchez Jurado PM, Atienzar Nuñez P, et al. Frailty and dependency in Albacete (FRADEA study): rationale, design and methods. Rev Esp Geriatr Gerontol 2011; 46(2):81-8.
3. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Cardiovascular health study collaborative research group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol Med Sci 2001; 56:146-56.
4. Abizanda Soler P. Actualización en fragilidad. Rev Esp Geriatr Gerontol 2010; 45 (2): 106-110.
5. García-García FJ, Gutiérrez G, Alfaro-Acha A, et al. The prevalence of frailty syndrome in an older population from Spain. The Toledo Study for Healthy Aging. Journal of Nutrition Healthy and Aging 2011; 15:852-6.
6. Abizanda P, Sánchez-Jurado PM, Romero L, Paterna G, Martínez-Sánchez E, Atiénzar-Núñez P. Prevalence of Frailty in a Spanish elderly population: The frailty and dependence in Albacete Study. JAGS 2011; 59:1356-9.
7. González-Vaca J, de la Rica-Escuín M, Silva-Iglesias M, Varela-Pérez R, Oliver-Carbonell JL, Abizanda P. et al. Frailty in Institutionalized older adults from Albacete. The FINAL Study: rationale, design, methodology, prevalence and attributes. Maturitas 2014; 77:78-84.
8. De la Rica-Escuín M, González-Vaca J, Varela-Pérez R, Arjonilla-García MD, Oliver-Carbonell JL, Abizanda P. et al. Frailty and mortality or incident disability in institutionalized older adults: The FINAL Study. Maturitas 2014; 78:329-334.

AUTORES/AUTHORS:

Claudia Bernabéu Álvarez, Isabel Domínguez Sánchez, Marta Lima Serrano, Joaquín Salvador Lima Rodríguez

TÍTULO/TITLE:

EL APOYO SOCIAL EN CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS DEPENDIENTES. ESTUDIO PILOTO

1. **OBJETIVOS:** Conocer el apoyo social percibido por personas cuidadoras de un familiar dependiente. En cuanto a los objetivos específicos habría que determinar el apoyo emocional en cuidadores familiares, saber el apoyo instrumental que reciben, visualizar la interacción social de estas personas y cuantificar la falta o no de apoyo afectivo.
2. **MÉTODO:** Estudio descriptivo transversal sobre una muestra de 78 cuidadores familiares de personas dependientes, de Sevilla, Cádiz y la sierra de Huelva. Se recogieron variables sociodemográficas y las incluidas en la Escala de Apoyo Social percibido (MOS): apoyo emocional, apoyo instrumental, interacción social y apoyo afectivo. Se realizó un análisis descriptivo de los datos, a través del programa SPSS. El estudio forma parte de una tesis doctoral aprobado por el Comité Ético de Investigación de la Universidad de Sevilla, llevado a cabo en el ámbito de la atención primaria/comunitaria, emplazado tanto en medio urbano, como rural.
3. **RESULTADOS:** La edad media de la población de estudio es de 59 años. Más del 80% son mujeres cuya principal ocupación es cuidar a un familiar (padre/madre, hijo/a, tío/a, hermano/a) dependiente a causa de patologías como Enfermedad de Parkinson, demencia tipo Alzheimer, alcoholismo, enfermedad mental y otros procesos incapacitantes (ACV, epilepsia, deterioro de la movilidad física, pluripatología). Los resultados que se obtuvieron fueron que el 24.4% de los cuidadores presentan una falta de apoyo emocional, el 37.2% un déficit de apoyo instrumental, el 21.8% baja interacción social y el 11.5% falta de apoyo afectivo.
4. **DISCUSIÓN:** Según los resultados obtenidos, existen diferencias entre unas dimensiones y otras, siendo la del apoyo instrumental la más deficitaria. Se puede observar que el apoyo afectivo es el menos perjudicado puesto que más del 80% de los cuidadores cuentan con un buen nivel. Por otro lado, aunque menos de la mitad de la muestra cuenta con una falta de apoyo emocional e interacción social, es importante que estas personas puedan expresar sus emociones y tener una red social para no presentar un riesgo de soledad y de baja autoestima situacional. La falta de apoyo social, se suele relacionar, entre otras cuestiones, con la sobrecarga del cuidador, la baja calidad de vida de estas personas y el déficit de ayudas recibidas por parte de instituciones públicas (Ley de Dependencia, centros de Estancia Diurna, etc.) o de recursos privados (como por ejemplo, una persona contratada para colaborar en el cuidado); y podrá mejorar con la incorporación de estas personas en Grupos de Ayuda Mutua (GAM) para personas cuidadoras. Conocer la importancia de estos GAM forma parte de los objetivos de un estudio más amplio en el que se inscribe el aquí presentado.
Las implicaciones para la práctica de este estudio consisten en que es la base de un estudio cuasi-experimental sobre cuidadores familiares y GAM que se está realizando, en el que se comparará con un grupo control (cuidadores que no participan en GAM) y se objetivará la evolución a lo largo de 6 meses, para cuantificar la influencia de los GAM.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Alves de Oliveira, F., Dos Santos, M.A. (2011). Terapia comunitária como recurso de abordagem do problema do abuso do álcool, na atenção primária. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19 Spe N°: 821-30. Caja, C.B. & Marcos, M.M. (2005). 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*, 11.
Consejería de Salud de Andalucía (2006). Los cuidados en el Servicio Andaluz de Salud. Anuario 2005.

Defensor del Pueblo Andaluz (2007). La atención a las personas mayores dependientes en Andalucía. Informe especial al Parlamento.

Herdman, M., Badia, X., Berra, S. (2001). El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Atención Primaria*, 28 (6).

Londoño, N. E., Rogers, H., Castilla, J. F., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M.A., Oliveros, M., Palacio, J., Aguirre, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150.

López Alonso SR & Moral Serrano MS. (2005). Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. *Enferm Común*, 1(1): 12-17.

Navarro M. (2006). Atención a las situaciones de dependencia en Andalucía: una visión panorámica. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*.

Saunders, J. (2003). Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 175-198.

AUTORES/AUTHORS:

Marta Acedo Mejías, Sergio Morales Galván

TÍTULO/TITLE:

Masa ósea en personas con Esclerosis Múltiple de Extremadura. Estudio casos-contrroles

OBJETIVOS

1. Valorar, a través de ultrasonidos de falanges, la cantidad de masa ósea en personas con esclerosis múltiple (EM) frente a controles sanos.
2. Evaluar los efectos que producen, sobre la masa ósea, variables como la progresión de la enfermedad, el número de brotes sufridos y el número de ciclos con corticoides recibidos.

METODOLOGÍA

En el presente estudio observacional trasversal de casos controles, el grupo de personas con EM quedó compuesto por 40 sujetos, residentes en Extremadura, de raza caucásica y que no tomaban medicación que pudiera interferir en el metabolismo del calcio. Se seleccionó un grupo control compuesto por 40 sujetos voluntarios sanos de igual edad, sexo, raza y área geográfica que los sujetos del estudio. Todos los participantes del estudio firmaron previamente un consentimiento informado y se contó con la aprobación del Comité Ético correspondiente.

Para la recogida de datos, se llevó a cabo una valoración cuantitativa de la masa ósea con ultrasonidos de falanges con un equipo modelo DBM Sonic 1200® de IGEA (Capri, Italia). Se recopilaron datos clínicos relevantes para el estudio a través de entrevistas individuales.

Para la elaboración de conclusiones se realizó un análisis estadístico de los datos con el software IBM® SPSS versión 22. Tras el análisis de la normalidad con Shapiro-Wilk y de la varianza con Levene, se realizaron pruebas no paramétricas dadas las características de la muestra. Para todas las pruebas estadísticas, el umbral de significación fue $p < 0,05$. Una vez desarrollado un análisis descriptivo de la muestra con EM, se compararon los parámetros entre casos y controles con U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. Por último, el estudio de correlación se realizó mediante Spearman, y se elaboraron modelos de regresión simple.

RESULTADOS

La muestra con EM estudiada quedó compuesta por 40 sujetos, 16 hombres y 24 mujeres. La media de edad se situó en los $43,72 \pm 11,50$ años. El peso medio de los sujetos fue $72,73 \pm 17,41$ kg, y la media de la talla en cm fue $165,17 \pm 9,22$, el IMC medio calculado fue $26,52 \pm 5,42$ kg/m².

Respecto a la enfermedad de los participantes, encontramos una edad media de diagnóstico de la EM de $34,20 \pm 9,99$ años, siendo la media de progresión de la enfermedad actualmente en $8,90 \pm 7,22$ años. Los pacientes llevaban una media de $43,37 \pm 43,64$

meses con el tratamiento, habían sufrido entre 1 y 15 brotes, y habían sido tratados con ciclos de corticoides un número menor de veces respecto a los brotes sucedidos.

Los resultados indican que existe una reducción estadísticamente significativa ($p < 0,001$) de los niveles de masa ósea medida con ultrasonidos de los participantes con EM (Ad-SOS= $2066,93 \pm 71,27$; T Score= $-0,81 \pm 1,02$; Z Score= $-0,36 \pm 0,92$), en comparación con sujetos sanos (Ad-SOS= $2117,13 \pm 41,11$; T Score= $-0,10 \pm 0,59$; Z Score= $0,41 \pm 0,56$).

Respecto a la influencia en la masa ósea de los factores estudiados, se ha establecido una correlación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre la progresión de la enfermedad y la velocidad de ultrasonido (Ad-SOS) ($r = -0,314$) y valores de T Score ($r = -0,315$).

Las personas que habían sufrido menos de dos brotes presentan unos valores mayores (Ad-SOS= $2069,40 \pm 76,44$; T Score= $-0,78 \pm 1,09$), que los que habían sufrido más de tres brotes (Ad-SOS= $2064,45 \pm 67,60$; T Score= $-0,85 \pm 0,97$). Los grupos que no habían recibido ningún ciclo con corticoides presentaban unos mejores valores (Ad-SOS= $2095,50 \pm 126,22$; T Score= $-0,41 \pm 1,81$) que los que habían recibido entre uno y dos (Ad-SOS= $2066,71 \pm 59,40$; T Score= $-0,82 \pm 0,84$), siendo los que tenían peor valor los que recibieron más de tres ciclos (Ad-SOS= $2059,60 \pm 73,52$; T Score= $-0,92 \pm 1,05$).

DISCUSIÓN

Los principales hallazgos de nuestro estudio indican una reducción estadísticamente significativa de los niveles de masa ósea medida con ultrasonidos en pacientes con EM de Extremadura en comparación con sujetos sanos ($p < 0,001$). Otros estudios realizados con ultrasonidos de calcáneo y tibia en pacientes con EM encontraron resultados similares a los nuestros (1 y 2). Recientes investigaciones han demostrado una mayor prevalencia de osteoporosis en pacientes con EM (3 y 4), pero la gran parte de los trabajos suelen incluir un número relativamente pequeño de participantes, difieren en los criterios de selección y en los parámetros analizados y la gran mayoría se ha realizado con DEXA (5 y 6), por lo que es difícil extraer conclusiones firmes. No obstante, en diversas investigaciones, los ultrasonidos de falanges han permitido obtener resultados concluyentes y similares a los obtenidos con técnicas como el DEXA (7 y 8).

Al analizar los factores relacionados con la disminución de masa ósea en personas con EM, observamos que uno de los factores responsables, en nuestros pacientes, parece ser la progresión de la enfermedad, ya que en nuestro trabajo encontramos una correlación negativa y significativa entre estos dos factores ($r = -0,31$; $p < 0,05$), siendo el tiempo medio que los pacientes llevan con la enfermedad $8,90 \pm 7,22$ años. Varias publicaciones actuales comparten esta asociación entre la progresión de la enfermedad en años y el déficit de masa ósea (4 y 6). Otros estudios defienden que los jóvenes con EM podrían presentar problemas óseos desde los inicios de la enfermedad (5) e incluso algunos autores contemplan la posibilidad de que las personas con EM tuvieran baja masa ósea ya desde el momento del diagnóstico, justificando así el hecho de que tanto en la EM como en la osteoporosis existe un déficit de vitamina D (9). Por el contrario, otras investigaciones defienden que la disminución en la masa ósea aparece una vez que el estado ambulatorio del paciente se ve afectado y se altera la discapacidad (6).

Respecto a otras variables, en nuestro estudio no se ha obtenido ninguna correlación significativa entre la masa ósea y el número de brotes o el número de ciclos con corticoides, esto se contradice con otros estudios (10). Está universalmente aceptada la relación entre el uso de estos fármacos y el descenso de masa ósea y, además, está considerado como uno de los factores más importantes para la reducción de masa ósea en personas con EM. Sin embargo, en nuestra investigación no se establece dicha relación, aunque

se puede observar, como aparece una disminución de la velocidad de ultrasonido a medida que aumenta la frecuencia del número de ciclos y el número de brotes. En concordancia con nuestros hallazgos, un reciente estudio de 2016, defiende que los ciclos con corticoides en altas dosis administrados en cortos periodos de tiempo, parecen no tener un efecto evidente en la reducción de masa ósea en personas con EM (6). En la misma línea, un metaanálisis de 2015, concluye que la reducción de masa ósea está asociada a corticoides solo en dosis muy elevadas (4). Actualmente, varias publicaciones coinciden en que este factor tan ampliamente relacionado con la masa ósea, parece no ser la principal causa que afecte a la salud del hueso en personas con EM (1 y 11) y que el déficit de masa ósea parece estar más relacionado con la discapacidad en el estado ambulatorio que con el uso de corticoides en diagnosticados de EM (12).

Consideramos que nuestra investigación puede resultar muy relevante para la práctica clínica de la EM, ya que, hemos podido demostrar que las personas con EM de Extremadura pueden presentar baja masa ósea respecto a la población sana. Es bien conocido que la EM es una enfermedad progresiva crónica que supone la principal causa de discapacidad en jóvenes. Si a los numerosos problemas derivados de la enfermedad le sumamos una reducción de la masa ósea, con su evidente relación directa con el aumento del riesgo de fracturas, podríamos decir que estamos ante un importante problema de salud pública. La osteoporosis representa además en este colectivo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. Además de los factores de riesgo relacionados con la reducción de masa ósea ya mencionados a lo largo del trabajo, las personas con EM presentan falta de equilibrio, debilidad muscular y fatiga, que pueden implicar un mayor riesgo de caídas, y combinado con la reducida masa ósea implicaría un mayor riesgo de fracturas óseas.

Finalmente, es importante destacar que los pacientes de EM con baja masa ósea no estaban tomando suplementos de calcio y vitamina D, lo que sugiere un área potencial de mejora en la atención de estos pacientes, como sugieren muchos estudios (3). Existen hábitos y recomendaciones que podrían contribuir a la mejoría tanto de la salud del hueso como de la persona con EM (13), es por ello que sería conveniente la elaboración de guías para el manejo de osteoporosis y riesgo de osteoporosis en pacientes con EM, así como continuar con la investigación orientada a identificar con mayor claridad otros factores relacionados con la reducción de masa ósea de forma más concluyente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1 Mina C, Mojtahedi M, Snook E, Motl R, Ellen M. Bone health in ambulatory individuals with multiple sclerosis: Impact of physical activity, glucocorticoid use, and body composition. *JRRD* 2008;45(6):851-862.
- 2 Achiron A, Edelstein S, Ziev-Ner y, Givon U, Rotstein Z, Barak Y. Bone strength in multiple sclerosis: cortical midtibial speed-of-sound assessment. *Mult Scler* 2010;16:1031-1043.
- 3 Marrie R, Cutter G, Tyry T, Vollmer T. A cross-sectional study of bone health in multiple sclerosis. *Neurology* 2009;73:1394-1398.
- 4 Huang Z, Qi Y, Du S, Chen G, Yan W. BMI levels with MS Bone mineral density levels in adults with multiple sclerosis: a meta-analysis. *Int J Dev Neurosci* 2014:1-9.
- 5 Steffesen L, Mellgren S, Kampman M. Predictors and prevalence of low bone mineral density in fully ambulatory persons with multiple sclerosis. *J Neurol* 2010;257:410-418.
- 6 Zengin KS et al. Lack of Association between Pulse Steroid Therapy and Bone Mineral Density in Patients with Multiple Sclerosis. *Mult Scler* 2016;2016:1-7.
- 7 Rey-Sánchez P, Lavado-García J, Canal-Macías M, Gómez-Zubeldia M, Roncero-Martín R, Pedrera-Zamorano J. Ultrasound bone mass in schizophrenic patients on antipsychotic therapy. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2009;24:49-54.
- 8 Lavado-García J, Moran J, Roncero-Martín R, Calderon-García J, Pedrera-Canal M, Rodriguez-Dominguez T, et al. Quantitative

- Ultrasound Measurements of the Calcaneus and Hand Phalanges in Elderly Spanish Men. *J Ultrasound Med* 2014;33:1279-1285.
- 9 Ozgocmen S, Bulut S, Ilhan N, Gulkesen A, Ardicoglu O, Ozkan Y. Vitamin D deficiency and reduced bone mineral density in multiple sclerosis: effect of ambulatory status and functional capacity. *J Bone Miner Metab* 2005;23:309-313.
- 10 Sioka C et al. Bone mineral density in ambulatory patients with multiple sclerosis. *Neurol Sci* 2011;32:819-824.
- 11 Olsson A, Oturai D, Sorensen P, Oturai P, Oturai A. Short-term, high-dose glucocorticoid treatment does not contribute to reduced bone mineral density in patients with multiple sclerosis. *Mult Scler J* 2015;21(12):1557-1565.
- 12 Tyblova M, Kalincik T, Zikan V, Havrdova E. Impaired ambulation and steroid therapy impact negatively on bone health in multiple sclerosis. *Eur J Neurol* 2015;22:624-632.
- 13 Pilutti L, Dlugonski D, Sandroff B, Klaren R, Molt R. Internet-Delivered Lifestyle Physical Activity Intervention Improves Body Composition in Multiple Sclerosis: Preliminary Evidence From a Randomized Controlled Trial. *ACRM* 2014.

Mesa de Comunicaciones 3: PCBE

Concurrent Session 3: EBCP

AUTORES/AUTHORS:

Susana Moya Mier, Cristina Renedo González, José Luis Cobo Sánchez, Mercedes Lázaro Otero, Faustino González Menéndez, Patricia González Setién, Genoveva Fernández Carral, Ana Rosa Díaz Mendi

TÍTULO/TITLE:

PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA CON UNA ESTRATEGIA DE ACERCAMIENTO DE LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA CLÍNICA

INTRODUCCIÓN:

La literatura refiere una brecha existente entre la producción científica y la aplicación de ésta a la práctica clínica (1,2). En este contexto, en 2015, el Área de Calidad, Formación, I+D+i de Enfermería del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, elaboró la iniciativa "12 meses 12 cuidados" con el fin de acercar la evidencia a los profesionales a través de la selección de artículos o documentos de síntesis de evidencia relacionada con los cuidados. Cada mes se escogió un cuidado, priorizados a partir de los 100 estándares del proyecto Séneca, el Plan de Salud de la Comunidad, el Plan de Calidad del Área, las guías RNAO, y los días mundiales relacionados con los cuidados. Mensualmente, coincidiendo con cada cuidado, se seleccionaban artículos de revisión o documentos de síntesis de la evidencia y se enviaban en formato papel, de forma personalizada, a las unidades de hospitalización y de servicios centrales. De forma adicional, los artículos estaban disponibles en la intranet y se creó un espacio relacionado con la iniciativa en el Boletín de Enfermería donde se resumían las recomendaciones y se enlazaba a diferentes documentos.

OBJETIVOS:

Valorar la satisfacción de los profesionales con una iniciativa de acercamiento de la evidencia a la práctica clínica con respecto a su utilidad y adecuación.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal REALIZADO EN ENERO DE 2016 entre los profesionales del Área de Enfermería: enfermeras (E), matronas (M), auxiliares de enfermería (AE), fisioterapeutas (F), logopedas (L), terapeutas ocupacionales (TO) y técnicos especialistas (TE). Se diseñó un cuestionario ad hoc, autoadministrado y anónimo, que constaba de 4 variables sociodemográficas (unidad asistencial, categoría profesional, vinculación laboral, edad), 12 variables relacionadas con el conocimiento de la iniciativa, valoración de la misma, utilización y satisfacción y un comentario libre. Para las preguntas cerradas se utilizaron respuestas dicotómicas y con una escala tipo Likert (de 1 a 5, y de 0 a 10 para la satisfacción global). Se estimó el tamaño muestral con la aplicación Granmo en 354 individuos (confianza 95%, proporción estimada 50%). Se realizó muestreo por conveniencia, escogiendo un día de enero para, a través de las supervisoras de unidad, entregar los cuestionarios a los profesionales que trabajaban en turno de mañana. El cuestionario era anónimo y voluntario. Los datos se trasladaron al programa Excel y se realizó un análisis descriptivo de las variables estudiadas.

RESULTADOS:

Se obtuvieron 354 cuestionarios contestados (tasa de respuesta 100%): 52% E, 40% AE, 4% TE, 2% M, 2% F, 0,3% L y 0,3% TO. El 49,84% era fijo, el 39,62% interino, y el 10,54% temporal. El 46,61% tenía más de 45 años, el 27,68% entre 36 y 45 años, 17,51% entre 26 y 35 años.

El 76% conocía la iniciativa, principalmente (52%) a través de los documentos en papel que llegaban a las unidades y en menor medida por las noticias de la intranet (23%), por otros compañeros (4%) y por el correo electrónico (4%).

De quienes conocían la iniciativa el 47% lo lee habitualmente: el 68% en formato papel en la unidad, el 26% en formato electrónico y el 6% en ambos formatos. Entre los comentarios extraídos de la pregunta abierta, las razones por las que los profesionales no leían habitualmente los documentos más nombradas fueron: la falta de tiempo, y la desidia. En una escala de 0 (peor valoración) a 10 (mejor valoración) la satisfacción global media es de 6,68 (DE+2) y una mediana de 7. En una escala de 1 a 5 se valoró interés de los temas con una media de 3,3 (DE+0,8) y una mediana de 3, siendo las medianas por categoría de 3, excepto los fisioterapeutas (5). La accesibilidad a la información se valoró con una media de 3,54 (DE+0,9) y una mediana de 3 en global y por categorías: M,

AE, TE=3, E, F, TO =4. La utilidad de la iniciativa se valoró con una media de 3,28 (DE+-0,9) y una mediana de 3; siendo mejor valorada por los fisioterapeutas (5).

El 75% refería que los artículos le habían aportado nuevos conocimientos y el 63% que los había aplicado en su práctica clínica. Al 31,6% la lectura de los documentos le generó interés por investigar en alguno de los cuidados tratados. El 88% consideró la iniciativa como útil para su práctica clínica.

DISCUSION:

Los profesionales están satisfechos con la iniciativa, la consideraron útil e interesante, accesible, aplicable a la práctica clínica y les aportó nuevos conocimientos.

En nuestra muestra se observa una alta tasa de lectura de la documentación, mayor que la que refiere la literatura, pues otros estudios hablan de cifras del 38% (3,4) de enfermeras que leen habitualmente literatura científica. Éste hecho probablemente está relacionado con el envío de los artículos en papel a las unidades ya que mejora considerablemente el acceso a este tipo de artículos y consideramos que es el elemento clave del éxito de esta iniciativa.

En relación a las razones por las que los profesionales han declarado no leer los documentos habitualmente, nos encontramos con 2 de las barreras más frecuentemente citadas en la literatura científica: falta de tiempo e interés (5,6). La consideración de "falta de tiempo" hace referencia a tiempo disponible para leer en el horario de trabajo, lo cual es difícil de mejorar actualmente en las unidades asistenciales. En cuanto a la desidia, creemos que requiere un análisis más profundo sobre la motivación de los profesionales, para encontrar elementos clave sobre los que trabajar y conseguir que se sientan más atraídos por la literatura científica.

Aunque esta estrategia por sí sola no puede utilizarse para la implantación de práctica basada en la evidencia (cuando se decide realizar un cambio a una práctica nueva), sí que sirve para impulsar y mejorar que la práctica habitual se realice en base a los conocimientos disponibles y puede servir de apoyo a una estrategia global a la hora de introducir un cambio en una institución. La implantación de fórmulas innovadoras para acercar los mejores resultados de investigación a la práctica clínica son bien valoradas por los profesionales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Grol R, Grimshaw J: From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003; 362:1225-1230.
2. Brown LC, Johnson JA, Majumdar SR, Tsuyuki RT, McAlister FA: Evidence of suboptimal management of cardiovascular risk in patients with type 2 diabetes mellitus and symptomatic atherosclerosis. *CMAJ* 2004, 171:1189-1192.
3. OrtuñoSoriano I, PosadaMoreno P, Ioma; Fernández del Palacio E. Actitud y motivación frente a la investigación en un nuevo marco de oportunidad para los profesionales de enfermería. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital) 2013; 22(3). Disponible en <<http://www.indexf.com/indexenfermeria/v22n3/9134.php>> Consultado el 5 de Abril de 2016
4. Moreno-Casbas T, Fuentelsaz-Gallego C, González-María E, Gil de Miguel A. Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. *Enferm Clin.*2010;20(3):153-164
5. McCaughan D, Thompson C, Cullum N, Sheldon TA, Thompson DR. Acute care nurses' perceptions of barriers to using research information in clinical decision-making. *J Adv Nurs.* 2002; 39(1):46-60.
6. Yoder LH, Kirkley D, McFall DC, Kirksey KM, Stalbaum AL, Sellers D. CE: Original Research: Staff nurses' use of research to facilitate evidence-based practice. *Am J Nurs.* 2014; 114(9):26-37.

AUTORES/AUTHORS:

Inmaculada Sánchez-García, Isabel M^a López-Medina, Pedro L. Pancorbo-Hidalgo

TÍTULO/TITLE:

Evolucionando hacia la práctica clínica basada en evidencias: Tránsito de una praxis incuestionable a una cuestionada.

OBJETIVO

Explorar y describir las experiencias de las enfermeras en la transición de una práctica basada en la tradición a otra en la que incorporan evidencias clínicas, comprendiendo bajo qué circunstancias se produce este cambio profesional. Este trabajo forma parte de un proyecto de investigación titulado: Experiencias de las enfermeras en la transición hacia la Práctica Clínica Basada en Evidencias (PCBE).

MÉTODOS

Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico-hermenéutico según la teoría de la interpretación de Ricoeur¹ y el procedimiento de Wiklund et al.² y Lindseth y Norberg³. Selección intencional de enfermeras españolas en base a haber experimentado o no el cambio hacia la PCBE y diversas características socio-profesionales. Información recogida mediante entrevistas cara a cara (14), y entrevistas online en la plataforma Survey Monkey (61), difundidas por 2 blogs enfermeros. El análisis de datos se realizó en tres fases consecutivas, mostrando aquí los resultados de las dos primeras: 1) Interpretación naïve identificando los temas clave de los textos; 2) Análisis estructural descriptivo identificando unidades de significado, subtemas y temas; 3) Interpretación hermenéutica. Para mantener el rigor científico nos basamos en 7 criterios propuestos por Cohen y Crabtree⁴.

RESULTADOS

Los informantes revelan diferencias en el ejercicio de su profesión dentro de su trayectoria profesional, clasificándola en distintas etapas en función de su estabilidad laboral, el grado de experiencia profesional, el grado de capacitación o formación que tuvieron en dicho momento y el modo en el que adquirieron dichos conocimientos. Emergen los subtemas:

1) 'Etapas de iniciación profesional: comenzando a "ser enfermeras", unos inicios sin opciones': con una duración de unos 10 años, hasta que éstas logran la adscripción, de larga evolución o permanente, a una unidad sanitaria. Durante esta etapa las enfermeras revelan una serie de condicionantes y estrategias para desempeñar su rol:

a) 'La priorización de la búsqueda de una estabilidad profesional': les dificulta centrarse en una nueva orientación enfermera como es el modelo de PCBE. Su actualización de conocimientos se dirige hacia la obtención de puntos para las bolsas de empleo y su implicación en los cuidados se ve influenciada por el tiempo de permanencia en un servicio.

"Cuando terminas, aún no tienes una estabilidad, lo que optas es a ir cogiendo contratos donde te los ofrezcan, cuando ya coges un contrato más largo, no puedes decidir que es en lo que quieres trabajar, tienes que coger lo que haya, lo que te interesa sobre todo es coger puntos, luego coges una estabilidad y ya si tienes la opción de dirigir un poco tu interés profesional" EC11

b) 'Praxis guiada por la tradición en lo aprendido': sin mayor cuestionamiento. No existe un pensamiento crítico reflexivo que guíe sus actuaciones y si lo hay es abolido para adaptarse al entorno de práctica y a sus rutinas.

"Al terminar mi carrera, mi motivación era aprender de mis compañeras, de lo que se hacía, sales sin saber por dónde andar y piensas que si lo hacen así será porque es lo mejor. Con el tiempo te das cuenta de que no todo es así y empiezas a mirar por tu cuenta, y a actuar como tú crees que es mejor" EO159

c) 'Adaptándose a las circunstancias y al entorno laboral': a sus dinámicas y a la cultura imperante en el mismo, sean enfermeras noveles o con perfil volante y mayor experiencia profesional. Su máxima en la práctica se convierte en "allá donde fueres, haz lo que vieres".

"Que te dicen: "donde fueres haz lo que vieres" literalmente... Ejemplo, un protocolo de RCP en una uci de Zaragoza que tenía las recomendaciones de 2002 y yo quería hacer las de 2010" EO137 (e.novel)

"Te adaptas a la forma de trabajar donde tú llegas y tu ya intentas hacer lo que puedas, pero tampoco puedes estar luchando contra viento y marea" EC9 (e.volante)

2)'Etapa de transición: cuestionamiento profesional y descubrimiento de la PCBE': Habitualmente demarcada por la estabilidad laboral, la adscripción y sentido de pertenencia a una unidad asistencial, reflexión crítica y replanteamiento de sus hábitos de práctica. Para los informantes es una etapa de desconcierto intrapersonal propiciado por el choque de creencias, actitudes y comportamientos pasados y presentes, y de conflictos interpersonales motivados por las conductas de oposición del resto de compañeros o profesionales no afines a los cambios.

"entonces ya empezaban las primeras guerras y era porque al principio yo curaba las úlceras con violeta de genciana porque era lo que me habían enseñado, a partir de que yo empiezo a leer digo "mira, ¡no!, esto no sirve para nada" y tienes que empezar un proceso, poco más o menos que de guerra abierta con tus propios compañeros, para que vayan entendiendo que no son así las cosas" EC5

Dicho período se caracteriza por el 'cuestionamiento profesional' y el 'descubrimiento de la PCBE' como elementos decisivos que favorecerán la posterior incorporación de resultados de investigación en la práctica profesional.

"Ya llevaba unos años como trabajador, como enfermero, y empiezo a plantearme si muchas de las cosas que hago son correctas, o no son correctas... Si, si, si, básicamente ya hay un cuestionamiento de todo lo que haces, en base a lo que se sabe y no a lo que se te ha dicho" EC5

"Lo que ha cambiado a lo largo del tiempo ha sido la forma sistemática en la que lo he realizado, la incorporación de dar cuidados basados en pruebas la incorporé en 2007 cuando descubrí realmente qué significaba" EO46

Para la mayoría de enfermeras, dichos elementos son procesos que van ligados y por ende, comparten la mayor parte de eventos o circunstancias que los desencadenaron. Entre sus 'detonantes' comunes destacan: Tras participar en cursos de formación, leer literatura científica o tomar conciencia de la variabilidad clínica existente. Un detonante propio del 'descubrimiento de la PCBE' es 'a través de enfermeras referentes', consideradas como expertas en este campo y agentes transmisores de ilusión, infundiendo en ellos un sentido de mejora continua.

"Y Alberto me enganchó mucho a este tema, sin él saberlo, aunque supongo que habrá enganchado a muchísima gente como yo, y esos fueron mis primeros contactos, que yo creo que es lo que me hizo a pie de cama, ser una persona comprometida con eso [PCBE]... ¡es que han sido mis maestros!" EC10

3)'Etapa de consolidación profesional: intentando incorporar las evidencias'.

Identificada con una mayor capacitación y autonomía profesional, uso de herramientas informáticas e internet y el aprendizaje de búsquedas bibliográficas.

"Después te vas reciclando con cursos y conforme te sientes más autónoma, vas buscando en bases bibliográficas y aplicando lo que encuentras como evidencia científica" EO110

En esta etapa, las enfermeras 'intentan incorporar las evidencias externas', convencidas de que la PCBE mejora la atención prestada a los pacientes. Sin embargo, el cambio de práctica identificado no es total, bien por el entorno o por la cultura imperante de sus organizaciones, que dificulta la aplicación de evidencias, relegándolas a una 'incorporación ocasional'.

"...e intento aplicar los conocimientos que tengo cuando puedo y me dejan, aunque eso suponga cambiar ciertas cosas" EO114

"Intento aplicar cuidados innovadores en las curas de UPP, y aquí sigo a la GNEAUPP, pero no lo suelo conseguir, mis compis me mandan a la porra. Por ahora solo he conseguido que un par de ellas comiencen a leer artículos de la GNEAUPP, por ejemplo, y se interesen un poco por la investigación" EO63

Son escasos los discursos que describen una 'incorporación habitual' de las evidencias externas, vinculados a perfiles veteranos y con formación de postgrado. Esta frecuencia de uso se atribuye a un cambio reciente y a la incorporación de las nuevas tecnologías como aliados en el cambio de práctica experimentado.

"Desde hace varios años siempre utilizo la evidencia científica y utilizo las herramientas habituales de calidad" EO128

DISCUSIÓN

Los hallazgos revelan una evolución profesional, experimentada por los informantes, que indica el tránsito de los mismos por distintas etapas profesionales. Al integrar la revisión bibliográfica en nuestra comprensión, fuimos conscientes de la analogía existente entre las experiencias de transición relatadas por las enfermeras hacia el modelo de PCBE y la teoría de rango medio sobre la transición descrita por Meleis et al⁵, así como el proceso de transición enunciado por Bridges⁶⁻⁸.

Las enfermeras entrevistadas que han experimentado una evolución hacia el modelo de PCBE relatan el patrón de transición como un proceso de dos etapas conectadas por un período de transición, caracterizado por el desconcierto, la incertidumbre, el cuestionamiento profesional y finalmente de descubrimiento de la PCBE, reflejando el paso de una etapa pasada a otra presente. Este período de transición es denominado por Bridges⁶ zona neutral (un espacio vacío entre lo antiguo y lo nuevo, y cuyo estado es temporal). Para Bridges^{6,7}, este proceso implica 3 fases: una fase final (de desconexión o desvinculación, con pérdida de identidad y desencanto o desilusión), una fase neutral (de desorientación o confusión, desintegración y de descubrimiento), y una fase nueva de inicio (encontrando el significado y el futuro, experimentando el control y el desafío/reto). Si las comparamos con las etapas descritas por nuestros informantes la fase final es identificada con la etapa pasada, que se corresponde con el período de iniciación profesional de nuestro estudio, la fase neutral con nuestra denominada etapa de transición y la fase de inicio coincide con la que nosotros hemos identificado como etapa de consolidación.

Desde hace décadas, este proceso ha sido objeto de preocupación para la enfermería^{9,10}. Diversos autores han ilustrado los distintos tipos de transición relacionados con el ámbito enfermero en base a la teoría de rango medio^{10,11}: transiciones de desarrollo, de salud y enfermedad, situacional y de organización. Otros autores han centrado su interés en la transición de roles en la profesión enfermera, aunque no se han apoyado en el marco conceptual proporcionado por Meleis et al.,⁵. Algunos ejemplos son las transiciones realizadas de auxiliar de cuidados en salud a enfermeras tituladas¹²; de enfermera de planta a enfermera clínica especialista¹³; de enfermera titulada a enfermera de práctica avanzada¹⁴, de la enfermería comunitaria en la atención ambulatoria¹⁵ e incluso del proceso de transición de los nuevos graduados a la práctica profesional¹⁶. Sin embargo, no hemos hallado ningún estudio sobre la transición de un rol de enfermera "con práctica tradicional" hacia otro rol "innovador" que aplica el modelo de PCBE, siendo objeto de futuras investigaciones.

Este vacío, podría deberse a que este proceso ha sido contemplado desde una perspectiva tradicional, como les ocurre a los modelos de implementación de la PCBE¹⁷, donde el cambio ha de ser colectivo y experimentado por el conjunto de profesionales que integran una institución sanitaria o unidad asistencial y promovido desde las direcciones de los centros, en lugar de ser percibido como un proceso psicológico que puede ser realizado en solitario y por iniciativa propia como les ha ocurrido a nuestros informantes. En este sentido, Bridges⁸ señala que el concepto de transición no es sólo otro término para designar el cambio, sino que más bien connota los procesos psicológicos implicados en la adaptación al cambio o la disrupción.

Implicaciones para la práctica

Comprender de forma integral cómo las enfermeras transitan de una praxis incuestionable en sus inicios profesionales, a una práctica cuestionada una vez consolidadas profesionalmente, pueden ayudar a las organizaciones sanitarias a idear estrategias por perfiles que favorezcan la incorporación de la PCBE en sus entornos laborales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ricoeur P. Interpretation theory: Discourse and the surplus of meaning. TCU Press; 1976
2. Wiklund L, Lindholm L, Lindström U. Å.. Hermeneutics and narration: A way to deal with qualitative data. Nursing Inquiry. 2002; 9(2): 114-125.
3. Lindseth A, Norberg A. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2004; 18(2): 145-153.

4. Cohen D J, Crabtree B F. Evaluative criteria for qualitative research in health care: controversies and recommendations. *The Annals of Family Medicine*. 2008; 6(4): 331-339.
5. Meleis A I, Sawyer LM, Im EO, Messias DKH, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. 2000; 23(1): 12-28.
6. Bridges W. *Transitions: Making sense of life's changes*. Reading, MA: Addison-Wesley; 1980
7. Bridges W. *Managing organizational transitions*. *Organizational Dynamics*. 1986; 15(1): 24-33.
8. Bridges W. *Transitions: Making Sense of Life's Changes*. Cambridge: MA Da Capo Press; 2004.
9. Chick N, Meleis AI. Transitions: A nursing concern. En: Chinn PL., editores. *Nursing research methodology*. Boulder, CO: Aspen Publication; 1986. p.237-257.
10. Meleis AI. *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company; 2010
11. Im EO. Meleis transition theory. En: Alligood MR, Tomey AM, editores. *Nursing theorists and their work*. 7th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2009. p. 416-33.
12. Gould D, Carr G, Kelly D. Seconding healthcare assistants to a pre-registration nursing course. Role transition to qualified practitioner. *Journal of Research in Nursing*. 2006; 11(6): 561-572.
13. Glen S, Waddington K. Role transition from staff nurse to clinical nurse specialist: a case study. *Journal of Clinical Nursing*. 1998; 7(3): 283-290.
14. Barnes H. Nurse practitioner role transition: A concept analysis. Paper presented at the Nursing Forum. 2014; 50(3): 137-46. doi: 10.1111/nuf.12078.
15. Zurmehly J. (2007). A qualitative case study review of role transition in community nursing. *Nursing Forum*. 2007; 42 (4): 162-170.
16. Duchscher JEB. (2009). Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated Registered Nurses. *Journal of advanced nursing*. 2009; 65(5): 1103-1113.
17. Rycroft-Malone J, Bucknall, T, editores. *Models and frameworks for implementing evidence-based practice: linking evidence to action*. Oxford: John Wiley and Sons; 2010.

AUTORES/AUTHORS:

José María Rumbo Prieto, Luis Arantón Areosa, Camilo Daniel Raña Lama, Juan Santiago Cortizas Rey, Javier Sánchez Gálvez, M^a Blanca Cimadevila Álvarez, Josefa Fernández Segade, Ana Isabel Calvo Pérez

TÍTULO/TITLE:

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA ESPAÑOLAS E INTERNACIONALES SOBRE ÚLCERAS VENOSAS DE LA PIERNA

OBJETIVO: evaluar la calidad de las Guías de Práctica Clínica (GPC) de ámbito nacional e internacional sobre úlceras venosas de la pierna (UVP) o úlceras venosas de la extremidad inferior.

MÉTODOS: revisión sistemática de la calidad metodológica y de las evidencias de las GPC sobre manejo de las úlceras por presión (GPC-UVP). Los criterios de inclusión fueron: • Cualquier documento identificado como GPC (o similar denominación) relacionado con el tema de estudio (UPD), Independientemente de su idioma, el organismo que lo editó, o el formato de publicación. • Todas aquellas GPC publicadas en los últimos 5 años, desde enero del año 2010 hasta enero del año 2015. Los criterios de exclusión fueron "no cumplir" alguno de los criterios de inclusión descritos anteriormente. La búsqueda bibliográfica se realizó a través de fuentes secundarias de búsqueda de GPC: metabuscadores (SUM Search, Google Scholar, TripDatabase, eGuidelines) y organismos compiladores (CMA infobase, GuiaSalud, National Guideline Clearinghouse, GNEAUPP). La búsqueda fue abierta, no estableciendo límites de periodo temporal y aceptando documentos en otros idiomas distintos del español y del inglés. Para localizar las GPC específicas del tema de estudio se usaron términos y descriptores DeCS, MeSH y texto libre: • Para GPC: "guía de práctica clínica", "guía basada en la evidencia", "GPC", "practice guidelines", "clinical guidelines", "evidence guideline", "evidence-based guideline", "national evidence-based guideline", "best practice guideline", "CPG". • Para UVP: "úlceras venosas", "úlceras de la pierna", "úlceras de la extremidad inferior", "úlceras del miembro inferior", "úlceras vasculares", "úlceras postflebiticas", "úlceras por estasis", "úlceras varicosas", "leg ulcer", "venous leg ulcer", "ulcus cruris", "varicose ulcer", "stasis ulcer", "venous ulcer".

Para la evaluación se utilizó el Instrumento AGREE II (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation); cuestionario de 23 ítems organizado en 6 áreas o dominios que está validado a nivel internacional para evaluar todo tipo de GPC y traducido al español por GuiaSalud. la revisión se realizó por 4 expertos en UVP con formación metodológica acreditada en el manejo del AGREE II. El procedimiento de revisión consistió en seguir las normas de utilización del manual del AGREE II, consistente en una lectura completa de cada GPC y posteriormente, puntuar cada uno de los 23 ítem (entre 1 y 7) hasta completar los 6 Dominios. El valor global obtenido (porcentaje) fue el resultante de aplicar la fórmula estandarizada del AGREE II. Se estableció 4 categorías o cuartiles para su categorización: >75% (muy buen cumplimiento), entre 75-50% (buen cumplimiento), entre 50-25% (Bajo cumplimiento) y <25% (mal cumplimiento); y la clasificación global, en tres niveles de recomendación (muy recomendada, recomendada con condiciones, y no recomendada).

RESULTADOS: Se evaluaron 6 GPC-UVP (1 española, 1 canadiense, 1 inglesa, 1 escocesa, 1 norteamericana y 1 australiana). De ellas, 3 GPC obtuvieron calificación de "muy recomendada", 2 GPC de "recomendada con condiciones" y 1 GPC de "no recomendada". En caso del Dominio 3 (rigor en la elaboración) y Dominio 6 (independencia editorial) se obtuvieron valores <50% de cumplimiento (GPC condicionales), mientras que en el resto de GPC los Dominios no superaron el cuartil 75% de cumplimiento (media=65,83 +/- 9,5 [DE]). La calidad media de la evidencia fue del 67,6% +/- 33,1 [DE]. Las mejores GPC-UVP fueron: 1ª) la australiana de la AWMA, 2ª) la inglesa de la SING y 3ª) la norteamericana de la SVS-AVF.

DISCUSIÓN: Este estudio es una síntesis parcial de una tesis doctoral que abarcó una revisión actualizada de la calidad de las

GPC-UVP más actuales, de 2ª generación (vigencia hasta 2015) y 3ª generación (vigencia >2016); mediante el uso del instrumento AGREE II (versión actualizada y mejorada); comparando los resultados con los estudios de calidad realizados con el instrumento AGREE (versión1) sobre las GPC-UVP de 1ª y 2ª generación.

A nivel de España, contamos con una GPC-UVP (de 3ª generación) de la Asociación Española de Enfermería Vascul y Heridas (AEEVH), la cual, como en otros estudios, ha sido considerada "recomendable con condiciones" debiendo mejorar la formulación de evidencias (que no presenta). En el caso de las GPC-UVP internacionales, se ha evaluado una GPC de 3ª generación, la de Society for Vascular Surgery & American Venous Forum (SVS-AVF) calificada como "muy recomendable"; y 4 GPC de 2ª generación, elaboradas por la Australian Wound Management Association (AWMA) y la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) ambas "muy recomendables", la Winnipeg Regional Health Authority (WRHA) "recomendada con condiciones"; y finalmente, la Tissue Viability Service (TVS) "no recomendada", al carecer de elementos de calidad metodológica y recomendaciones de evidencia. En conclusión, se observa que el 50% de las GPC-UVP actuales estarán en 2016, obsoletas (caducadas), y en líneas generales deben mejorar el cumplimiento del Dominio 3 (Rigor de la elaboración) y Dominio 6 (Independencia editorial), y aportar evidencias de mejor calidad; necesarias para disminuir la variabilidad clínica y mejorar la calidad asistencial y seguridad de los pacientes afectados y/o en riesgo de padecer úlceras venosas en la extremidad inferior. Estos resultados fueron similares a otros estudios reportados por la literatura.

CONFLICTO DE INTERESES: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Asociación Española de Enfermería Vascul y Heridas. Guía de Práctica Clínica: Consenso sobre Úlceras Vasculares y Pie Diabético. Sevilla: AEEVH; 2014.
2. O'Donnell TF, Passman MA, Marston WA, Ennis WJ, Dalsing M, Kistner RL, et al. Management of Venous Leg Ulcers: Clinical Practice Guidelines of the Society for Vascular Surgery® and the American Venous Forum. *J Vasc Surg.* 2014;60(2 Suppl):3S-59S.
3. Australian Wound Management Association (AWMA), New Zealand Wound Care Society (NZWCS). Australian and New Zealand Clinical Practice Guideline for Prevention and Management of Venous Leg Ulcers. Australia: Cambridge Publishing; 2011.
4. O'Rourke D, Todoruk Orchard M, editores. Regional Wound Care Clinical Practice Guidelines: Venous, Arterial, and Mixed Lower Leg Ulcers. Winnipeg (Canada): Winnipeg Regional Health Authority; 2011.
5. Tissue Viability Service Clinical Practice Guideline: Leg Ulcer Prevention & Management. London (UK): NHS Foundation Trust; 2011.
6. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of Chronic Venous Leg Ulcers. A National Clinical Guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2010.
7. Grupo de Trabajo sobre Actualización de GPC. Actualización de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009.
8. Alonso P, Rotaecche R, Etxeberria A. Formulación de recomendaciones. En: Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud Manual Metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2007.
9. Consorcio AGREE. Instrumento AGREE II. Instrumento para la Evaluación de Guías de Práctica Clínica. Canada: AGREE Trust; 2009.
10. The AGREE Next Steps Consortium. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II. AGREE II Instrument. [Update]. Canada: The AGREE Research Trust; 2013.

11. Rumbo-Prieto JM. Evaluación de las evidencias y calidad de las guías de práctica clínica de enfermería sobre deterioro de la integridad cutánea, úlceras y heridas crónicas. [Tesis Doctoral]. A Coruña: Universidad de A Coruña; 2016.

AUTORES/AUTHORS:

Miguel García Fernández, Lorena Esteve Roca, Maribel Ferrer Orona, María José Pérez Recio, Concepción Agustín Mata, Inmaculada Oliveras Giralt

TÍTULO/TITLE:

Barreras para la investigación entre las enfermeras de un hospital pediátrico

Introducción:

La perspectiva que pueden ofrecer las enfermeras en relación a los aspectos clínicos relevantes para la investigación debido a la posición privilegiada dentro del sistema, tanto con los pacientes, médicos y otros profesionales de la salud, por otra parte la incorporación de los resultados de investigación en la práctica enfermera contribuiría a una mejora en la salud de la población. Pese a eso la participación de las enfermeras en investigación es limitada e incorporar a las enfermeras en investigación continúa siendo un reto para las instituciones. La falta de oportunidades para formarse en investigación, las dificultades para el acceso a los recursos, la consideración de la importancia de la investigación para la profesión y otros factores han sido documentados como barreras percibidas por las enfermeras (1, 2). El apoyo por parte de los mandos de enfermería en relación a la participación de las enfermeras en investigación ha sido identificado como una barrera para la investigación, de la misma forma las relaciones entre las enfermeras y la jerarquía de la institución es uno de los factores estudiados en la evaluación de los hospitales magnéticos y es uno de los factores de la escala de entorno de la práctica enfermera (PES-NWI) (3).

Objetivos:

Conocer la percepción de las enfermeras de nuestro centro sobre las barreras que encuentran a la hora de participar en investigación.

Validar y adaptar al castellano el cuestionario "Barriers to nurses' participation in research" (BNPRQ) (4)

Metodología:

Para la validación del BNPRQ utilizamos el método de traducción, compilación, retrotraducción, pilotaje (15 participantes) y validación.

Para el objetivo principal realizamos un estudio observacional sobre las enfermeras de nuestro centro utilizando el BNPRQ y la escala de entorno de práctica enfermera del Nursing Work index (PES-NWI), para la administración de las escalas utilizamos una encuesta en internet y en papel. La BNPRQ consta de 15 ítems por lo que nos planteamos un número mínimo de participantes de 75 (5 participantes por ítem). Para el objetivo principal estimamos que una muestra significativa de las enfermeras de nuestro centro sería de 170.

Resultados:

Obtuvimos un total de 95 respuestas a la encuesta, que equivale a una tasa de respuesta menor del 20%. La mediana de la edad fue de 35 (23-60), la mediana de la experiencia como enfermera fue de 12 años (1-40). El 77,9% de la muestra estaba compuesta por enfermeras asistenciales, el 22,1% restante se distribuía entre residentes, supervisoras, mandos y personal no asistencial. En cuanto al puesto de trabajo de las enfermeras que contestaron la encuesta trabajaban en hospitalización (36,8%), neonatos (12,6%), cuidados intensivos (12,6), consultas (11,6%), quirófanos (9,5%), Urgencias (6,3%) y en puestos no asistenciales (10,5%). La titulación académica más alta de los sujetos fue de diplomado (15,8%), grado (12,6%), postgrado (30,5%) y máster oficial (41,1%). El 67,4% de los sujetos tenían una especialidad de enfermería oficial. Al preguntar a los sujetos sobre su experiencia en actividades de investigación, participación en congresos mediante exposición de trabajos, ponencias, publicación en revistas, trabajos de

investigación... el 96,8% manifestaron tener experiencia, más del 50% de la muestra habría participado en más de 2 actividades de investigación.

Realizamos un análisis factorial de los 15 ítems originales de la escala obteniendo resultados diferentes a los de los autores originales. En primer lugar nuestro análisis factorial nos arrojaba la existencia de 5 factores en vez de los 2 originales, la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin no obtuvo puntuación suficiente para considerar este análisis concluyente. El análisis de la fiabilidad de la escala mediante el alfa de Cronbach arrojó un resultado de 0,69 para los 15 elementos de la escala original. Al estimar el alfa al eliminar diferentes elementos nos encontramos con que la eliminación de los ítems "Falta de tutores" y "Mi nivel de educación no me cualifica para investigar" aumentaba este estadístico hasta 0,71.

Al calcular la correlación entre la escala PES-NWI y la escala BNPQR obtuvimos una correlación significativa ($p < 0,001$), al calcular la correlación entre la PES-NWI y los factores de relevancia y recursos observamos que la correlación era significativa con los recursos pero no con la relevancia.

El ANOVA de la media del factor relevancia de la investigación, recursos disponibles, de la escala en global y de la escala PES-NWI entre los diferentes niveles académicos resultó no ser significativo, salvo para la relevancia, variable en la que encontramos que las enfermeras con titulación de diplomado o grado colocan la relevancia de la investigación para la profesión enfermera como una barrera en mayor medida que lo hacen las enfermeras postgraduadas ($p = 0,39$).

En relación a la especialidad observamos que las enfermeras especialistas, de forma significativa indican que los recursos son una barrera para la investigación y obtienen puntuaciones mayores en la escala en global ($p = 0,36$ y $p = 0,21$ respectivamente).

Discusión:

A pesar de haber obtenido un número suficiente de encuestas para poder llevar a cabo la validación de la encuesta nos hemos quedado lejos de las 450 enfermeras que contestaron la encuesta original. Es posible que ese sea el motivo por el que el análisis de nuestros resultados no permite realizar un análisis factorial de la misma forma que el de los autores originales. Consideremos por lo tanto que no hemos cumplido el objetivo de validar la escala. Por otra parte elegimos la PES-NWI como elemento de contraste dado que presenta buena correlación con otras escalas que miden barreras a la investigación y que podía aportarnos información adicional. En este caso la correlación obtenida, aunque es significativa, no es buena, así que consideramos que un planteamiento alternativo utilizando otra escala ya validada sobre barreras como elemento de contraste hubiera aportado una mejor visión de la validez de la BNPQR.

Al analizar los resultados descriptivos que hemos obtenido con los de los autores de la escala original observamos puntuaciones similares en el factor recursos, pero en nuestra muestra las enfermeras consideran que la investigación es más relevante.

En general nuestros resultados indican que las enfermeras de nuestro centro consideran la investigación relevante para su profesión y se consideran capaces y con ideas, si bien perciben que la falta de recursos y ayudas, incentivos y la ausencia de tutores constituyen una barrera para la investigación.

La baja tasa de respuesta y la falta de interés en participar en un grupo focal posterior (34%) son un indicador adicional negativo a considerar.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.- Funk SG, Champagne MT, Wiese RA, Tornquist EM. BARRIERS: the barriers to research utilization scale. Appl Nurs Res. 1991 Feb;4(1):39-45.
- 2.- Moreno-Casbas T, Fuentelsaz-Gallego C, González-María E, Gil de Miguel A. Barriers to the utilization of research. A descriptive study of clinical nurses and nurses with experience as researchers. Enferm Clin. 2010 May-Jun;20(3):153-64
- 3.- Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas MT, González-María E. Validation of the Spanish version of the questionnaire Practice

Environment Scale of the Nursing Work Index. International journal of nursing studies. 2013;50(2):274-280.

4.- Hagan J, Walden M. Development and Evaluation of the Barriers to Nurses' Participation in Research Questionnaire at a Large Academic Pediatric Hospital. Clin Nurs Res. 2015 Oct 14.

AUTORES/AUTHORS:

Patricia Fernández Bustos, Teresa Blasco Hernández, Cristina Francisco del Rey

TÍTULO/TITLE:

Actitudes de la/os estudiantes de enfermería ante la muerte y el cuidado a enfermos/as terminales

1. Objetivo. Analizar con perspectiva de género, las actitudes de los y las estudiantes de enfermería ante la muerte y el/la enfermo/a terminal y su relación con el manejo emocional.

2. Metodología. Estudio con diseño no experimental, transversal y correlacional. La población de estudio, está formada por los/as estudiantes de enfermería matriculados en 3º y 4º curso de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UAH. El número total de participantes era de 148, (73 matriculados en 3º y 75 en 4º). Variables independientes: edad, sexo, curso y formación en cuidados paliativos. Variables dependientes: creencias y actitudes, ansiedad, competencia percibida, inteligencia emocional y resiliencia. Instrumentos: cuestionario de actitudes ante la muerte, inventario de ansiedad ante la muerte (DAI), escala inteligencia emocional TMMS-24, escala de competencia percibida, Escala Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Análisis de los Datos. SPSS 19.0: análisis de frecuencias, bivariados (Chi2 y ANOVAS) y T-Student y correlaciones de Pearson para conocer la relación de las diferentes variables.

3. Resultados

-Escala Actitud Ante La Muerte. La actitud de evitación correlaciona negativamente con la aceptación y positivamente con el temor, pasaje y ansiedad, lo que quiere decir que aquellas personas que presentan actitudes de evitación, tienden a presentar además actitudes de temor, pasaje y niveles más elevados de ansiedad. Por otro lado, la aceptación correlaciona positivamente con las perspectivas profesionales y negativamente con la negación. La ansiedad correlaciona positivamente de manera significativa con evitación, temor, salida y pasaje.

Las mujeres presentan una media superior a los hombres en las actitudes de evitación (,041), temor (,003), salida (,019) y pasaje (,001), mientras que los hombres presentan una puntuación superior en las perspectivas profesionales. Por otro lado, los/as estudiantes de 3º presentan una media superior en las dimensiones de evitación (,005), temor, salida y pasaje(,001), mientras que los de 4º lo hacen en las actitudes de aceptación y perspectivas profesionales (,041). Estudiantes con formación en cuidados paliativos presentan medias más altas en aceptación (,000), perspectivas profesionales (p=,044) y salida; mientras que los que no han recibido formación presentan una media más alta en evitación (,00), temor y pasaje (,003).

-Inventario de Ansiedad ante la Muerte (DAI). Los/as estudiantes presentan diferencias (Chi2=4,765 ,041) en el grado de ansiedad, de manera que el 33,91% de las estudiantes presentan niveles elevados de ansiedad. Las mujeres tienen una media superior a los hombres tanto en el nivel de ansiedad como en los 5 factores generadores de la misma, siendo esta significativa en los factores: generadores externos de ansiedad (,051), significado y aceptación de la propia muerte (,043), vida después de la muerte (,027) y la brevedad de la vida (,013). Los/as estudiantes con formación en cuidados paliativos presentan niveles de ansiedad más bajos que los que no la han recibido, siendo significativas en todas las variables analizadas a excepción del pasamiento de la muerte.

-Competencia Personal Percibida (CPP) y Resiliencia. Existe una relación entre CPP y las actitudes ante la muerte, de tal manera que aquellos/as estudiantes que presentan una baja CPP tienen actitudes de evitación, temor, salida y pasaje. Los hombres presentan niveles más elevados en CPP, resiliencia, tenacidad y confianza, existiendo diferencias estadísticamente entre hombres y mujeres en la variable CPP (,003) y confianza (,005) donde los hombres se sienten más competentes y tienen más confianza. Las mujeres presentan una media más elevada en influencias sociales y espiritualidad (,000). Los/as estudiantes que ha recibido formación presentan puntuaciones más elevadas en todas las variables, siendo significativas en competencia emocional (,000), tenacidad (,026), control (,020) e influencias sociales (,000).

4. Discusión. Las variables edad y curso académico no presentan diferencias relevantes con las actitudes ante la muerte, nivel de

ansiedad, IE, CPP o resiliencia. Sin embargo, la formación en cuidados paliativos si se ha mostrado como un factor a tener en cuenta, ya que personas que han cursado la asignatura de cuidados paliativos en 4º curso, presentan actitudes de aceptación y normalización de la muerte, niveles más bajos de ansiedad, una mayor percepción de CPP para afrontar la vida y el cuidado de personas y familiares que se enfrentan a la muerte. Este punto es fundamental, ya que estos resultados son similares a la totalidad de los estudios revisados.

Los sujetos del estudio presentan actitudes ante la muerte basada en perspectivas profesionales seguidas por la aceptación, salida y temor, siendo las actitudes de pasaje y evitación las que menos puntuación reciben. Sin embargo hay que destacar la ambivalencia en las mismas, ya que con actitudes positivas que denotan aceptación de la muerte en la vida cotidiana, se encuentran repuestas de temor y de salida a los problemas y el sufrimiento de la vida. Estos resultados son coherentes con otras investigaciones realizadas en profesionales de la salud (Hernández Cabrera, 2002; Grau Abalo, 2008), aunque difieren de los realizados en personal que trabaja en cuidados paliativos que muestran actitudes de aceptación (Ascencio, 2014; Tait, 2015).

Al relacionar estas actitudes con los niveles de ansiedad, se observa que la aceptación y perspectivas profesionales producen niveles bajos de ansiedad, mientras que la evitación, temor, pasaje y salida van a producir niveles elevados. Otros estudios afirman que la asunción de la muerte como un proceso natural produce una disminución en la ansiedad en los/as profesionales que se dedican al cuidado de personas y familiares que se enfrentan a una enfermedad terminal (Tomas-Sábado y Ardilla 2001, 2008; Colell, 2005; y Grau Ábalo, 2008).

Los sujetos que presentan un nivel de ansiedad ante la muerte elevado son las mujeres, los/as estudiantes de 3º y los/as que no han recibido formación específica en cuidados paliativos. Estos resultados son similares con otros estudios realizados con estudiantes de enfermería (Ardilla y otros 2001; Tomás-Sábado, 2002; Colell y Limonero, 2003; Ardilla y Tomas-Sábado, 2006; Limonero y otros. 2012) y de psicología (Bayés et al., 1999; Limonero, 1997) y en profesionales de la salud (Hernández Cabrera, 2002; Grau Abalo, 2008).

Las mujeres presentan mayores niveles de ansiedad, confirmando la tendencia de otras investigaciones (Tomas-Sábado, 2003; Colell, 2004; Limonero 2012, Ardilla 2008). Tomas-Sábado, (2001) y Limonero (2012) hablan de la multidimensionalidad de la ansiedad ante la muerte, y establece la valoración diferencial de estas dimensiones en las mujeres y los hombres. Y dicen, que las mujeres en comparación con los hombres, valoran algunas situaciones como más ansiógenas, en especial aquellas relacionadas con estímulos ambientales (visión de cadáveres o de ataúdes, conversaciones sobre muertos, etc.). Tomás-Sábado (2008) explica que el aumento de ansiedad en las mujeres se debería a una expresividad emocional más elevada. Garrido (2000) afirma que la ansiedad, como cualquier emoción se corresponde a una expresión que va a depender del contexto social y cultural donde se manifieste, observándose "las reglas de manifestación" de las emociones. Estas serían entonces prescripciones, culturalmente específicas, sobre quién puede manifestar qué tipo de emoción, ante quién y cuándo. En este sentido, la mayor capacidad de atención emocional que tiene el sexo femenino se basaría en tradiciones culturalmente inclinadas hacia la mujer, madre, cuidadora y enfermera.

Los resultados obtenidos de la CPP muestran una relación con las actitudes de evitación, aceptación, temor, salida y pasaje, de tal manera que aquellos/as estudiantes que presentan una baja CPP tienen actitudes de evitación, temor, salida y pasaje ante la muerte. Por otro lado, la puntuación media de la CPP es mayor en los hombres que en las mujeres y no difiere en cuanto a la edad o curso académico. Aquellos/as estudiantes que presentan una percepción baja de CPP manifiestan niveles más elevados de ansiedad, y viceversa. Según algunos autores (Limonero, 2012; Colell 2004, Fernández-Castro & Aparicio, 2004; Ardilla y Tomas-Sabado, 2008) la CPP puede actuar como moderador en el impacto de situaciones estresantes, ya que posiblemente, las personas con una alta competencia percibida tienden a evaluar las situaciones adversas como retos y a afrontar el estrés de manera activa, y por lo tanto, a adaptarse mejor (Limonero, 2012; Fernández-Castro, 2007).

No se han encontrado estudios que hayan profundizado en el efecto que puede tener la resiliencia en las actitudes ante la muerte, aunque sí que existen estudios que relacionan la resiliencia con el nivel de estrés, ansiedad y el burnout en los y las profesionales de la salud.

5. Conclusiones. Las autoras de este trabajo declaran no tener conflicto de intereses.

El cuidado a personas y familiares que se enfrentan a una enfermedad terminal van a generar en los/as estudiantes actitudes que van a condicionar no sólo la calidad de los cuidados prestados, sino también van a influir en la satisfacción y bienestar personal. Niveles elevados de ansiedad pueden interferir en la buena praxis futura del profesional de enfermería, ya que la labor asistencial implica, en muchas ocasiones, afrontar la enfermedad terminal, la agonía, el dolor, el sufrimiento, y finalmente la muerte de sus pacientes y las demandas constantes de los familiares (Colell et al., 2003, Limonero y et al. 2010).

Una buena CPP, IE en las dimensiones de claridad y regulación emocional y resiliencia han demostrado tener un efecto protector contra la ansiedad que provoca el estar en continuo contacto con la muerte y el sufrimiento de los/as demás, de tal manera que aquellos/as estudiantes que tienen un nivel elevado de CPP, IE y resiliencia desarrollan actitudes de aceptación ante la muerte, ya que son capaces de evaluar las situaciones adversas, el sufrimiento y el cuidado a las personas con una enfermedad avanzada, como retos con la posibilidad de crecimiento personal y profesional, permitiendo desarrollar un afrontamiento del estrés activo y una adaptación adecuada a los diferentes entornos.

Todas las investigaciones, en sus conclusiones y recomendaciones hacen referencia a la necesidad de una formación pregrado adecuada que prepare a futuros/as profesionales de la salud a enfrentarse a la muerte, al sufrimiento y al manejo emocional derivado de las situaciones difíciles a las que van a estar sometidos/as, en los diferentes contextos de la práctica asistencial. Para ello es necesario incorporar en los planes de estudios el desarrollo de competencias en comunicación, habilidades sociales, manejo emocional, afrontamiento de situaciones difíciles como la muerte, así como formación en cuidados paliativos, utilizando estrategias activas de enseñanza-aprendizaje participativas y significativas.

Una de las principales limitaciones es la poca homogeneidad en la muestra de estudio, la cual está formada en su mayoría por mujeres. Hay que tener en cuenta que para poder realizar análisis consistentes de las diferencias por sexo, deberían utilizarse muestras donde la presencia masculina fuera más equilibrada. Así mismo solo se han realizado análisis simples de las principales variables y es necesario realizar análisis más complejos que incluyan análisis multivariante y de regresión.

Como recomendaciones, sería muy positivo, plantear investigaciones con metodología cualitativa que permita profundizar en la experiencia vivida, las actitudes, emociones y estrategias de afrontamiento, así como investigaciones con diseño quasi-experimental incorporando un grupo control que valoraran la efectividad de los cursos de formación en cuidados paliativos y manejo emocional.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Ardilla-Herrero, A. Inteligencia emocional y variables relacionadas con la enfermería [tesis]. Barcelona: UAB, Facultad de Psicología; 2013.

Ascencio, L; Allende, S y Verastegui, E. Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. Psicooncología. Vol. 11, Núm. 1, 2014, pp. 101-115.

Bayes R, Limonero J T, Buendía B, Buron E, Enríquez N. Evaluación de la ansiedad ante la muerte. Revista Medicina Paliativa. Madrid, España 6(4):140-143; 1999.

Colell Brunet, R, Limonero García, J.T, Otero, M.D. Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. Investigación en Salud. 2003.

Colell R, Limonero G. Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña [tesis]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de Psicología; 2005.

Garrido I. Psicología de la emoción. Madrid: Editorial Síntesis; 2000.

Grau J, Llantá M, Massip C, Chacón M, Reyes C, Infante O, y otros. Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. Pensamiento Psicológico 2008;4:27-58.

Hernández Cabrera, G., González García, V.M, Fernández Machín, L., Infante Pereira, O. Actitud ante la muerte en los Médicos de Familia. Rev Cubana Med Gen Integr. 2002; 18(1):22-32.

Limonero, Tomás-Sábado, Fernández-Castro, Gómez-Romero y Ardilla-Herrero. Resiliencia, regulación emocional y satisfacción con la vida. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, Vol. 20, Nº 1, 2012, pp. 183-196.

Maza, M, Zavala, M. y Merino, JM. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. *Cienc. enferm.* 2009, vol.15, n.1, pp. 39-48.

Tait, V, Higgs, M. Magann, L. Dixon, JM y Fernandez, R. Attitudes of Non palliative Care Nurses towards Palliative Care. *International Journal of Palliative Care* Volume 2015, Article ID 469174.

Tomás Sabado J, Guix Llistuella E. Ansiedad ante la muerte: Efectos de un curso de formación de enfermeras y auxiliares de enfermería. *Revista Enfermería Clínica*, España, 11(3):104-109; 2001.

Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Rev Psicol Gral Aplic.* 2003;56(3):257-79.

Tomás-Sábado J, Limonero JT, Aradilla Herrero A. Inteligencia emocional, ansiedad general y ansiedad ante la muerte en estudiantes de psicología. *Interpsiquis.* 2008.

Mesa de Comunicaciones 4: Cuidados a pacientes crónicos

Concurrent Session 4: Chronic Care

AUTORES/AUTHORS:

Manuel Herrero Montes, Elena Incera Setién, Paula Parás Bravo, Marina Rojo Torralba, Maria José Cagigas Villoslada, Marta Reyero Lopez, Encarnación Olavarría Bevide, Mirian García Martínez, Patricia Martínez Álvarez

TÍTULO/TITLE:

ALTA PREVALENCIA DE ÚLCERAS Y AMPUTACIONES DE MIEMBROS INFERIORES EN PACIENTES CON TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de úlceras de miembros inferiores (MMII) en los pacientes en hemodiálisis del HUMV (Hospital Universitario Marqués de Valdecilla). Santander (Cantabria).

Describir la prevalencia de amputaciones de MMII en los pacientes en hemodiálisis del HUMV

METODOS

Estudio descriptivo transversal.

Población: pacientes que en el momento de la recogida de datos (marzo 2016) estaban recibiendo hemodiálisis en el HUMV

Criterios de inclusión: mayor de 18 años y disposición para comprender y consentir su participación del paciente o su representante legal.

Criterios de exclusión: Enfermedad neurológica significativa que pueda afectar la cognición.

Se diseñó una hoja de recogida de datos ad-hoc que incluía variables sociodemográficas y variables clínicas (enfermedad renal de base, presencia, tipo y tiempo de evolución de diabetes, antecedentes de úlceras de MMII, amputaciones y clasificación de Leriche-Fontaine). Además, se realizó el test del monofilamento de Semmes- Weinstein a todos los pacientes con el fin de detectar neuropatía periférica sensitiva. Se describen variables cualitativas (distribución de frecuencias absolutas y relativas y porcentajes) y variables cuantitativas (media, desviación estándar (DE) y cuartiles)).

El estudio cuenta con la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de Cantabria (código interno: 2014.223).

RESULTADOS

La población total fue de 39 pacientes y todos se incluyeron en el estudio, 23 hombres (59%) y 16 mujeres (41%) con una edad media de 67,64 (DE 16,02) años.

Las causas principales de la enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis fueron: diabetes mellitus (15,8%), vasculares (28,9%) y glomerulonefritis, pielonefritis y nefropatías intersticiales crónicas sistémicas (26,3%). El 28,9 % de la población eran diabéticos, con una duración media de la diabetes de 17,64 (DE 8,82) años y de los cuales un 72,7% sufrían diabetes mellitus tipo II. En el periodo del estudio únicamente 1 paciente tenía úlcera activa, el 20,5% habían sufrido esta patología en algún momento y 5 pacientes (12,8%) tenían una amputación de MMII de las cuales el 60% eran supracondileas y el 40% infracondileas. Utilizando la clasificación de Leriche- Fontaine el 79,4% de los pacientes están asintomáticos y un 30,6% tienen algún grado de claudicación intermitente.

En cuanto a la presencia de neuropatía periférica sensitiva, el 65,7% en el pie derecho y el 62,9% en el pie izquierdo conservaban la sensibilidad. Un 11,4% y un 14,3% en pie derecho e izquierdo respectivamente no tenían ningún tipo de sensibilidad.

DISCUSION

Los pacientes en hemodiálisis tienen una alta prevalencia de diabetes y patologías vasculares. Muchos de ellos han sufrido amputaciones de MMII y tienen antecedentes de úlceras de pierna. Además, tienen algún grado de enfermedad arterial periférica y de neuropatía sensitiva lo cual aumenta el riesgo de padecer lesiones.

Implicaciones para la práctica: se deben extremar los cuidados dirigidos a la prevención de lesiones y al control de la diabetes y de la EAP.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Portoles J, Lopez-Gomez JM, Aljama P. [Cardiovascular risk in hemodialysis in Spain: prevalence, management and target results (MAR study)]. *Nefrología*. 2005;25(3):297-306.
2. Eggers PW GD, Pugh J. Non-traumatic lower extremity amputations in the Medicare end-stage renal disease population. *Kidney Int*. 1999;56(4):1524-33.
3. Morbach S, Quante C, Ochs HR, Gaschler F, Pallast J-M, Knevels U. Increased risk of lower-extremity amputation among Caucasian diabetic patients on dialysis. *Diabetes care*. 2001;24(9):1689-90.
4. McGrath N, Curran B. Recent commencement of dialysis is a risk factor for lower-extremity amputation in a high-risk diabetic population. *Diabetes care*. 2000;23(3):432-3.
5. Hill M, Feldman H, Hilton S, Holechek M, Ylitalo M, Benedict G. Risk of foot complications in long-term diabetic patients with and without ESRD: a preliminary study. *ANNA journal/American Nephrology Nurses' Association*. 1996;23(4):381.
6. Ndip A, Lavery LA, Boulton AJ. Diabetic foot disease in people with advanced nephropathy and those on renal dialysis. *Current diabetes reports*. 2010;10(4):283-90.
7. Ndip A, Lavery LA, Lafontaine J, Rutter MK, Vardhan A, Vileikyte L, et al. High levels of foot ulceration and amputation risk in a multiracial cohort of diabetic patients on dialysis therapy. *Diabetes care*. 2010;33(4):878-80.
8. Lancho Casares JM. Paciente en programa de diálisis y arteriopatía periférica. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*. 2008;11(2):6.
9. Sánchez Perales MC GM, Borrego Uriel FJ, Viedma G, Gil Pérez del Barrio JM, Borrego Liébana J, Pérez P. Incidencia y factores de riesgo de amputación no traumática de miembros inferiores en los pacientes en hemodiálisis. *Nefrología*. 2005;25(4):399-402.
10. Verdú J, Marine-lo J, Armans E, Carreño P, March J, Martín V, et al. Documento de Consenso CONUEI. Barcelona: EdikaMed, SL; 2009.
11. Bosanquet N. Costs of venous ulcers: from maintenance therapy to investment programmes. *Phlebology*. 1992;1:44-6.
12. American Diabetes Association. Position statement: Standards of Medical Care in Diabetes—2010. *Diabetes care*. 2010;33:S11-S61.
13. Jaeger JQ, Mehta RL. Assessment of dry weight in hemodialysis: an overview. *Journal of the American Society of Nephrology : JASN*. 1999;10(2):392-403.
14. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. 2008 ed. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC; 2008.

Mesa de Comunicaciones 5: Cáncer

Concurrent Session 5: Cancer

AUTORES/AUTHORS:

Melahat AKGÜN KOSTAK, Remziye SEMERCI, Tuba EREN, Gülcan AVCI, Filiz SAVRAN

TÍTULO/TITLE:

LIFE EXPERIENCES OF ADOLESCENTS DIAGNOSED WITH CANCER: A QUALITATIVE STUDY

OBJECTIVES

The diagnosis of cancer in adolescence period further increases the stress. The diagnosis of cancer is perceived as an impaired body image, not being accepted by the peers (Bellizzi et al., 2012; Bibby, White, Thompson, & Anazodo, 2016; Yeh, 2002), the loss of independence, deterioration of friendship relationships, impact on sexual attempts, and deterioration of future and this causes stress, depression, and agitation among adolescents plans (Barnett et al., 2016; Belpame et al., 2015; Walker et al., 2016).

It is extremely important to allow the adolescents diagnosed with cancer to express their emotions and worries, increase their ability to cope with treatment stresses, help the management of the symptoms and increase their adaptation to the new state (Barnett et al., 2016; Bibby et al., 2016; Walker et al., 2016). However, it is difficult to communicate with adolescents in this period. The therapeutic communication of the health staff and especially nurses who spend the most time with them is important in order to fulfil the needs of the adolescents). However, nurses should be able to understand adolescents in order to establish therapeutic communication (Barnett et al., 2016; Bibby et al., 2016; Walker et al., 2016). Hence, this study was planned in a qualitative way in order for the health staff to understand adolescents and explain their life experiences.

METHODS

This qualitative study was carried out with twelve adolescents who have literacy, have stable situation, without visual/hear problems, know your diagnose and who followed with a diagnoses of cancer in a paediatric oncology clinic of A Trakya University Hospital. Semi-Structured in-depth Interview Form: The form composed of four themes related to "Experienced feelings when they firstly heard to diagnosis " "Family relationships", "Friend relationships", "Thoughts of the future".

The interviews were conducted in a room that is suitable for audio recording and adolescents can express themselves comfortable, on average 15-45 minutes until achieved data saturation. The interviews were conducted with technique of audio record and note. Three researchers took part in the interviews. The first author conducted the interviews. second author made observations and noted important points about the interviews (ex: facial expression, tone of voice, gestures). Third author recorded the interviews with the initials of name and surname participants

Data were analyzed with a qualitative content analysis. The interviews were transferred to computer and repeatedly listened then written which were recorded important situations / explanations in Microsoft Word. The main themes were categorized (Colaizzi Method), sub-themes were identified and the basic structure of the whole themes was created.

FINDINGS

Theme 1. Emotions Experienced as the First Diagnosis is Learned

It was determined that adolescents experience such emotions as shock, sadness, fear, anxiety, worry and uncertainty when they first hear about the cancer diagnosis.

"I got sad (puzzled). I was afraid of dying. As I would leave my parents. And my friends." (D, 13 years old)

"Sincerely, I was really scared when I came here and entered the door. Uncertainty. What will happen? I mean, will it hurt? What will happen next? How long will it take? It is impossible not to think about these." (M, 17 years old)

"I got really sad. I thought "Why me?" I cried a lot. The uncertainties made me scared. Will I be operated? What will happen? What will they do? I wondered about these a lot." (S, 18 years old)

Theme 2: Family Relationships

The adolescents stated that they received more care, and they were satisfied with this interest, but excessive care sometimes disturbed them.

"In the past, they did not show much care to me as a result of my brother. But, now they are better. They do whatever I ask for. I like this. But, sometimes I am bothered. For example, my mother says "Be careful. Do not sweat a lot." Then, I get angry. (D, 14 years old)

"My mother and father started to show more care (laughing). I used to tell my father "buy me a laptop". And he said "No." I asked for it

once after I got ill, and he bought it immediately. I asked for a mobile phone, and they bought it immediately (happy and laughing). I said I'm glad to be taken ill." (B, 14 years old)

Some of the adolescents said that they miss their siblings a lot, their siblings are jealous of the care shown to them, their parents neglect their siblings, and they feel guilty because of this.

"I have two siblings. They cannot come to visit me; it is so far away. I miss them. I miss playing with them, caressing them, watching Keloglan (cartoon)." (R, 11 years old)

"I was sorry for my sister. My parents were not able to care for her as much as me. My sister was jealous of me. She said "I wish I was also taken ill. So that you would care about me as much as my sister." (D, 13 years old)

Theme 3: Friendship Relationships

Some of the adolescents said that they cannot meet their friends at all as a result of their illness, and they miss them a lot.

"I cannot meet my friends. As they are getting prepared for the exam (University entrance exam). I don't want to disturb them." (S, 18 years old)

"I couldn't go to the school for two years. I'm going this year. I couldn't go to school and see my friends. I missed them a lot." (D, 13 years old)

All of the adolescents expressed that they understood the value of the school and their friends more during the process of the illness.

"I miss them. I have a close friend. We talk about the school, friends, what she is doing. Upon hearing these, I get sad. I want to go to school as soon as I leave the hospital. I understood the value of the school better when I was at the hospital." (E, 17 years old)

Most of the adolescents stated that their friends supported them during their illness, while some showed negative attitudes.

"My friends told me "get well soon". Some said "This is a contagious disease", and demoralized me. I said I would get well and get over it." (Y, 13 years old)

"Somebody in the classroom mocked me saying "handicapped". I did not want to go to school at all that day. I wanted to choke and kill that boy at that moment." (D, 13 years old)

"I don't have a boyfriend. I mean not for now. I used to have one, but when I got ill he said "I cannot stand by your side; you deserve someone who can stand by you", and we broke up. I got really sad. Then, we started to date again. Later, I wanted to take revenge and this time I left him (laughing)." (M, 17 years old)

Most of the adolescents said that they get sad of losing their hair and wearing masks during the process of the illness and are negatively affected by people's reactions.

"I lost my hair and got really sad (crying). I was feeling bad when seeing myself like that. Now, I have my hair and I am really happy (laughing). I was exposed to black looks when I was wearing a mask; it was the thing that irritated me the most (angry)." (S, 18 years old)

"When you lose your hair, I mean, I don't know how to say, when it becomes different, you feel weird when you look at the mirror (crying). You say, 'Is that me?'" (M, 17 years old)

Theme 4: Thoughts about the Future

In the thoughts of the adolescents about the future, it was determined that they would like to live a stress-free life, have a profession, continue their school and become independent.

"I will go to Uludag. I want to ski. I'm thinking about going to Istanbul. I want to hang around with my friends as I used to" (A, 15 years old).

"At the first grade, I used to want to be a doctor. Then, I decided to become a teacher. I still want to be a teacher. I hated being a doctor during this illness." (D, 13 years old)

"I used to want to study and become an architect or lawyer. Now, I want to be a civil servant. I don't want any stress. My only aim is to have a profession, get married and have children." (S, 18 years old)

DISCUSSION

In this study, it was determined that adolescents experience such emotions as shock, sadness, fear, anxiety, worry and uncertainty when they first hear about the diagnosis of cancer. Docherty et al. (2015) also determined that adolescents and young adults with cancer experience excessive stress and anxiety when they learn about the diagnosis, and Belpame et al. (2016) determined that they feel weird, and believe that this cannot be true. Ramphal et al. (2016) determined that adolescents and young adults experience stress and anxiety as they do not know the symptoms and treatment of cancer. Doukkali et al. (2013) stated in their study on the experiences of adolescents and young adults that some of them get really scared at first, feel as someone else as a result of physical changes, but life goes on and they do not want to stop pursuing their dreams. In the studies, it was determined that the stress experienced by adolescents with cancer and their families decreases if they are informed about health professionals (Barnett et al., 2016; Walker et al., 2016). In this context, it is important that the adolescent and the family are informed at any stage of the illness as of the diagnosis.

In this study, it was determined that adolescents experience such emotions as longing, guilt, anger, being jealous of the siblings in their relationships with their families. They stated that their parents show intensive care towards them as a result of their illness, and they feel guilty by thinking that their siblings are neglected. Silva Rodrigues et al. (2016) found out that the parents only think about the child with cancer and neglect their other child, Bellizi et al. (2012) found that cancer positively affects and strengthens the relationship between the adolescent and his/her family, and Docherty et al. (2015) found that cancer positively affects the family relationships of the adolescents and young adults, while it affects friendship relationships negatively. In the study, it was also determined that adolescents miss their school and friends, and afraid of being mocked and abandoned. Yeh (2002) stated that adolescents do not want their friends to learn about their state as they feel pity for them when they get back to their school life. Barnett et al. (2016) stated that adolescents need peer support and want to receive psychological help.

In the study, it was determined that the career choice of the adolescents towards the future changes, they want to travel a lot and have a stress-free life. Yeh (2002) determined that the choice of the profession of adolescents changes after the illness, and they want to travel constantly. In certain studies, it was stated that adolescents experience the fear and anxiety of not being able to have a child (Barnett et al., 2016; Bibby et al., 2016; Yeh, 2002). Bellizi et al. (2012) also stated that cancer negatively affects future plans of the adolescents, and they change their plans.

In line with these results, it was concluded that it is important that the information about the illness and the process of treatment are given to the adolescents and their families by health professionals, it is also important to organize programs that will ensure that they cope with stress, create support groups, and organize adaptation programs on living with the illness, and activities that will enable them to express themselves.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

REFERENCES

1. Barnett, M., McDonnell, G., DeRosa, A., Schuler, T., Philip, E., Peterson, L., Ford, J. S. (2016). Psychosocial outcomes and interventions among cancer survivors diagnosed during adolescence and young adulthood (AYA): Journal of Cancer Survivorship, 1-18.
2. Bellizzi, K. M., Smith, A., Schmidt, S., Keegan, T. H., Zebrack, B., Lynch, C. F., Simon, M. (2012). Positive and negative psychosocial impact of being diagnosed with cancer as an adolescent or young adult. *Cancer*, 118(20), 5155-5162.
3. Belpame, N., Kars, M. C., Beeckman, D., Decoene, E., Quaghebeur, M., Van Hecke, A., & Verhaeghe, S. (2015). " The AYA Director": A Synthesizing Concept to Understand Psychosocial Experiences of Adolescents and Young Adults With Cancer. *Cancer nursing*.
4. Bibby, H., White, V., Thompson, K., & Anazodo, A. (2016). What Are the Unmet Needs and Care Experiences of Adolescents and Young Adults with Cancer? *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*.

5. Docherty, S. L., Kayle, M., Maslow, G. R., & Santacroce, S. J. (2015). The adolescent and young adult with cancer: a developmental life course perspective. Paper presented at the Seminars in oncology nursing.
6. Doukkali, E. B., Winterling, J., Eriksson, L. E., Lampic, C., Hagstrom, A. S., & Wettergren, L. (2013). Adolescents' and young adults' experiences of childhood cancer: descriptions of daily life 5 years after diagnosis. *Cancer Nurs*, 36(5), 400-407. doi:10.1097/NCC.0b013e31829fd80e
7. Fauske, L., Bondevik, H., Bruland, O. S., & Özakinci, G. (2015). Negative and Positive Consequences of Cancer Treatment Experienced by Long-term Osteosarcoma Survivors: A Qualitative Study. *Anticancer Res*, 35(11), 6081-6090.
8. Ramphal, R., Aubin, S., Czaykowski, P., De Pauw, S., Johnson, A., McKillop, S., Rogers, P. (2016). Adolescent and young adult cancer: principles of care. *Current Oncology*, 23(3), 204.
9. Silva-Rodrigues, F. M., Pan, R., Sposito, A. M. P., de Andrade Alvarenga, W., & Nascimento, L. C. (2016). Childhood cancer: Impact on parents' marital dynamics. *European Journal of Oncology Nursing*, 23, 34-42. doi:10.1016/j.ejon.2016.03.002
10. Walker, E., Martins, A., Aldiss, S., Gibson, F., & Taylor, R. M. (2016). Psychosocial Interventions for Adolescents and Young Adults Diagnosed with Cancer During Adolescence: A Critical Review. *J Adolesc Young Adult Oncol*. doi:10.1089/jayao.2016.0025
11. Yeh, C. H. (2002). Life experience of Taiwanese adolescents with cancer. *Scand J Caring Sci*, 16(3), 232-239.

AUTORES/AUTHORS:

Conceição Rainho, Alda Claudino, Maria João Monteiro, Zita Castelo Branco

TÍTULO/TITLE:**EMPOWERMENT EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO RECIENTE DE CÁNCER DE MAMA**

El cáncer de mama (CM) sigue siendo la segunda neoplasia más frecuente en todo el mundo, y la más frecuente en las mujeres (RORENO, 2013). En Portugal es un grave problema de salud pública por la alta incidencia, la mortalidad y la morbilidad, así como el alto costo de los tratamientos. Esta cuestión sigue siendo relevante y actual. En Portugal se estima que hay 70 nuevos casos de cáncer de mama por cada 100.000 mujeres (Oliveira & Silva, 2011). En la región Norte de Portugal, en 2013 se diagnosticaron 2041 nuevos casos de cáncer de mama (RORENO, IPOP, 2013).

Al recibir el diagnóstico de CM las mujeres pasan por momentos de gran angustia, ansiedad y sufrimiento, que afecta a su bienestar psicológico. Además del problema de salud y las consecuencias del tratamiento, el estigma social y el estereotipo de la palabra "cáncer" que lleva en sí y que normalmente se asocia la palabra "muerte", afectan el equilibrio físico y emocional de la mujer que pasa por esta experiencia (Lotti, Barra, Dias & Makluf, 2008).

El impacto del diagnóstico y de la experiencia de la enfermedad es muy difícil en muchos niveles: físico, mental, emocional y relacional para todos, desde la persona, la familia, amigos y profesionales de la salud (Pierce, 2007).

Los estudios han demostrado que la mayoría de las mujeres después del diagnóstico experimentan reacciones emocionales negativas como la tristeza, la ansiedad, la culpa, la ira, y pérdida de control sobre el futuro (Hewitt, Herdman & Holland, 2004).

Sin embargo, algunos estudios muestran que la mayoría de las mujeres son resilientes (Massie & Shakin, 1993), se adaptan al diagnóstico, con relación a las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que imponen los tratamientos (Ganz et al., 1996; Hewitt et al., 2004).

En la fase de diagnóstico, los estudios indican una prevalencia del 20% al 30% de las mujeres con depresión o ansiedad. Trask & Pearman (2007) encontraron que una muestra de 222 mujeres con CM en la etapa inicial de la enfermedad, el 27% tenía moderada a severa ansiedad y sólo 14% en el grupo control. Sin embargo, Burgess et al. (2005) en mujeres con CM encontró que alrededor del 33% tenían la fase de diagnóstico niveles clínicamente significativos de depresión, ansiedad o ambos.

El número creciente de personas que viven con el cáncer como una enfermedad crónica, debido a la reducción en las tasas de mortalidad, así el empowerment se considera un tema actual y relevante (Jemal et al., 2011). Históricamente, el empowerment surgió a mediados del siglo XX, con el movimiento de mujeres y las luchas por los derechos civiles. El concepto remonta a 1970, influenciado por el movimiento de autoayuda, en 1980 por la psicología comunitaria y en 1990 asociado con los movimientos que buscan la afirmación del derecho a la ciudadanía en los diferentes ámbitos sociales, incluida la salud (Carvalho, 2004). Se ha convertido en un concepto atractivo debido a sus connotaciones políticas, éticas y psicosociales. Este concepto da énfasis a las fuerzas, los derechos y capacidades de las personas, en lugar de sus dificultades y necesidades (Kieffer, 1984). Empowerment también se define como un proceso dinámico que puede desarrollarse en persona, la familia y el contexto de la comunidad. En general se trata de un conjunto de mecanismos que tiene como objetivo capacitar al individuo, la familia y la comunidad en los procesos de toma de decisiones en salud (Kendall, 1998). Se piensa como un proceso que resulta en acciones de forma simultánea y promoción de estructuras e intervenciones por un lado, y por otro, el efecto de estas acciones en la capacitación de los ciudadanos (Gibson, 1995).

Es bajo este concepto que la intervención de los enfermeros con el fin de proporcionar información a los ciudadanos y puedan así decidir sobre la atención relacionada con la salud.

La Carta de Ottawa (1986) y la Declaración de Alma-Ata (1978) abogan por la promoción de políticas que protegen el derecho a la salud, tratando de combatir las desigualdades sociales con énfasis en la participación de los ciudadanos en la construcción de su

proyecto de salud con el fin para que puedan decisiones saludables.

A Organização Mundial de Saúde em 2009 apresenta o Empowerment em saúde como um processo através do qual os cidadãos obtêm um maior envolvimento na tomada de decisão sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde.

En cuanto a la atención de la salud el concepto de "Empowerment y Salud" tiene como objetivo capacitar al individuo para tomar el control de la gestión de los procesos de salud y enfermedad, emergiendo como consecuencia de la evolución en la concepción de la autonomía y la responsabilidad de los individuos, sin pasar por la práctica de actitudes protección y paternalista y la decisión unilateral por parte de los profesionales de la salud.

El Plan Nacional de Salud (DGS, 2014) da énfasis al fortalecimiento del poder y la responsabilidad de la persona a través de un intercambio y la producción de información y conocimiento (conocimiento sobre la salud), a fin de permitir que en la toma de decisiones sobre la salud individual y la comunidad. En este sentido, la persona va a tener un papel más activo, autónomo y responsable en relación a su salud. En este contexto, el PNS 2012-2016 fortalece el sistema de salud, a través de estrategias y herramientas que aumentan la capacidad, la autonomía de las instituciones, profesionales sanitarios y ciudadanos.

CM es una enfermedad crónica, por lo que es importante que las mujeres puedan participar activamente en la gestión de su propio cuidado (McCorkle et al., 2011). En este contexto, es imprescindible el uso del Empowerment en la puesta en práctica de los cuidados de enfermería a las mujeres con diagnóstico reciente de CM. Luego, la capacitación es un tema actual para las personas que viven con cáncer es importante, pues influencia en la toma de decisiones sobre la gestión de sus procesos de salud y enfermedad.

Objetivos: Analizar el Empowerment de las mujeres con diagnóstico reciente de cáncer de mama.

Métodos: Es un estudio transversal correlacional, con un enfoque cuantitativo. La población diana del estudio consistió en todas las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en el último trimestre de 2015, en una Unidad de Patología de Mama, mayores de 18 años y menos de 69 años y la muestra se ha constituido con las que aceptaron participar en el estudio después de consentimiento informado. Se utilizó el Cancer Empowerment Questionnaire (CEQ) para determinar el empoderamiento de las mujeres con diagnóstico reciente de cáncer de mama. El cuestionario es constituido por 40 ítems, contestados en una escala de Likert de 5 puntos, 1 significa (desacuerdo total) y 5 (acuerdo total). El CEQ recoge información intrapersonal, interpersonal y los aspectos de la capacitación, los ítems son presentados como declaraciones positivas.

Resultados: De las 45 mujeres que contestaron, tenían una media edad de $52,1 \pm 9,2$ años, la mayoría (84,4%) estaba casada y (84,8%) tenían hijos. Se encontró que el 32,6% eran titulares de educación superior y el 23,9% tenían educación secundaria. Cuanto a actividad profesional (20%) se insería en la categoría 2 de la Clasificación de Ocupaciones (expertos, intelectuales y científicos), (15,5%) en la categoría 5 (servicios personales y vendedores) y (20%) eran amas de casa. El CEQ mostró una muy buena consistencia interna (0,959) y el alfa de Cronbach de sus componentes osciló entre 0,809 y 0,933. Cuanto a componentes de Empowerment fueron observados los siguientes resultados: i) fuerza personal mostró una media de $4,2 \pm 0,5$; ii) apoyo social la media de $4,2 \pm 0,5$ iii) Cuidado de la salud, la media fue $4,1 \pm 0,4$; iv) y con relación al componente Comunidad, fue $3,9 \pm 0,6$.

Discusión: Los resultados muestran que las mujeres presentaban una puntuación más alta de Empowerment en la componente intrapersonal (fuerza personal), bien así como en el apoyo social, pero en la componente comunidad la puntuación fue más baja. También proporcionan nuevos conocimientos con relación a las propias fuerzas de las pacientes hacia la adaptación al cáncer de mama. Al permitieren comprender las dificultades, en el sentido de que enfermeros o otros profesionales de la salud puedan intervenir más específicamente. En esta etapa de diagnóstico de cáncer de mama, es muy importante conocer qué componentes del Empowerment a promover el proceso de adaptación a la nueva situación. La comprensión más profunda del Empowerment de estas mujeres, permite que el equipo de salud junto con ellas desarrollan más los componentes que promueven la salud, en el sentido de mejorar la calidad de vida y salud de la mujer, tomando como referencia las directrices del Programa Nacional de Enfermedades Oncológicas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Burgess, C., Corneliuns, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: Fives years observational cohort study. *British Medical Journal*, 330 (7493): 702-705.
- Carta de Ottawa. (1986). Promoção da saúde nos países industrializados. In 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá, 17-21 de novembro de 1986.
- Carvalho, S. R. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria empowerment no projeto de promoção à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (4), 1088-1095.
- Declaração de Alma-Ata. (1978). Saúde para todos no ano 2000. In 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, 12 de setembro de 1978, Alma-Ata, Cazaquistão, URSS.
- Direção-Geral da Saúde. (2014). Portugal: Plano nacional de saúde 2012-2016. Lisboa: Autor.
- Hewitt, M., Herdman, R., & Holland, J. (Eds.). (2004). Meeting psychosocial needs of women with breast cancer. Washington: The National Academies Press.
- Jemal, A., Bray, F., Center, M. M., Ferlay, J., Ward, E., & Forman, D. (2011). Global cancer statistics. *A Cancer Journal for Clinicians*, 61 (2), 69-90.
- Kieffer, C. (1984). Citizen empowerment: A developmental perspective. *Prevention in Human Services*, 33 (2-3), 9-36.
- Lotti, R. C. B., Barra, A. A., Dias, R. C., & Makluf, A. S. D. (2008). Impacto do tratamento de câncer de mama na qualidade de vida. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 54 (4), 367-371.
- McCorkle, R., Ercolano, E., Lazenby M., Schulman-Green, D, Schilling L. S., Lorig, K. & Wagner, E. (2011) Self-Management: Enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. *CA Cancer J Clin*. 2011 Jan–Feb; 61(1): 50–62.
- Oliveira, C. F., & Silva, T. S. (2011). Carcinoma invasivo da mama: Do diagnóstico ao tratamento cirúrgico. In *Manual de ginecologia* (Vol. 2, cap. 37, pp. 247-288). Lisboa: Ed. Permanyer.
- Pierce JP, Stefanick ML, Flatt SW, Natarajan L, Sternfeld B, Madlensky L, Al-Delaimy WK, Thomson CA, Kealey S, Hajek R, Parker BA, Newman VA, Caan B, Rock CL. (2007) Greater survival after breast cancer in physically active women with high vegetable-fruit intake regardless of obesity. *J Clin Oncol*. 10;25(17):2345-51.
- Trask, P., & Pearman, T. (2007). Depression. In M. Feuerstein (Ed.), *Handbook of Cancer Survivorship* (pp. 173-189). Bethesda: Springer.

AUTORES/AUTHORS:

Andrada Cristoltan, Nuria Fernández Rodríguez, Alejandro Lendínez Mesa, María del Carmen Águila Pollo, Ana Sofia Fernandes Ribeiro

TÍTULO/TITLE:

Vivencia de la muerte entre los profesionales de enfermería.

Objetivo

La muerte es un proceso biopsicosocial inevitable e intrínseco a la vida humana. A pesar de ello, es un tema que produce una serie de emociones antagónicas y rechazo en la sociedad actual. Los profesionales de enfermería forman el colectivo asistencial más expuesto a la muerte de sus pacientes, por lo que el objetivo del presente estudio es describir y conocer las actitudes que estos demuestran en relación a la exposición ante situaciones de final de la vida.

Método

Estudio observacional correlacional de carácter transversal, se realizó con los profesionales de enfermería de un hospital de media larga estancia de Madrid mediante un muestreo no probabilístico, de tipo consecutivo. Se han recogido variables del tipo socio-demográfico, personal y laboral, actitud ante la muerte, ansiedad ante la muerte y afrontamiento de la muerte. Los instrumentos utilizados para la recogida de datos fueron: cuestionario de variables socio-demográficas, personales y profesionales, cuestionario de actitud ante la muerte (CAM) de Templer, inventario de ansiedad ante la muerte Death Anxiety Inventory (DAI) y la escala de Bugen sobre afrontamiento de la muerte. Se realizó una estadística descriptiva global de las variables, a través de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y media y desviación estándar para las variables cuantitativas.

Resultados

La muestra final está constituida por 51 enfermeros, 41 de los participantes en el estudio son mujeres y 10 son hombres, con una media de edad de $33,49 \pm 7,69$ años. El 66,7% conviven en pareja, de los que 62,7% son solteros y el 33,3% son casados. El 37,3% de ellos tienen hijos. El 66,7% pertenecen a la religión católica. Referente al nivel de estudios, el 58,8% tienen el Título de Diplomados en Enfermería, el 41,2% de Graduado en Enfermería y el 39,2% tienen un Máster. En cuanto a la especialidad de enfermería vía EIR, cabe destacar que solamente el 7,8% de ellos tienen una especialidad (de Salud Mental o Geriátrica). En cuanto a la relación con la muerte, el 88,2% han sufrido pérdidas de familiares y el 25% han sufrido pérdidas de amigos íntimos. La edad del primer contacto con la muerte en el ámbito personal es más frecuente a edades comprendidas entre los 0 y 15 años, mientras que en el ámbito profesional es más frecuente a edades entre los 21 y 30 años. En lo referente al desarrollo asistencial, cabe mencionar que los participantes realizan sus funciones en los siguientes servicios: rehabilitación funcional 19,6%, rehabilitación neurológica 13,7%, daño cerebral irreversible (DCI) 3,9%, cuidados continuados 21,6%, cuidados paliativos 11,8%, procesos neurológicos 3,9%, discapacidad intelectual 2%, geriatría 2%, psicogeriatría 9,8% o correturnos de todos los servicios mencionados 11,6%. La media de años en la profesión es de $9,41 \pm 6,43$ años. Es una población relativamente joven, ya que el 50% de ellos lleva en la profesión menos de 8 años. El 29,4% se enfrenta a la muerte de sus pacientes varias veces al mes, el 14,7% se enfrenta al fenómeno varias veces a la semana y el 39,2% varias veces a lo largo de un año. Al analizar la formación en relación a la muerte, se observa que el 60,8% de los participantes tiene algún tipo de formación relacionada con el tema, estando satisfechos con los resultados de la participación en dicha formación en un 58,8%. El 68,6% del total de enfermeros considera no estar suficientemente formado en relación a la muerte. Las mujeres de la muestra prestan una adecuada atención a las emociones ya que la media de las puntuaciones está comprendida entre 25 y 35 puntos. Los hombres también prestan una adecuada atención a sus emociones, situándose en el rango de 22 a 32 puntos. Al analizar la inteligencia emocional por servicios, se observa una ligera variación pero continúa situándose la media en el rango que define un adecuado grado de prestación de atención a los sentimientos, una adecuada percepción de las emociones, así como una adecuada reparación emocional. Referente a la actitud adoptada frente a la muerte según el servicio, cabe señalar que las

medias más altas en Impacto emocional aparecen en DCI con $13\pm 2,82$ puntos. En cuanto a la actitud de temor ante la muerte las puntuaciones más altas se registran en DCI, Geriátría y Discapacidad Intelectual con $22\pm 11,31$ puntos, seguido de Procesos Neurológicos con $20\pm 8,48$ puntos. Referente a la actitud defensiva hacia el fenómeno de la muerte, las puntuaciones más altas se dan en Geriátría con 21 puntos, seguido de DCI con $15\pm 8,48$ puntos. En cuanto a tránsito, en el servicio de Geriátría se han registrado puntuaciones máximas 35 puntos, seguido de Psicogeriatría con $23,80\pm 7,69$ puntos, Discapacidad Intelectual con 23 puntos, Cuidados Paliativos con $21\pm 7,48$ y Procesos Neurológicos con $21\pm 14,14$ puntos. En la subescala de actitud de distanciamiento, la media más alta de puntuaciones se encuentra en DCI con 23 puntos, seguida de Psicogeriatría, Discapacidad Intelectual, Geriátría y Procesos Neurológicos con 19 puntos. Referente a la vivencia de la muerte como salida de la carga de la vida, Geriátría y Discapacidad Intelectual han registrado la puntuación máxima con 17 puntos, seguida de DCI con $15\pm 8,48$ puntos, Rehabilitación Neurológica con $13,57\pm 3,59$ puntos, Rehabilitación Traumatológica con $13,40\pm 3,97$ puntos y Cuidados Paliativos, Procesos Neurológicos y Psicogeriatría con 13 puntos. En la escala DAI las puntuaciones totales obtenidas pueden variar desde un mínimo de 20 puntos hasta un máximo de 100 puntos, a mayor puntuación registrada, mayor ansiedad general ante la muerte. En la muestra se observa que la media general de la escala es de $49,57\pm 16,57$ puntos, habiendo respondido el 50% de los sujetos con puntuaciones inferiores a 48 puntos, por lo que se puede afirmar que a rasgos generales la muestra presenta niveles bajos de ansiedad ante la muerte. Las respuestas han variado desde una puntuación mínima de 23 puntos hasta la máxima de 95 puntos. Al analizar por separado cada subescala a rasgos generales se observan puntuaciones medias inferiores a lo que se considera media de la escala. Cabe destacar que en todas las subescalas hay sujetos que han registrado puntuaciones mínimas, así como máximas posibles. En la escala de afrontamiento de la muerte de Bugen, las puntuaciones obtenidas pueden variar desde un mínimo de 30 puntos hasta un máximo de 210 puntos. Una puntuación inferior a 105 puntos representa un afrontamiento inadecuado de la muerte y una puntuación superior a 157 puntos un afrontamiento óptimo. En la muestra la media del afrontamiento de la muerte es de $145,12\pm 27,46$ puntos con una mínima puntuación de 61 y una máxima puntuación de 192 puntos, resultando un afrontamiento general adecuado aunque no óptimo. La muestra está constituida por 4 sujetos con afrontamiento inadecuado, 30 sujetos con afrontamiento adecuado y 17 sujetos con afrontamiento óptimo.

Discusión

El cuidado integral de las personas que se encuentran cerca del final de la vida, sin duda es un verdadero reto para el personal de enfermería. Es necesario que los profesionales que se dedican a cuidar a los enfermos en situación terminal estén suficientemente formados para atender de manera adecuada todas las necesidades que se desprenden de dicha situación (1). Al analizar el nivel formativo de los profesionales de la muestra en cuanto a la realización de un máster se refiere, se han observado diferencias en cuanto a la actitud ante la muerte, ansiedad ante la muerte y afrontamiento de la muerte en función del tipo de máster cursado. En cuanto a las actitudes adoptadas frente a la muerte de los pacientes, varios estudios han mostrado la frecuencia de respuestas de tipo evasivo y defensivo de los profesionales de la salud ante situaciones de tal índole (2). Se ha observado que los profesionales de enfermería de la muestra adoptan actitudes semejantes a los estudios consultados, registrándose medias de puntuación alta en Impacto Emocional, Defensividad y Distanciamiento. Estas cifras varían en función del grado y tipo de formación, el servicio en el que se desarrolla la labor asistencial y resto de variables socio-demográficas. Otros estudios, afirman que la experiencia profesional adquirida con el tiempo, no mejora la tolerancia o la actitud del sanitario ante la muerte de sus pacientes (3). La inminencia de la muerte de un paciente produce generalmente ansiedad en los profesionales sanitarios que le atienden (4). Varios estudios han demostrado que los niveles de ansiedad de los enfermeros varían en función de la edad del paciente y las circunstancias de su muerte (5). En estudios sobre los equipos de cuidados paliativos, resulta que los sujetos muestran menores niveles de ansiedad ante la muerte y no la viven como fracaso, presentando en menor medida actitud de defensa, impacto emocional o excesivo temor (6). Al analizar los niveles de ansiedad de la muestra del presente estudio, se observan ligeras variaciones relacionadas con las variables socio-demográficas recogidas en el estudio, con la edad y especialmente con el servicio en el que se desarrolla la labor asistencial. Parece ser que los niveles de ansiedad ante la muerte son inversamente proporcionales a la frecuencia de fallecimientos asistidos.

De la misma manera cabe mencionar que los sujetos que reciben formación relacionada con la muerte (bien sea Máster o cursos básicos de formación), tienden a mostrar niveles más bajos de ansiedad que los individuos sin formación en el tema. Referente a la inteligencia emocional, Goleman afirma que, está muy estrechamente relacionada con el reconocimiento, uso y manejo de los estados emocionales propios y ajenos. Una adecuada inteligencia emocional podría moderar y resolver los conflictos personales internos y externos (7,8). Los profesionales de enfermería estudiados en el presente trabajo, presentan en las tres dimensiones de la Escala de Inteligencia Emocional, niveles adecuados de claridad, atención y reparación. El hecho de tener una inteligencia emocional adecuada, pudo haber influido en la poca variación de las puntuaciones del resto de escalas, además de no presentarse diferencias significativas de la Inteligencia Emocional en relación al resto de variables. Otra dimensión muy estudiada desde las ciencias de la salud es el afrontamiento de la muerte en los profesionales de la salud (9). Según algunos autores, las vivencias experimentadas alrededor del fenómeno de la muerte suponen un impulsor hacia la maduración adaptativa en el desarrollo profesional (10). Lo resultante del análisis de la muestra del presente estudio, apunta hacia una tendencia central de afrontamiento adecuado de la muerte, aunque no óptimo. En lo referente a la religiosidad y la práctica de la misma, existen estudios que afirman que el hecho de ser creyente actúa como factor de protección ante las emociones negativas relacionadas con la muerte (11). Los no creyentes y los creyentes practicantes son los que menos ansiedad presentan (12). Observando los resultados obtenidos, se han registrado un mejor afrontamiento de la muerte en los sujetos practicantes que en los no practicantes. Los resultados obtenidos, son útiles para conocer cuáles son los factores personales y laborales que influyen en las reacciones frente a la muerte y la actitud adoptada en función de los mismos. Asimismo, nos han permitido objetivar la influencia de múltiples factores resultantes de la atención al paciente, en la vida personal del enfermero y diseñar planes de formación destinados a aportar herramientas útiles para el afrontamiento de situaciones delicadas en la práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1) Hanzelíková Pogránýivá A, García López MV, Conty Serrano MR, López Davila Sánchez B, Barriga Martín JM, Martín Conty JL. Nursing Students' Reflections on the Death Process. *Enferm Glob.* 2014;33:133-144.
- 2) Pichardo García LM, Diner K. La experiencia de la muerte y los cuidados paliativos. Una visión desde la enfermería. *An Med.* 2010;55(3):161-166.
- 3) García MP, Cruz F, Schmidt J, Muñoz A, Montoya R, Prados D, et al. Influencia de las emociones en el juicio clínico de los profesionales de la salud a propósito del diagnóstico de enfermedad terminal. *Int J Clin Health Psychol.* 2010;10(1):57-73.
- 4) Grau Abalo J, Llantá Abreu MC, Massip Pérez C, Chacón Roger M, Reyes Méndez MC, Infante Pedreira O, et al. Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensamiento Psicol.* 2008;4(10):27-58.
- 5) Fernández AR. El sentir enfermero ante la muerte de un ser querido. *Invest Educ Enferm.* 2010;28(2):267-274.
- 6) Pascual Fernández MC. Ansiedad del personal de enfermería ante la muerte en las unidades de críticos en relación a la edad de los pacientes. *Enferm Intensiva.* 2011;22(3):96-103.
- 7) Ascencio Huertas L, Allende Pérez SR, Verastegui Avilés E. Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. *Psicooncología.* 2014;1(11):101-115.
- 8) Guerrero Lira M, Sánchez Díaz I, Lolas Stepke F, Fierro Neudörfer C, Taboda Rodríguez P, Astudillo W, et al. Cuidados paliativos en el enfermo terminal. *ARS Medica.* 2005;11:25.
- 9) Soares Cantídio F, Aparecida Vieira M, Rosângela de Sena R. Significado da morte e de morrer para os alunos de enfermagem. *Invest Educ Enferm.* 2011;29(3):407-418.
- 10) Benbunan Bentata B, Cruz Quintana F, Roa Venegas JM, Villaverde Gutiérrez C, Benbunan Betata BR. Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de Enfermería: una propuesta de intervención. *Int J Clin Health Psychol.* 2007;7(1):197-205.

11) Tomás Sábado J, Gómez Benito J. Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. Rev Psicol General Aplicada. 2003;56(3):257-279.

12) Raja Hernández R, Gala León FJ, González Infante JM, Lupiani Giménez M, Guillén Gestoso C, Alba Sánchez I. Influencia de las creencias religiosas en las actitudes en el personal sanitario (P.S) ante la muerte. Cuad Med Forense. 2002;29:21-36.

Mesa de Comunicaciones 6: Cuidados a pacientes críticos

Concurrent Session 6: Critical Care

AUTORES/AUTHORS:

Patrícia Fátima Levandovski, Maria Alice Dias da Silva Lima

TÍTULO/TITLE:

Evaluación de la calidad de los cuidados de enfermería en atención de emergencia en la opinión de los pacientes

Objetivo:

Analizar la percepción de pacientes sobre la calidad de los cuidados de enfermería en emergencia hospitalaria.

Métodos:

Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal. La muestra se compuso por 385 adultos atendidos por un periodo mínimo de seis horas en un servicio de emergencia de un hospital en el sur de Brasil y, posteriormente, conducidos a unidades clínicas y quirúrgicas. La recolección de datos ocurrió entre agosto y noviembre de 2015. Fue utilizado el cuestionario "Percepción de usuarios acerca de la asistencia de enfermería en Unidad de Emergencia de Adultos" (1), con 33 proposiciones, divididas en las dimensiones Estructura, Proceso y Resultado.

Para las respuestas, se utilizó una escala de Likert, con cinco opciones que van desde "totalmente de acuerdo" a "totalmente en desacuerdo".

Los datos fueron analizados utilizando estadística descriptiva y cálculo de medidas de posición y dispersión.

Se respetaron los principios éticos y se garantizó la privacidad y el anonimato de los participantes.

Resultados:

El instrumento ha demostrado confiabilidad, con alfa de Cronbach de 0,899.

El promedio de edad de los pacientes fue de 56 años, con el mayor número de participantes del sexo masculino; 47% no terminaron la escuela primaria.

La mayoría de los pacientes recibió atención clínica (74,3%). La clasificación de riesgo con mayor frecuencia fue muy urgente (59%) y el tiempo promedio de permanencia fue de 105,97 horas.

El promedio de la puntuación total asignada a la calidad de la atención de enfermería en el servicio de urgencias fue 127,76, correspondiente a 77,4% del valor máximo del cuestionario (165 puntos). Hubo diferencia significativa en la dimensión Proceso, que presentó promedio mayor cuando comparada con las dimensiones Estructura y Resultado, los cuales no difirieron.

Fueron apreciadas asociaciones significativas entre la percepción de calidad y la edad de los participantes, hora de llegada, tiempo de permanencia y correlación significativa entre la calidad y el tiempo de espera para clasificación de riesgo.

Discusión:

La percepción de los usuarios acerca de la calidad de los cuidados de enfermería en atención de emergencia hospitalaria fue considerada buena, lo que indica percepción positiva sobre la calidad de la atención recibida.

Sin embargo, se identificaron situaciones que requieren mejora en la percepción de los usuarios, como la necesidad de información más detallada sobre los criterios de clasificación con colores; más información sobre el tiempo de espera de servicio e información de alta; deficiencias en la estructura, privacidad y comodidad, así como en demás estudios (2-4).

Se concluye que la atención en enfermería ejerce influencia en la satisfacción de los usuarios en las dimensiones estructura, proceso y resultado.

Se destaca el papel del equipo de enfermería para la satisfacción de los usuarios y evaluación positiva acerca de la calidad de la atención.

Los resultados permiten el conocimiento de las necesidades y expectativas de los usuarios y proporcionan datos complementarios para mejorar la calidad de la atención.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Morais AS, Melleiro MM. A qualidade da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: a percepção do usuário. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2013; 15(1): 112-20.
2. Levandovski PF, Lima MADS, Acosta AM. Patient satisfaction with nursing care in an emergency service. Investigación y Educación em Enfermería. 2015; 33(3): 473-81.
3. Hidalgo PP et al. Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. Gaceta Sanitaria. 2012; 26(2): 159-65.
4. Romero VR et al. Satisfacción de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Revista de Calidad Asistencial. 2011; 26(2): 111-22.

AUTORES/AUTHORS:

Candelas López López, Teresa Pérez Pérez, Jose Luis García Klepzig, Juan Vicente Beneit Montesinos

TÍTULO/TITLE:

Valoración del dolor en el paciente con trauma grave y ventilación mecánica, no comunicativo.

Objetivos: Medir el nivel de dolor de dos procedimientos habituales en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): aspiración de secreciones y movilización en pacientes con trauma grave y ventilación mecánica, no comunicativos. Determinar la utilidad de la Escala de Conductas Indicadoras de Dolor (1) (ESCID) en este grupo de pacientes.

Método: Estudio observacional longitudinal, realizado en la UCI de un hospital de tercer nivel de Madrid. El tamaño muestral para un IC95%, precisión de ± 0.45 y un 5% de pérdidas es de 124 pacientes, que cumplen los criterios de inclusión: edad ≥ 18 años, ventilación mecánica invasiva, ser no comunicativo, estancia en UCI > 5 días y consentimiento informado firmado. Como criterios de exclusión: polineuropatía grave, coma barbitúrico, infusión de relajante muscular e inestabilidad hemodinámica y/o respiratoria. Las variables que se recogen son: edad, sexo, mecanismo lesional, región anatómica afectada, nivel de conciencia medido con Glasgow Coma Scale (GCS), tipo y dosis de analgesia y sedación, nivel de sedación medido con Richmon Agitation Sedation Scale (RASS) y nivel de dolor objetivado con ESCID. Los instrumentos para la recogida de datos son la historia clínica y la observación directa. El procedimiento consiste en valorar el dolor por 2 observadores independientes, con resultado ciego entre ellos, ante 2 procedimientos dolorosos y 1 no doloroso de control, en 3 momentos (5 minutos antes, durante y 15 minutos después) y en distintos días de ingreso en UCI (día 1, día 3 y día 6). Para medir el nivel de dolor en función del procedimiento utilizado, se construye un modelo multivariante longitudinal ajustado por el resto de covariables. Las herramientas informáticas utilizadas son SPSS/PC+ versión 22 y el paquete GEE de R.

Resultados: La muestra de 124 pacientes presenta una distribución de sexo de 22.6% mujeres y 77.4% hombres, con una edad media de 45.93 (16.43) años. La etiología más frecuente es el accidente de tráfico, seguido de las caídas en un 48.4% y 36.3% respectivamente. La región anatómica afectada con mayor frecuencia es la craneal en un 83.1%. El nivel de conciencia obtiene un GCS que oscila de 3 (3-4) el día 1 a 6 (3-9) el día 6. Los fármacos utilizados de forma más frecuente como analgésicos y sedantes son el cloruro mórfico y el midazolán en más del 79% y 34.9% de los pacientes respectivamente. El nivel de sedación obtiene un RASS de -5 (-5, -4) el día 1, hasta -4 (-4, -2) el día 6. Las puntuaciones ESCID, evidencian un incremento significativo durante la realización de los 2 procedimientos dolorosos, respecto a la medida basal y posterior ($p < 0.01$) y al procedimiento no doloroso ($p < 0.01$). El nivel de dolor durante la realización de los 2 procedimientos dolorosos es similar, siendo el día 6 el que conlleva mayor puntuación ESCID respecto al día 1. La fiabilidad de ESCID muestra una alta concordancia entre los observadores, obteniendo un índice Kappa > 0.84 en todos los procedimientos, momentos y días de valoración.

Discusión: La secuencia temporal de este estudio, junto al tratamiento estadístico de los datos mediante un modelo multivariante, permiten objetivar un incremento de la puntuación ESCID el día 6, que puede ser debido a la disminución de la dosis de sedación y aumento del nivel de conciencia del paciente a medida que transcurren los días de estancia en UCI. Este modelo también permite objetivar que el nivel de dolor de los 2 procedimientos dolorosos es similar, sin embargo, en las investigaciones de Puntillo (2-3), se determina la intensidad de dolor de distintos procedimientos realizados en la UCI, entre ellos la movilización y aspiración de secreciones, otorgándose distinto nivel de dolor a cada procedimiento. Implicaciones para la práctica: Las distintas guías de práctica clínica basada en la evidencia⁴⁻⁶ recomiendan el uso de herramientas que se basan en la observación de conductas indicadoras de dolor, cuando los pacientes no pueden comunicarse, estas herramientas también sirven para monitorizar la dosis de analgesia. Así ESCID, es una herramienta fiable para valorar el dolor en los pacientes con trauma grave y ventilación mecánica, no comunicativos, permitiendo también con su uso, ajustar la analgesia a los momentos y días que se incrementa su puntuación. Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1)- Latorre Marco I, Solís Muñoz M, Falero Ruiz T, Larrasquitu Sánchez A, Romay Pérez A, Millán Santos I. Validación de la Escala de Conductas Indicadoras de Dolor para valorar el dolor en pacientes críticos, no comunicativos y sometidos a ventilación mecánica: resultados del proyecto ESCID. *Enferm Intensiva* 2011;22(1):3-12.
- (2)- Puntillo KA, White C, Morris AB, Perdue ST, Stanik-Hutt J, Thompson CL, et al. Patients' perceptions and responses to procedural pain: results from Thunder Project II. *Am J Crit Care* 2001;10(4):238-251.
- (3)- Puntillo KA, Max A, Timsit JF, Vignoud L, Chanques G, Robleda G, et al. Determinants of procedural pain intensity in the intensive care unit. The Europain(R) study. *Am J Respir Crit Care Med* 2014;189(1):39-47.
- (4)- Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gelinas C, Dasta JF, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2013;41(1):263-306.
- (5)- DAS-Taskforce 2015, Baron R, Binder A, Biniek R, Braune S, Buerkle H, et al. Evidence and consensus based guideline for the management of delirium, analgesia, and sedation in intensive care medicine. Revision 2015 (DAS-Guideline 2015) - short version. *Ger Med Sci* 2015;13.
- (6)- Celis-Rodríguez E, Birchenall C, de la Cal MA, Castorena Arellano G, Hernandez A, Ceraso D, et al. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo. *Med Intensiva* 2013;37(8):519-574.

AUTORES/AUTHORS:

Víctor Manuel Vidal Sánchez, Salvador Alfredo Saura Lucas, Gines Rodríguez Cañadas, Solanger Hernández-Méndez, María Dolores Sánchez Sánchez, Francisca Tudela Urrea, Sonia Losana Perea, Sonia López Meca, María Ruzafa-Martínez

TÍTULO/TITLE:

EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE LA GUIA VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN UNA UNIDAD DE REANIMACIÓN POSTANESTÉSICA

1. INTRODUCCIÓN: El dolor, tanto considerado como síntoma o enfermedad, existe desde siempre. Es inevitable, ya que no podemos luchar contra su aparición ni se puede definir con precisión, a pesar de todo lo que se ha dicho o escrito sobre él. Por tanto es lógico pensar que ha existido desde el comienzo de la vida, o dicho de otra forma, desde la aparición del hombre sobre la tierra. Con el paso del tiempo se ha ido conociendo mucho mejor, tanto desde posiciones médico-científicas como desde el punto de vista de su tratamiento; pero a pesar de los logros conseguidos, el dolor sigue presente entre nosotros como una amenaza constante e ineluctable.1 Sorprende la cantidad de documentación que existe sobre este, su tratamiento y valoración. Pero más aún sorprende la falta de documentación sobre registros del dolor, en especial, por parte de enfermería. Por otro lado el HGURM y la Universidad de Murcia, desde primeros del 2012, forma parte del Programa Internacional "Best Practice Spotlight Organization" (BPSO®). En el desarrollo de la implantación de la guía del dolor, empezó a implantarse esta en la URPA.

2. OBJETIVO GENERAL: Evaluar el nivel de implantación de las recomendaciones de la GBP: Valoración y manejo del dolor, en la URPA del HGURM. Objetivos específicos: 1. Determinar el porcentaje de pacientes con registros de valoraciones del dolor en la URPA y en la planta en las 4 horas primeras tras su llegada de la URPA. 2. Conocer el porcentaje de pacientes que al alta de la URPA tienen un nivel de dolor leve ($EVN \leq 3$) y el porcentaje que se va de alta con algún tipo de dolor ($ENV > 0$). 3. Evaluar la relación entre el turno de trabajo y el grado de cumplimentación del registro de valoración del dolor. 4. Evaluar la relación entre el dolor al ingreso URPA / alta URPA con el tipo de intervención (programada o urgente), tipo de anestesia, especialidad, edad del paciente, sexo y tipo de analgesia. 5. Valorar los cambios que existen en el nivel del dolor del paciente entre el ingreso a la URPA, el alta de esta y la llegada a la planta

3. MÉTODO: Diseño del estudio: Se trata de un estudio longitudinal y prospectivo realizado a pacientes que tras ser intervenidos quirúrgicamente pasan a la URPA del Hospital Universitario Rafael Méndez de Lorca. Variables: sociodemográficas, clínicas, relacionadas con la valoración y el registro del dolor, relacionadas con el formulario: Guía del dolor:

4. RESULTADOS

4.1 Características sociodemográficas y clínicas de la muestra: De los 525 pacientes intervenidos quirúrgicamente durante el mes de febrero de 2014 se han excluido 243 (46,3%), por lo que la muestra del estudio fue de 282 pacientes (53,7%). En relación al sexo de los pacientes estudiados, 134 (47,5%) eran hombres y 148 (52,5%) mujeres. La edad media es de $51,97 \pm 19,916$ (14 – 96), siendo esta en hombres de $56,05 \pm 19,64$ (15 – 96), con una moda de 43 y una mediana de 60,5. En mujeres, la edad media es de $48,24 \pm 19,496$ (14 – 89), la moda de 34 y la mediana de 41. Los porcentajes del número de intervenciones por especialidades quirúrgicas, destacando con un 29,8% de las intervenciones realizadas, la especialidad de Cirugía General Digestiva, seguida de Traumatología con un 19,5%. De las 282 intervenciones, 188 (66,7%) son programadas y 94 (33,3%) son urgentes. Por otro lado, 226 (80,1%) se han realizado en turno de mañanas, 36 (12,8%) en turno de tardes y 20 (7,1%) en turno de noches. En relación a los porcentajes del tipo de anestesia administrada a los pacientes, predomina la anestesia raquídea con un 47%, seguida de la anestesia general con un 41,1%.

4.2 Registro y evaluación del dolor posquirúrgico: El número de registros del formulario de la GBP: evaluación y manejo del dolor, con la correspondiente valoración del dolor, en la URPA, la media de registros de $1,65 \pm 0,782$ por paciente, con una moda y mediana de 2 registros por paciente. De estos, el registro del formulario al ingreso del paciente y su correspondiente valoración del dolor es del 79,1% (223 casos), no realizándose el 20,9% (59 casos). Al alta del paciente de la URPA se ha registrado el formulario el 79,4 % de las veces (224 casos), no haciéndose el 20,6% (58 casos). En las 4 horas siguientes de la llegada del paciente desde la URPA a la planta, se ha valorado el dolor con su correspondiente registro el 63,5% de las veces (179 casos), no habiéndose hecho en un 36,5% (103 casos). Se refleja el nivel de dolor que el paciente tiene cuando es dado de alta de la URPA, siendo según la ENV = 0 (sin dolor) en el 66,5% de los casos, por lo que en el 33,5% de los casos se han ido de alto con algún tipo de dolor, siendo su intensidad según la ENV > 3 en el 5,1% de los casos.

4.3 Relación entre el nivel de dolor y variables sociodemográficas y clínicas: Estudiando la relación existente entre la edad del paciente y el nivel del dolor valorado con la escala numérica verbal al ingreso y alta de la URPA, y en las cuatro primeras horas tras su llegada a la planta, se ve una relación lineal significativa ($p < 0,05$), siempre inversa. Es decir, a mayor edad, menor nivel de dolor valorado. Al estudiar la relación entre el sexo y el nivel de dolor, la mujer muestra niveles de dolor más altos (diferencias estadísticamente significativas) al ingreso del paciente en la URPA y en la valoración realizada en las primeras 4 horas tras la llegada del paciente a la planta. Al ingreso en la URPA, y al realizar el test de Bonferroni (prueba post hoc) se da una diferencia significativa ($p = 0,000$) entre el nivel de dolor valorado en pacientes intervenidas bajo anestesia general y pacientes intervenidas con anestesia raquídea. Resulta una significación estadística entre los tipos de anestesia administrada, tanto en la valoración del dolor al ingreso del paciente en la URPA ($p = 0,000$) como en la valoración al alta de esta ($p = 0,013$). Con respecto a las medias del nivel de dolor valorado, teniendo en cuenta las diferentes especialidades quirúrgicas, existe significación estadística en las valoraciones realizadas a los pacientes a su llegada a la planta tras el alta de la URPA ($p = 0,010$). Tras las pruebas post hoc (test de Bonferroni), existe una significación estadística ($p = 0,026$) entre la media del nivel de dolor al alta de la URPA de las pacientes intervenidas por Ginecología ($1,30 \pm 1,717$) y la de los pacientes intervenidos por Urología ($0,30 \pm 0,909$). Al comparar las medias del nivel del dolor en los tres momentos que se ha valorado con los tipos de analgesia administrados para el control del dolor (escalones analgésicos de la OMS), se observa una significación estadística en las valoraciones realizadas al ingreso del paciente en la URPA y al alta de esta ($p = 0,000$). Dicha significación estadística viene dada en las valoraciones realizadas al ingreso, al comparar los pacientes que se le administra analgesia del escalón 1 y los que se le administra analgesia del escalón 3 de la OMS, y entre el escalón 1 y 4. Al alta de la URPA viene dada entre las medias del nivel de dolor de los pacientes tratados con analgésicos del escalón 1 de la OMS y analgésicos del escalón 3. Al valorar el dolor en la planta y el tipo de intervención (programada vs. urgente), existe una diferencia significativa ($p = 0,004$) siendo más alta en la urgente.

4.4 Cambios en el nivel del dolor al ingreso y alta de la URPA y a las 4 horas en planta: Al valorar los cambios del nivel de dolor en los diferentes tiempos (1: ingreso paciente en la URPA, 2: alta de esta y 3: en las primeras 4 horas tras su llegada a la planta de la URPA), existen diferencias significativas cuadráticas ($p = 0,000$), mostradas en la gráfica 10. Realizando la comparación por pares, esta significación viene dado entre el tiempo 1 y 2 ($p = 0,010$), y entre el tiempo 2 y 3 ($p = 0,000$), no existiendo relación significativa entre el tiempo y 1 y 3 ($p = 0,20$).

5. DISCUSIÓN: El estudio realizado muestra que en el 29,8% de los casos no se le han realizado los dos registros del formulario, según recomendando la Guía del dolor, uno al ingreso del paciente en la URPA y otro al alta de esta. Estos datos son comparables con los del estudio realizado por M A Vidal et al, donde un 39% de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en España no tienen el

dolor postoperatorio evaluado¹⁰. Otros estudios muestran que la intensidad del dolor no se evalúa de forma sistemática, realizándose entre el 36 – 55% de las veces^{13,14,15}. Se constata que la prevalencia del dolor medido con la ENV es > 3 en el 5,1% de los casos, en el momento del alta del paciente de la URPA. (66,5% se van de alta sin dolor, y el 28,4% con un dolor leve, entre 1 y 3 medido con ENV). En la valoración realizada en la planta en las primeras 4 horas tras el alta del paciente de la URPA, el 49% de los pacientes no presentan dolor (ENV = 0), el 30,6% presenta dolor leve (entre 1 y 3 con ENV) y el 20,0% un nivel de dolor >3. Al comparar el nivel de dolor por sexo, en las valoraciones realizadas al ingreso de los pacientes en la URPA, el nivel de dolor en las mujeres es significativamente mayor que en los hombres. Lo mismo sucede en las valoraciones realizadas en la planta a la llegada de los pacientes de la URPA. Al comparar el nivel de dolor teniendo en cuenta la anestesia administrada en la intervención, existe una diferencia estadísticamente importante entre las intervenciones realizadas bajo anestesia general y anestesia raquídea. Esta diferencia se da tanto en las valoraciones realizadas al ingreso del paciente en la URPA, como en las valoraciones realizadas al alta de la URPA. Los pacientes que ingresan bajo anestesia raquídea lo hacen aun con un bloqueo sensitivo y motor. Al comparar el nivel de dolor en los pacientes intervenidos en las diferentes especialidades, existe una diferencia significativa entre el nivel de dolor valorado al alta de la URPA de las pacientes intervenidas de Ginecología y los pacientes intervenidos de Urología. Estas diferencias pueden estar relacionadas con las detectadas al comparar el nivel de dolor en los hombres y mujeres, donde es significativamente mayor en estas últimas. La diferencia del nivel de dolor valorado a pacientes en relación al tipo de analgesia administrada para su tratamiento es estadísticamente significativa también en las valoraciones hechas al ingreso del paciente en la URPA y al alta de esta. En el primer tiempo, existe una diferencia, por un lado, entre los pacientes que se le ha administrado analgésico del escalón 1 de la escala analgésica de la OMS y los que han sido tratados con analgésicos del escalón 3, y por otro lado entre los tratados con analgésicos del escalón 1 y los tratados con los del escalón 4. En el segundo tiempo, alta del paciente de la URPA, existe una diferencia significativa entre los pacientes tratados con analgésicos del escalón 1 y los tratados con los del escalón 3. Esto tiene una explicación, ya que los pacientes que presentan un mayor nivel de dolor necesitan analgésicos de escalones más altos. En la valoración realizada en la planta, tras el alta del paciente de la URPA, la diferencia entre el nivel de dolor valorado en los pacientes intervenidos de urgencia es significativamente mayor que el de los pacientes intervenidos de forma programada.

6. CONCLUSIONES: A pesar de los avances que se han producido en el control y tratamiento del dolor, con la aparición de nuevos fármacos y técnicas analgésicas, todavía en la actualidad existen niveles de dolor que provocan un sufrimiento innecesario para la humanidad con las consecuencias que esto implica, como muestran los porcentajes resultantes en el estudio. El establecimiento de protocolos de actuación que recojan e integren recursos farmacológicos con métodos físicos y técnicas psicológicas, convenientemente validados y permanentemente actualizados, junto con el empleo rutinario de una escala de evaluación del dolor, van a permitir controlar el proceso doloroso en la mayor parte de las intervenciones.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.- Franco Grande A. El dolor en la Historia. Rev Soc Esp Dolor. 1999; 6 : 261-262
- 2.- De La Quintana Gordon F, López López E. Compendio de Anestesiología para Enfermería. 2.ª ed. Madrid: Elsevier; 2007
- 3.- NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificaciones. 2009-2011. Ed. 2009-2011 organizada por conceptos. Elsevier. P: 349-350
- 4.- Guevara-López U, Covarrubias-Gómez A, Hernández Ortiz A. Desarrollo de los parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo [artículo original] Rev Mex Anest. 2004; 27(4): 200-204
- 5.- Robert C, Ward D O, et al. Fundamentos de medicina osteopática. 2.ª ed. Buenos Aires: Editorial médica panamericana; 2006
- 6.- Serratos-Vazquez M C. Manejo del dolor en paciente con trauma. Rev Mex Anest. 2012; 35(1): 123-129
- 7.- Muñoz J M. Manual de Dolor Agudo Postoperatorio. Comisión Hospital sin Dolor. Hospital Universitario La Paz. 1ª ed. Madrid: Ergon; 2010

- 8.- Howell D, Beadle M, Brignell A, Deachman M, Lackenbauer H, Palozzi L, et al. Guía de buenas prácticas en enfermería: Valoración y manejo del dolor. 2002
- 9.- Serrano-atero M S, Caballero J, Cañas A, García-Saura P L, Serrano-Álvarez C, Prieto J. Valoración del Dolor (I). Rev Soc Esp Dolor. 2002; 9: 94-108
- 10.- Vidal M A, Torres L M, De Andrés J A, Moreno-Azcoita M. Estudio observacional sobre el dolor postoperatorio leve o moderado desde el punto de vista del anestesiólogo en España. PATHOS. Rev Soc Esp Dolor. 2007; 8: 550-567
- 11.- Rawal N. Organization, Function, and Implementation of Acute Pain Service. Anesthesiol Clin North America. 2005; 23(1): 211-225
- 12.- Bolivar I, Catalá E, Cadena R. El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2005; 52: 131-140
- 13.- Carr D B, Miaskowski C, Dedrick S C, Williams G R. Management of perioperative pain in hospitalized patients: a national survey. J Clin Anesth. 1998; 10(1): 77 - 85
- 14.- Puig M M, Montes A, Marrugat J. Treatment of postoperative pain in Spain. Acta Anaesthesiol Scand. 2001; 45(4): 465-470

Mesa de Comunicaciones 7: Cuidados maternoinfantiles

Concurrent Session 7: Mother and children care

AUTORES/AUTHORS:

Hatice Kahyaoglu Sut, Necdet Sut

TÍTULO/TITLE:

SEVERITY OF MENOPAUSAL SYMPTOMS IN CLIMACTERIC TURKISH WOMEN

Objectives: Menopause is a natural process in a woman's life that can be defined as an irreversible loss of menstruation for at least 12 months due to the cessation of ovarian activity. Hot flashes are the most common symptom, however, depression, vaginal dryness, and sleep disturbances are also common. Women experience a permanent cessation of menstruation after the menstrual irregularity; postmenopause then begins following 12 months of amenorrhea (1, 2). Menopausal stages can be classified as premenopausal, perimenopausal, and postmenopausal. According to the Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW), women with regular menses are defined as being in the premenopausal stage; those with irregularities ≥ 7 days from their normal cycle or the occurrence of amenorrhea ≥ 60 days are defined as being in the perimenopausal stage; and those who have had no menses in the previous 12 months are defined as being in the postmenopausal stage (1). Menopause marks the end of a woman's reproductive ability and somatic, psychological, and urogenital complaints are associated with this period; thus, it is a significant stage in a woman's life. Several symptoms seen in most menopausal women are due to estrogen deficiencies and aging. In middle-aged Latin American women, 90.9% had at least one menopausal symptom (3). Chedraui et al. reported that 24.9% of women had severe menopausal symptoms (4). Furthermore, studies from different countries have reported considerable variations in menopausal symptoms (5). There is limited published data concerning menopausal symptoms and severity by stages in Turkey. Therefore, we aimed to assess the severity of menopausal symptoms by menopausal stages in climacteric Turkish women.

Methods: This study was carried out in a cross-sectional design in the menopause clinic of Trakya University Medical Faculty, Department of Obstetrics and Gynecology, between March and August 2015. Included in the study were 429 menopausal women (119 premenopausal, 141 perimenopausal, and 169 postmenopausal) who applied to the menopause clinic and volunteered to participate in the study. The included women were between 40 and 65 years of age. The women completed a questionnaire containing demographic characteristics and the Menopause Rating Scale (MRS) (3, 6). The local ethics committee of author's institution reviewed and approved to this study (TUTF-BAEK 2015/48). Results were shown as mean \pm standard deviation or number (%). Reliability of the MRS scale was assessed by using the Cronbach's α coefficient. SPSS 20.0 statistical software (IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.) was used for statistical analysis. $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results: The mean total score of the MRS was 11.2 ± 6.4 . Of the 429 women, 97.9% had at least one, and 20.3% had severe, menopausal symptoms. Total, somatic, psychological, and urogenital scores of the MRS in the peri- and postmenopausal stages were significantly higher than in the premenopausal stage ($p < 0.05$ for all). However, there was no significant difference in the scores between the peri- and postmenopausal stages ($p > 0.05$). The percentage of women who had at least one menopausal symptom in the postmenopausal stage (99.4%) was significantly higher than in the premenopausal stage (95.0%, $p = 0.027$). Severe menopausal symptoms (MRS ≥ 17) in the postmenopausal (30.8%) and perimenopausal (19.9%) stages were significantly higher than in the premenopausal stage (5.9%, $p < 0.001$ for both); also, the postmenopausal stage was significantly higher than the perimenopausal stage ($p < 0.05$). Severe somatic, psychological, and urogenital symptoms in the peri- and postmenopausal stages were significantly higher than in the premenopausal stage ($p = 0.017$, $p < 0.001$, and $p < 0.001$, respectively); also, severe urogenital symptoms in the postmenopausal stage were significantly higher than in the perimenopausal stage ($p < 0.05$).

Discussion and Conclusion: In this study, we have investigated the severity of menopausal symptoms by menopausal stages in climacteric Turkish women. In our study, the majority (97.9%) had at least one, and 20.3% of women had severe, menopausal symptoms (MRS total score ≥ 17). The rate of severe menopausal symptoms is close to the reference rate in Europe (24.3%) (7). Chou et al. also reported that, of the Chinese women they investigated, 97.6% had at least one, and 13.8% had severe, menopausal symptoms (8). Sharma and Mahajan reported that symptom scores (total, somatic, psychological, and urogenital) in rural women were higher than in urban women (9). This difference can be explained by cultural, regional, or ethnic differences among women, and we can say that race and ethnicity may affect the prevalence and severity of menopausal symptoms. Studies have reported that menopausal symptom severity increases from one stage to the next (3, 8). When we investigated the severity of menopausal

symptoms (MRS total score ≥ 17), we observed more severe symptoms in the postmenopausal stage than in the peri- and premenopausal stages. Also, the scores were significantly more severe in the perimenopausal stage than the premenopausal stage. Chou et al. reported that severe somatic, psychological, and urogenital symptoms increased from one stage to the next (8). Consistent with their results, in our study, severe somatic, psychological, and urogenital symptoms in the peri- and postmenopausal stages were significantly higher than in the premenopausal stage. In conclusion, almost all of the climacteric women had at least one, and 20% had severe, menopausal symptoms. The severity of menopausal symptoms increased from one menopausal stage to the next.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, et al. (2012) Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Menopause* 19:387-95.
2. Casper RF. Clinical manifestations and diagnosis of menopause. In: Barbieri RL, Crowley WF, (eds). Available at: <http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-menopause?source=preview&language=en-US&anchor=H1&selectedTitle=1~150#H1>. Accessed September 20, 2015.
3. Blumel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, et al. (2012) Menopausal symptoms appear before the menopause and persist 5 years beyond: a detailed analysis of a multinational study. *Climacteric* 15:542-51.
4. Chedraui P, Blumel JE, Baron G, Belzares E, Bencosme A, et al. (2008) Impaired quality of life among middle aged women: a multicentre Latin American study. *Maturitas* 61:323-9.
5. AlDughaiter A, AlMutairy H, AlAteeq M (2015) Menopausal symptoms and quality of life among Saudi women visiting primary care clinics in Riyadh, Saudi Arabia. *Int J Womens Health* 7:645-53.
6. Marahatta RK (2012) Study of menopausal symptoms among peri and postmenopausal women attending NMCTH. *Nepal Medical College journal: NMCJ* 14:251-5.
7. Ojeda E, Monterrosa A, Blumel JE, Escobar-Lopez J, Chedraui P (2011) Severe menopausal symptoms in mid-aged Latin American women can be related to their indigenous ethnic component. *Climacteric* 14:157-63.
8. El Shafie K, Al Farsi Y, Al Zadjali N, Al Adawi S, Al Busaidi Z, et al. (2011) Menopausal symptoms among healthy, middle-aged Omani women as assessed with the Menopause Rating Scale. *Menopause* 18:1113-9.
9. Agil A, Abike F, Daskapan A, Alaca R, Tuzun H (2010) Short-term exercise approaches on menopausal symptoms, psychological health, and quality of life in postmenopausal women. *Obstet Gynecol Int* 274261.

AUTORES/AUTHORS:

Hatice Kahyaoglu Sut, Ozlem Asci, Nalan Topac

TÍTULO/TITLE:**SLEEP QUALITY AND HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PREGNANCY**

Objectives: Pregnancy is a process that creates significant changes in a woman's life, including anatomic, physiological, and biochemical. These changes affect the physical and emotional behavior of women and can lead to decreased quality of life (1). Sleep is a basic requirement comprising psychological, physiological, and social dimensions, and it affects the health and quality of life (2, 3). Mechanical and hormonal changes that occur during pregnancy can alter the sleep patterns of women; 97% of women reported sleep disturbances by the third trimester of pregnancy (4). Health-related quality of life (HRQoL) is a concept consisting of many components that address the physical, social, emotional, and psychological status of individuals (1). Several studies of pregnant women have used the EuroQol-5 Dimension (EQ-5D) scale for determining the quality of life (5) and the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) scale for determining sleep quality (6, 7). However, no study has investigated the effect of pregnancy on both sleep quality and quality of life, therefore, the purpose of this study was to investigate the effect of pregnancy on sleep quality and quality of life.

Methods: In a cross-sectional design, 492 women (292 pregnant and 200 healthy controls) were included in this study between November 2014 and June 2015. Participants completed a survey on sociodemographic characteristics, the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), and the European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D). The Scientific Research Ethical Committee of the author's institution reviewed and approved this study. Data were analyzed by using reliability analysis (Cronbach's alpha), the Student's t-test, the Mann-Whitney U test, the Kruskal-Wallis test, the chi square test, univariable, and multivariable linear regression analyses. SPSS 20.0 statistical software (released 2011; IBM Corporation, Armonk, NY) was used for statistical analysis, and a p value <0.05 was accepted as statistically significant.

Results: The PSQI total and EQ-5D scores of pregnant women were significantly worse than the controls ($p = 0.017$ and $p < 0.001$, respectively). Among the variables (pregnancy, age, number of children, education, working status, daily regular exercise, smoking, alcohol consumption, and caffeine intake) entered into the univariable linear regression analysis, only pregnancy status ($B = 0.117$; $p = 0.009$) was an effective factor on sleep quality. Also, multivariable linear regression model showed that pregnancy ($B = -0.330$; $p < 0.001$) and education ($B = 0.093$; $p = 0.035$) were related factors with health-related quality of life. The PSQI score in the third trimester was significantly higher than in the first trimester ($p = 0.048$). However, there were no significant differences in PSQI scores between the first and second or second and third trimesters ($p > 0.05$). The percentage of poor sleep quality in pregnant women (31.5%) was higher than that of the controls (24.5%). Compared to the controls, the risk of poor sleep quality increased 1.41-fold (95% CI: 0.94–2.12) in pregnant women, but this was not significantly different ($p = 0.092$). Compared to the first trimester, the risk of poor sleep quality increased 2.11-fold (95% CI: 1.00–4.45) in the second trimester ($p = 0.048$) and 1.86-fold (95% CI: 0.99–3.51) in the third trimester ($p = 0.054$). The mean EQ-5D score in pregnant women was significantly higher than that of the controls ($p < 0.001$). Compared to the first trimester, the EQ-5D scores significantly decreased in the second ($p = 0.038$) and third ($p < 0.001$) trimesters. However, there were no significant differences in the EQ-5D scores between the second and third trimesters ($p = 0.379$).

Discussion and Conclusion: We found pregnant women experienced a deterioration in sleep quality compared to healthy controls, a finding supported by Ko et al. (8). We can conclude that pregnant women experience poor sleep quality more than nonpregnant women. Sleep quality deteriorated in the third trimester of pregnancy when compared to the first trimester. We observed no significant difference in sleep quality between the second and third trimesters, a finding supported by Hayase et al. who reported no significant difference in sleep quality between second and third trimesters in pregnant women with pregnancy-induced hypertension and gestational diabetes mellitus (9). We showed a significantly lower quality of life score in pregnant women when compared to

nonpregnant healthy controls. Da Costa et al. reported that the quality of life in the third trimester significantly decreased when compared with Canadian normative means of healthy women and in that same study, sleep problems were found to negatively affect the quality of life in pregnancy (1). Our findings also support the conclusion that pregnancy negatively affects quality of life and that a deterioration in sleep quality in pregnancy can negatively affect quality of life. Our findings indicate that a deterioration in sleep quality during pregnancy, especially in the third trimester, can increase the risk of postpartum depressive symptoms. Wu et al. reported that poor sleep quality during the third trimester increased the risk of postpartum depressive symptoms (10) and sleep problems have been associated with depressive symptoms during pregnancy (11). Identifying poor sleep patterns and sleep disorders in pregnancy could therefore reduce these postpartum depressive symptoms. In conclusion, our findings show that pregnancy deteriorates sleep quality and quality of life, especially in the third trimester. Therefore, perinatal healthcare professionals should consider the sleep quality of pregnant women during pregnancy, especially in the third trimester, and they should provide adequate information to pregnant women about the impact of sleep quality on adverse pregnancy outcomes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Da Costa D, Dritsa M, Verreault N, Bala C, Kudzman J, Khalife S. (2010) Sleep problems and depressed mood negatively impact health-related quality of life during pregnancy. *Arch Womens Ment Health* 13: 249-257.
2. Taskiran N. (2011) Pregnancy and sleep quality. *J Turk Soc Obstet Gynecol* 8: 181-187.
3. Lee LY, Tam KW, Lee ML, et al. (2015) Sleep quality of middle-aged Tai Chi practitioners. *Jpn J Nurs Sci* 12: 27-34.
4. Sunil Sharma M, Rose Franco M. (2004) Sleep and its disorders in pregnancy. *Wisconsin Medical Journal* 103: 48.
5. Nowakowska-Glab A, Maniecka-Bryla I. (2011) Relation between occupation and health related quality of life of pregnant women. *Med Pr* 62: 601-607.
6. Madaeva IM, Kolesnikova LI, Protopopova NV, Sakh'ianova NL, Berdina ON. (2014) Features of the sleep pattern during pregnancy. *Vestn Ross Akad Med Nauk* 93-97.
7. Okun ML, Schetter CD, Glynn LM. (2011) Poor sleep quality is associated with preterm birth. *Sleep* 34: 1493-1498.
8. Ko SH, Chang SC, Chen CH. (2010) A comparative study of sleep quality between pregnant and nonpregnant Taiwanese women. *J Nurs Scholarsh* 42: 23-30.
9. Hayase M, Shimada M, Seki H. (2014) Sleep quality and stress in women with pregnancy-induced hypertension and gestational diabetes mellitus. *Women Birth*.
10. Wu M, Li X, Feng B, Wu H, Qiu C, Zhang W. (2014) Correlation between sleep quality of third-trimester pregnancy and postpartum depression. *Med Sci Monit* 20: 2740-2745.
11. Skouteris H, Wertheim EH, Germano C, Paxton SJ, Milgrom J. (2009) Assessing sleep during pregnancy: a study across two time points examining the Pittsburgh Sleep Quality Index and associations with depressive symptoms. *Womens Health Issues* 19: 45-51.

AUTORES/AUTHORS:

Melahat AKGÜN KOSTAK, Esra Nur KOCAASLAN

TÍTULO/TITLE:

EVALUATION OF FATIGUE AND QUALITY OF LIFE OF MOTHERS OF CHILDREN WITH CANCER

OBJECTIVES

It is known that the daily life order of family members and the individual diagnosed with cancer is disrupted and the stress of cancer patients and their families increases (Karabuga-Yakar and Pinar 2013). The name of the cancer disease, the fear caused by its name, future anxiety and the stress caused by what can be experienced during the disease and treatment process negatively affect patients and their relatives (Kusch et al. 2000; Murray 2002). The load perceived especially by the mother in the family is generally more. This also leads to the change in mother's daily life and impairment of her routines (Görgülü and Akdemir 2010; Carter et al. 2000; Chen et al. 2002).

In a study in which the needs of individuals who look after cancer patients were examined, it was found that caregivers are negatively affected by the patient's suffering, the lack of information about the disease and the depression in the patient. It is stated that the care load perceived especially by the caregivers of the advanced stage cancer patients, depression, and anxiety, fatigue and sleep problems increase and that their quality of life decreases (Görgülü and Akdemir 2010; Carter et al. 2000; Chen et al. 2002). The difficulties experienced by non-professional caregivers who are the most important executors of care impose important tasks to nurses and health care professionals. These difficulties may cause the health of the caregivers and those who receive care to be negatively affected (Akyar et al. 2009). The purpose of this study is to determine the levels of fatigue and quality of life of mothers of children treated with the diagnosis of cancer and the factors affecting them.

METHODS

This descriptive study was carried out with the mothers (n= 40) of the children followed with the diagnosis of cancer in Trakya University Hospital Pediatric Oncology Clinic and Polyclinic.

Data Collection Tools

Data Collection Form: It consisted of 27 questions related to the characteristics of the family and the child (age, gender, educational level of father-mother, child's disease and care requirements, etc.).

The Quality of Life Survey (QOLS-15-D): It is the quality of life scale on general health consisting of 15 sub-dimensions including movement, vision, hearing, respiration, sleeping, eating, talking, excretion, normal activities, mental function, comfortable disorders and symptoms, depression, distress, vitality and sexual activity. 15 sub-dimensions measure the quality of life on subjective health (1= best ; 0= worst, the quality of life on health) by being converted into a total score between 1 and 0.

Piper's Fatigue Scale (PFS): It consists of four sub-dimensions each of which is assessed on 0-10 points VAS and a total of 22 items. It measures the individual's subjective perception of fatigue. It is assessed by four sub-dimensions including behavior/violence, affection, sensory, cognitive/psychical. The fatigue experienced by people increases as the score received from the scale increases. The data were collected by researchers with the technique of face to face interview with mothers.

Data Analysis: The percentage, mean and standard deviation, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis variance and Spearman correlation analysis were used in SPSS 20.0 statistical program. The results were evaluated in 95% confidence interval and at 0.05 significance level.

Ethical Permission: The written permission was received from Trakya University Faculty of Medicine Ethics Committee and Hospital administration for the study.

FINDINGS

It was found that the average age of the mothers who participated in the study was 37.05±9.92 and the average age of the fathers

was 39.92 ± 9.66 , 42.5% of mothers and fathers were literate/primary school graduates, 12.5% of mothers and 80% of fathers were working in a job, 27.5% of mothers left their job due to the disease of their children and 27.5% of them had health problems. It was found that 55% of families had difficulty in meeting the health expenses. It was also found that 57.52 of mothers received education, 70% of them required to have information and 57.5% of them needed information about diseases and drug administration. The point average of mothers' Piper Fatigue Scale was found 5.84 ± 1.95 , and the point average of the Quality of Life Scale was found 0.33 ± 0.08 .

A positive ($r=0.494$; $p=0.001$) correlation was found between mothers' quality of life scale scores and quality of life scale scores. The fatigue scores of mothers increased as their quality of life scale scores increased. There was a statistically significant difference between mothers' employment status and total fatigue point averages ($Z=-2.188$; $p=0.29$). The fatigue levels of the working mothers were high. There was a statistically significant difference between mothers' information requirements on child care and quality of life point averages ($Z=-2.012$; $p=0.044$). The quality of life of the mothers who stated that they were in need of information about child care was low. There was a statistically significant difference between mothers' health problem/disease and total quality of life point averages ($Z=-2.106$; $p=0.035$). The total quality of life point averages of the mothers with health problem/disease were high.

DISCUSSION

The cancer disease which is a life-threatening chronic disease negatively affects the social, business, family/marital life of the child/adolescent and the caregiver, disrupt their state of health and impair their quality of life (Karabuga-Yakar and Pinar; 2013). In this study, it was found that mothers had to change their living conditions due to the disease and treatment process, 27.5% of them had health problems and had to leave their job due to the disease of their children and 55% of them had difficulty in meeting the health expenses. In their study carried out with the individuals who care for cancer patients, Yun et al. (2005) determined that the families with low economic conditions have to change their living conditions. In a study carried out by Karabuga-Yakar and Pinar (2013) with family members who provide care, it was determined that 66.8% of patient's relatives either left their jobs or made major changes in their works because of being engaged in caregiving. 68% of the caregivers stated that they spent their savings because they cared for their patients, the basic income of the family decreased in 55% of them, 20% of them moved to a cheaper home, 29% of them changed the family's education plans due to medical expenses.

In this study, it was determined that 70% of caregivers/mothers are in need of information, have difficulty in meeting the requirements such as drug administration, home care, hygiene/cleanliness requirements, dressing/undressing, nutrition, movement support and they are in need of information on these requirements. The individuals who provide care for cancer patients may have difficulties due to lack of knowledge and skills about home care. It has been reported in the literature that cancer patient caregivers have difficulties on pain management at home, nutrition, movement, hygiene, symptom control and drug treatment at home (Grosv and Dahl 2005; Görgülü and Akdemir 2010). The quality of life of the mothers who stated that they were in need of information about care was also found low in this study.

One of the common problems in cancer patient caregivers is fatigue. The fatigue symptoms can be observed along with the impairment of the physical and psychological health of the caregivers/mothers. (Görgülü and Akdemir 2010). In this study, the fatigue levels of mothers were found high. Mota et al. (2009) found high fatigue levels in caregivers of cancer patients. It is also stated that the fatigue levels increase in those who provide care for the advanced stage gastrointestinal cancer patients (Cho et al 2006; Grosv and Dahl 2005). In this study, the fatigue levels of mothers increased as their quality of life increased.

In this study, mothers' quality of life point averages was low. In the study carried out by Eiser et al. (2005) with the mothers of 87 children who were newly diagnosed with cancer, the quality of life of the mothers was found lower compared to those with healthy children; and Karabuga-Yakar (2013) also found quality of life quite low in their study carried out with 120 patient's relatives who provide care. It was also determined in other studies that the quality of life of patient's relatives was low (Babaoglu and Öz 2003; Weitzner et al. 1999).

CONCLUSION

The results indicated that, as the mother's quality of life increased, their fatigue levels decreased. Working mothers' fatigue levels were high. The quality of life levels of the mothers stated that they need the information about their child's care and had any health problems were low. We conclude that parents and other family members should be informed and ensured to participate on child care. It is important that mothers who were working and having any health problems should be supported in order to decrease the level of fatigue and increase the quality of life scores.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

REFERENCES

1. Akyar I, Akdemir N. Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yasadıkları güçlükler. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2009;32-49.
2. Babaoglu E, Öz F. The relationship between psychological and social problems of the spouse who cared for the terminal cancer patients. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Der 2003;2:24-33.
3. Carter PA, Chang BL. Sleep and depression in cancer caregivers. Cancer Nurs 2000;23:410-15.
4. Chen ML, Chu L, Chen HC. Impact of cancer patients' quality of life on that of spouse caregivers, Support Care Cancer 2004;12:469-75.
5. Cho MH, Dodd MJ, Lee KA, Padilla G. Self-reported sleep quality in family caregivers of gastric cancer patients who are receiving chemotherapy in Korea. J Cancer Educ 2006; 21:37-41.
6. Eiser C, Eiser JR, Stride CB. Quality of life in children newly diagnosed with cancer and their mothers. Health and Quality of Life Outcomes 2005;3:29.
7. Görgülü Ü, Akdemir N. İleri evre kanser hastalarına bakım verenlerin yorgunluk ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi. Genel Tıp Derg 2010;20(4)
8. Grov EK, Dahl AA, Moum T, Fossa SD. Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. Ann Oncol 2005;16:1185-91.
9. Karabuga-Yakar H, Pinar R. Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2013;15(2):1-16.
10. Kusch M, Labouvie H, Ladisch V, Fleischhack G, Bode U. Structuring psychosocial care in pediatric oncology. Patient Education and Counseling 2000;40:231-245.
11. Mota DD, Pimenta CA, Piper BF. Fatigue in Brazilian cancer patients, caregivers and nursing students: A psychometric validation study of the Piper Fatigue Scale-Revised. Support Care Cancer 2009;17:645-52.
12. Murray, J.S. A qualitative exploration of psychosocial support for siblings of children with cancer. Journal of Pediatric Nursing 2002;17(5):327-337.
13. Yun YH, Rhee YS, Kang IO, Lee JS. Economic burdens and quality of life of family caregivers of cancer patients. Oncology 2005;68:107-14.
14. Weitzner MA, Jacobsen PB, Wagner H, Friedland J. The caregiver quality of life index-cancer (CQOLC) scale: Development and validation of an instrument to measure quality of life of the family caregiver of patients with cancer. Qual Life Res 1999;8:55-63.

Mesa de Comunicaciones 8: Práctica clínica (dolor y genero)

Concurrent Session 8: Clinical Practice (pain and gender)

AUTORES/AUTHORS:

Daniel Muñoz Jiménez, José Ángel González Sánchez, María Teresa Fernández Martín, Francisco García García, Jaime Alonso Jiménez, Julia González Martín, Lourdes Mascaraque Sánchez, María Montealegre Sanz, Ismael Ortuño Soriano

TÍTULO/TITLE:

¿Valoramos el dolor como constante? Efectividad de la implantación de un Procedimiento y Registro del Dolor

OBJETIVOS. El objetivo principal del presente estudio fue medir la efectividad de la implantación de un procedimiento para la valoración del dolor y su registro en la historia clínica informatizada en dos unidades piloto de un hospital de tercer nivel. Secundariamente, se establecieron como objetivos describir la intensidad del dolor y los hábitos de los profesionales de enfermería a la hora de realizar el registro del mismo en dichas unidades, tanto antes como después de la intervención.

METODOLOGÍA: Estudio de intervención pre-post. La intervención consistió en la elaboración y difusión de un procedimiento para la valoración del dolor y la adaptación de los registros clínicos en las unidades de hospitalización de Traumatología y Oncología del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Esta intervención se llevó cabo en el contexto de la implantación de la Guía para la Valoración y Manejo del Dolor(1) de Registered Nurses of Ontario, que sirvió de base para la elaboración del procedimiento, dentro del programa de Best Practice Spotlight Organizations en España(2,3), por el cual dicho centro ha sido acreditado en el año 2015 como Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados(4). El procedimiento y las modificaciones de los registros fueron desarrollados y consensuados por un grupo de profesionales representantes de diversas áreas del centro, entre las que se encontraban las unidades piloto, y validados por la Comisión de Cuidados. La intervención sobre los registros consistió en la inclusión del registro preexistente para medir la presencia e intensidad del dolor según la Escala Visual Analógica (EVA) dentro de la gráfica de constantes, la implementación de un nuevo registro orientado fundamentalmente a la recogida de información sobre diferentes características del dolor, denominado "Valoración Integral del Dolor". La difusión de la intervención fue realizada por líderes e impulsores de implantación a través de sesiones informativas y de los medios institucionales de comunicación. El periodo pre-intervención (P0) fue en los meses de junio a septiembre de 2015 y el periodo post (P1) en febrero y marzo de 2016. La intervención fue llevada a cabo desde octubre de 2015 a enero de 2016. Para medir los resultados de la intervención se obtuvo la información de las variables de estudio a través de los registros informatizados de pacientes, seleccionados mediante muestreo consecutivo, con estancias mayores de 24 horas y cuya alta se produjera en los 5 últimos días de mes en las unidades piloto. Las variables consideradas fueron sexo, edad, tipo de proceso, unidad, detección e intensidad del dolor al inicio de los cuidados (primera detección en las primeras 24 horas de estancia en las unidades piloto), intensidad máxima y mínima durante el total de días de estancia en las unidades piloto, número de valoraciones, número de valoraciones por intensidad, tiempo de estancia, número de comentarios evolutivos de enfermería que incluyeran el término dolor y la cumplimentación del Registro de Valoración Integral de Dolor. Los valores de la intensidad del dolor se compararon según la siguiente estratificación de la escala EVA: sin dolor (0), dolor leve (1-2), dolor moderado (3-5), dolor intenso (6-8) y dolor insoportable (9-10). Las variables cuantitativas se describieron mediante media o mediana y desviación típica y rango intercuartílico, y las cualitativas mediante sus frecuencias absolutas y relativas. Para la comparación de medias y frecuencias se utilizaron el test no paramétrico de Mann-Whitney y chi cuadrado respectivamente. Para todos los contrastes se utilizó un nivel de significación al 5%. El análisis se realizó mediante SPSS 21.0

RESULTADOS: Se obtuvieron datos de un total de 266 pacientes, de los que 150 fueron obtenidos en P0 y 116 en P1. La población en ambos periodos tuvo una edad media de 68,5 (DE=15,4) años en P0 y 71 (DE=13,1) en P1, la distribución por unidades fue en oncología de 40% en P0 y 30,2% en P1, mientras que en traumatología fue de 60% en P0 y 69,8% en P1. El porcentaje de mujeres por periodos fue de 62,7% (P0) y 53,4% (P1). El proceso asociado a la hospitalización fue de tipo quirúrgico (P0=49,3% y P1=66,4%), médico (P0=50,7% y P1=31,9%) y por procedimientos diagnósticos o terapéuticos solamente se recogió un caso en periodo post-intervención (P1=1,7%). La detección al inicio de los cuidados pasó de un 66,7%(P0) a un 92,2%(P1). El índice de valoraciones por días de estancia pasó de 0,79 (RI=0,53-1,06) en P0 a 1,47 (RI=1,18-1,80) en P1 y el índice de valoraciones por intensidad/estancia, como indicador específico del procedimiento alcanzó en P1 un valor de 0,55 (RI=0,33-0,90) siendo el de partida 0,16 (RI=0,05-0,4). Para todos los contrastes anteriores el valor de $p < 0,001$.

El 24%-39,3% (P0-P1) de los pacientes no presentaron dolor al inicio de los cuidados y entre los pacientes que tuvieron dolor éste fue leve 17%-21,5%, moderado 51%-31,8%, intenso (7%-7,5%) e insoportable (1%-0%) de los casos. La mediana de dolor al inicio de los cuidados mostró diferencias significativas entre períodos P0-P1 de EVA 3 (RI=1-4) a 2 (RI=0-4) con valor de $p=0,006$. El 14,4%-13,8% (P0-P1) tuvieron una intensidad máxima registrada de EVA=0, por lo que no presentaron ningún dolor durante la totalidad del período de ingreso, mientras que el 38,3%-15,5% (P0-P1) tuvieron una intensidad mínima de EVA>0, es decir que en ellos no se registró en ningún momento durante el total de la estancia la ausencia de dolor. La mediana de la intensidad máxima del dolor durante el ingreso varió ligeramente su rango intercuartílico de EVA 4 (RI=3-5) a 4 (RI=3-6), al igual que la intensidad mínima EVA 0 (RI=0-2) a 0 (RI=0-0). Se calculó mediante análisis textual cuantitativo el número de comentarios evolutivos registrados que incluían el término dolor/día de estancia siendo en P0 1,07 (RI=0,66-1,64) y 1,4 (RI=1,03-1,8) en P1.

DISCUSIÓN. Los resultados obtenidos muestran un incremento muy significativo de la detección, valoración y revaloración del dolor en las unidades piloto. La detección del dolor es fundamental para un manejo eficaz del mismo(5). La detección y valoración del dolor al inicio de los cuidados aumentó un 25,5%, se duplicó el número de valoraciones por días de estancia y triplicaron las valoraciones por intensidad, alcanzando en un 55% de los casos las recomendaciones relacionadas con la revaloración del dolor indicadas en el procedimiento, porcentaje muy aproximado a la realización del registro de Valoración Integral del Dolor. Estos resultados son acordes a los obtenidos en estudios sobre adherencia a las recomendaciones de evaluación del dolor por enfermería en pacientes hospitalizados, con mejoras que oscilaban entre un 9% y un 49% en período post y según distintos tipos de estrategias(6). A la luz de estos resultados se considera que la intervención ha sido efectiva puesto que produjo mejoras significativas en la frecuencia y calidad de la valoración y registros del dolor. Pese a que las diferencias en la intensidad del dolor entre P0 y P1 podrían ser atribuidas a factores intrínsecos de los pacientes o a un aumento de los pacientes quirúrgicos en P1, en los que el manejo del dolor está notablemente protocolizado, sería factible pensar que la intervención haya podido influir, no solo en la cantidad de valoraciones sino también en su precisión a causa de una mayor sensibilización y conocimiento sobre la valoración y abordaje del dolor tras la difusión del procedimiento(7). Cabe destacar el elevado número de comentarios evolutivos que aluden al dolor, básicamente a su presencia o intensidad, así como su incremento post-implantación, pese a que el procedimiento favorece el uso de registros cerrados de intensidad y calidad. Estos resultados ponen de manifiesto que el reto de implementar cambios en la práctica clínica se encuentra en modificar las prácticas ancladas en la rutina(8).

La consideración del dolor como “constante” requiere un cambio en el paradigma de la valoración enfermera, que en la práctica asistencial aun se considera lejano(9). La presencia de dolor en un 86% de los pacientes incluidos en el estudio refleja que éste es un problema de alta prevalencia que requiere ser abordado por los profesionales e instituciones sanitarias como una prioridad. No obstante la implantación de sistemas de evaluación del dolor sistemáticos y basados en herramientas validadas permite no solo conocer su presencia e intensidad, sino también evaluar adecuadamente la eficacia de las intervenciones que se lleven a cabo para su abordaje.

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo ha sido realizado utilizando parcialmente datos y la metodología del Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. El autor expresa su agradecimiento al Grupo de Trabajo del Programa de implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. El Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® está parcialmente financiado por el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Viriani T, McConnell H, Tait A, Scott C, Gergolas E. "Valoración y manejo del dolor: guía de buenas prácticas en Enfermería." Toronto, Ontario (Canadá): RNAO (2008).
2. Ruzafa-Martínez M, González-María E, Moreno-Casbas T, del Río Faes C, Albornos-Muñoz L, Escandell-García C. Proyecto de Implantación de Guías de Buenas Prácticas en España 2011-2016. *Enfermería Clínica*. 2011; 21(5):275-83.
3. González-María E. Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados o BPSO® España. *NURE Investigación*, 2014; 11(71)
4. El Hospital Clínico San Carlos, Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados. *Acta Sanitaria*, 11 de febrero de 2015, Madrid. Disponible en:
<http://www.actasanitaria.com/el-hospital-clinico-san-carlos-centro-comprometido-con-la-excelencia-en-cuidados/>
5. Schofield P, O'Mahony S, Collett B, Potter J. Guidance for the assessment of pain in older adults: a literature review. *British journal of nursing*, 2008; 17(14).
6. Ista E, van Dijk M, van Achterberg T. Do implementation strategies increase adherence to pain assessment in hospitals? A systematic review. *International journal of nursing studies*, 2013; 50(4), 552-568.
7. Carlson CL. Prior conditions influencing nurses' decisions to adopt evidence-based postoperative pain assessment practices *Pain Management Nursing*, 2010; 11(4): 245–258.
8. Sánchez-García I, López-Medina IM, Pancorbo-Hidalgo PL. "Obstáculos percibidos por las enfermeras para la práctica basada en evidencias: Un estudio cualitativo." *Enfermería Clínica*, 2013; 23(6): 279-283.
9. Camacho-Barreiro L, Pesado-Cardelle J, Rumbo-Prieto JM. Opinión de enfermería y concordancia entre las escalas visual analógica, verbal simple y numérica, en la valoración del dolor agudo como 5ª constante vital. *Ene*, 2016; 10(1): 0-0.

AUTORES/AUTHORS:

María de los Dolores Navarrete Zampaña, Ana Rodríguez Gonzalo, María Galindo Ferrer, Jose María Irurzun Mateos, Ana Yanguas Gómez, Lucía Reviriego Moreno

TÍTULO/TITLE:

Relación entre ansiedad y dolor en adolescentes sometidos a corrección de escoliosis

OBJETIVOS:

Evaluar la relación entre ansiedad y dolor en adolescentes intervenidos quirúrgicamente para la corrección de escoliosis idiopática adolescente (EIA).

Secundarios:

- Conocer las características sociodemográficas y clínicas de la población a estudio y su posible relación con la ansiedad y el dolor.
- Evaluar la ansiedad pre y post-quirúrgica y el dolor percibido.

MÉTODO:

Estudio observacional.

Ámbito: Unidad de Hospitalización Pediátrica (UHP) y Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) de un hospital de tercer nivel. Periodo: Abril 2015 a Marzo 2016.

Sujetos: pacientes mayores de 12 años de edad que vayan a ser intervenidos de EIA. Muestreo por conveniencia, reclutados consecutivamente. Se estima una muestra de 23 pacientes.

Variables principales: dolor (escala EVA) y ansiedad (cuestionario STAI).

Variables Secundarias: sociodemográficas, clínicas (peso, talla, grados de Cobb, signo Risser), estancia hospitalaria.

Instrumentos: Escala EVA: línea horizontal que marca del 0 al 10 y seis caras con leyenda. Cuestionario STAI: cuestionario autoadministrado, validado, que analiza la ansiedad en dos dimensiones (rasgo y estado).

Las valoraciones se realizaron en 5 tiempos: ingreso en UHP (T0), 24h post-cirugía en UCIP (T1), alta UCIP (T2), 24h re-ingreso en UHP (T3) y alta UHP (T4).

Análisis de datos: las variables cualitativas se expresan en frecuencias y porcentajes. Las cuantitativas, en medias y desviación estándar o mediana, mínimo y máximo, según criterios de normalidad. Se establecieron correlaciones entre ansiedad, dolor, variables clínicas y estancia hospitalaria. La prueba Mann-Whitney para buscar relación entre las variables continuas y el coeficiente de correlación de spearman para verificar las asociaciones entre variables aleatorias continuas. Se utilizó el programa SPSS.

RESULTADOS: De los 25 pacientes ingresados durante el periodo de estudio, 13 cumplían criterios de inclusión, en su mayoría niñas, de entre 12 y 20 años. Altura 150-184 cm; peso entre 32 y 65 kg (mediana: 47kg) y ángulo de Cobb entre 51° y 84° (mediana: 61°). Estancia media en UCIP: 4,1±1,2 días y en UHP: 5,1±2,1 días. El 53,84% de los pacientes presentan rasgos de personalidad ansiosa (STAI-R>23). El estado de ansiedad al alta fue similar al del ingreso (STAI T0: 26,8±4,4; STAI T4: 26,4±4,6). El análisis segmentado por ansiedad rasgo (ansiosos y no ansiosos), sólo muestra diferencias en ansiedad estado T2 (p=0,021) y T3 (p=0,039). El dolor más intenso se registró en la unidad de hospitalización al reingresar proveniente de la UCIP (EVA T3: 2,7±1,9). No hubo correlación entre dolor y ansiedad en ninguna fase del estudio, ni con la estancia en las diferentes unidades. Ni el rasgo ni el estado de ansiedad se relacionaron con ninguna de las variables clínicas (signo risser, grados de Cobb).

DISCUSIÓN: En contra de lo esperado, no encontramos relación entre ambas variables, al contrario de lo que ocurre en los estudios de LaMontagne (2001,2003), en los que al aumentar el nivel de dolor, aumenta el nivel de ansiedad estado. El porcentaje de

pacientes que presentan personalidad ansiosa se corresponde con el estudio de Charette (2014); en cuanto a la A/E, en su estudio fue disminuyendo durante el ingreso, nuestros resultados por el contrario muestran un aumento de los niveles al alta. La correlación de los niveles de A/E con la A/R ocurre en nuestro caso en los tiempos 2 y 3, sin embargo, en el estudio de Rhodes et al (2014) se mantiene en todas las mediciones. El mayor índice de dolor registrado comparado con el estudio de Saudan et al (2008) quien sitúa el mayor nivel de dolor el día de la cirugía, en nuestro caso es más tardío puesto que se obtiene al reingresar en la unidad de hospitalización.

Como conclusión podemos decir que la ansiedad y el dolor no están relacionados en nuestro estudio, debiendo tratarlos como variables independientes a la hora de atender a los pacientes.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA: parece necesario aumentar la atención a la ansiedad en el alta, así como al dolor en el reingreso en la UHP, incorporando en los planes de cuidados los diagnósticos NANDA [00132] Dolor Agudo y [00146] Ansiedad, con sus correspondientes NOC y NIC, mejorando así la calidad de los cuidados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Hresko MT. Clinical practice. Idiopathic scoliosis in adolescents. N Engl J Med. 28 de febrero de 2013;368(9):834-41.
- Scherl S. Adolescent idiopathic scoliosis: clinical features, evaluation and diagnosis. [Internet]. UpToDate. 2014. Recuperado a partir de: www.uptodate.com
- Horne JP, Flannery R, Usman S. Adolescent idiopathic scoliosis: diagnosis and management. Am Fam Physician. 1 de febrero de 2014;89(3):193-8.
- Plaszewski M, Nowobilski R, Kowalski P, Cieslinski M. Screening for scoliosis: different countries' perspectives and evidence-based health care. Int J Rehabil Res Int Z Für Rehabil Rev Int Rech Réadapt. marzo de 2012;35(1):13-9.
- Landman Z, Oswald T, Sanders J, Diab M, Spinal Deformity Study Group. Prevalence and predictors of pain in surgical treatment of adolescent idiopathic scoliosis. Spine. 1 de mayo de 2011;36(10):825-9.
- Scherl S. Adolescent idiopathic scoliosis: treatment and prognosis. [Internet]. UpToDate. 2015. Recuperado a partir de: www.uptodate.com
- Sponseller PD. Pediatric revision spinal deformity surgery: issues and complications. Spine. 1 de diciembre de 2010;35(25):2205-10.
- Upasani VV, Caltoun C, Petcharaporn M, Bastrom TP, Pawelek JB, Betz RR, et al. Adolescent idiopathic scoliosis patients report increased pain at five years compared with two years after surgical treatment. Spine. 1 de mayo de 2008;33(10):1107-12.
- Wong GTC, Yuen VMY, Chow BFM, Irwin MG. Persistent pain in patients following scoliosis surgery. Eur Spine J Off Publ Eur Spine Soc Eur Spinal Deform Soc Eur Sect Cerv Spine Res Soc. octubre de 2007;16(10):1551-6.
- Charette S, Fiola JL, Charest M-C, Villeneuve E, Thérout J, Joncas J, et al. Guided Imagery for Adolescent Post-spinal Fusion Pain Management: A Pilot Study. Pain Manag Nurs Off J Am Soc Pain Manag Nurses. 6 de noviembre de 2014
- Lamontagne LL, Hepworth JT, Salisbury MH. Anxiety and postoperative pain in children who undergo major orthopedic surgery. Appl Nurs Res ANR. agosto de 2001;14(3):119-24.
- Rhodes L, Nash C, Moisan A, Scott DC, Barkoh K, Warner WC, et al. Does preoperative orientation and education alleviate anxiety in posterior spinal fusion patients? A prospective, randomized study. J Pediatr Orthop. mayo de 2015;35(3):276-9.
- Saudan S, Habre W, Ceroni D, Meyer P-A, Greenberg RS, Kaelin A, et al. Safety and efficacy of patient controlled epidural analgesia following pediatric spinal surgery. Paediatr Anaesth. febrero de 2008;18(2):132-9.

AUTORES/AUTHORS:

Soraya Sánchez Lahuerta

TÍTULO/TITLE:

Percepción de dolor en pacientes intervenidos de artroplastia de cadera o rodilla con analgesia continua o intermitente

Objetivos.

Determinar si los pacientes intervenidos de artroplastia de cadera o rodilla con analgesia continua mediante infusores elásticos presentan niveles menores de dolor que los que la llevan intermitente. Determinar si se diferencian los niveles de dolor entre hombres y mujeres, si la administración de bloqueo disminuye el dolor postoperatorio el primer día y analizar si la analgesia preventiva disminuye el dolor postoperatorio y la necesidad de rescates.

Métodos.

Estudio observacional prospectivo analítico de dos cohortes.

Pacientes intervenidos de artroplastia primaria de cadera o rodilla en la unidad de Traumatología del hospital de referencia entre abril y junio de 2015, que cumplieran los criterios de inclusión.

Variable independiente: analgesia pautada en el postoperatorio: AC: analgesia continua mediante infusor elástico; AI: analgesia intermitente pautada cada 6-8 horas.

Variables dependientes: dolor percibido por el paciente medido con la escala EVA (los tres primeros días) y la necesidad de rescates de analgesia.

Para comparar medias se ha utilizado la prueba T de Student. Para variables cualitativas se ha usado la prueba Chi cuadrado. Se asumió una significación estadística $p < 0,05$.

Se informó a los pacientes, se mantuvo su anonimato y se solicitó permiso al director del hospital, jefe de servicio de Traumatología y supervisora.

Resultados.

Un total de 51 pacientes participaron en el estudio (AC: 19 y AI: 32). Homogeneidad de los grupos en las variables de control.

La relación entre el tipo de analgesia y el nivel de dolor sólo fue significativa el segundo día, presentando menos dolor el grupo AI con una media 2,37 en el grupo AC vs 1,75 en el grupo AI; ($p=0,017$). No se encontró relación en la necesidad de rescates ($p=0,08$), ni según el sexo, ni entre el llevar administrado un bloqueo analgésico y el nivel de dolor el día de la intervención ($p=0,9$), ni entre la analgesia preventiva y la necesidad de rescates o el dolor.

Discusión.

No hay beneficio de la analgesia continua frente a la intermitente. El segundo día la diferencia es significativa pero el dolor era mayor en el grupo AC. Esto es opuesto a algunas de las ventajas de la analgesia continua citadas en un estudio (Lucendo, 2004)(1) y concuerda con las conclusiones de otro que destaca que las bombas elásticas son eficaces en el dolor postoperatorio en reposo el primer día, y menos eficaces el segundo (Cantón, 2014)(2).

No hay diferencias en la necesidad de rescates analgésicos entre el grupo AC y AI pero la significación estadística está cerca. El sexo no tiene relación con la percepción de dolor, al contrario de algunos estudios, que encuentran mayor dolor en mujeres (Carneiro, 2011(3); Cantón, 2014(2)). La analgesia preventiva no influye en el dolor postoperatorio. Esto es contrario a las conclusiones de una revisión sistemática encontrada (Díaz, 2015) pero apoya las conclusiones de otro estudio que concluye que una analgesia preventiva eficaz debe ser multimodal (Pedroviejo, 2012)(4).

La analgesia intermitente parece más eficaz para controlar el dolor postoperatorio el segundo día.

Implicaciones para la práctica clínica.

Estos resultados permitirán decidir el tipo de analgesia a administrar al paciente según el día del postoperatorio en que se encuentre.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Lucendo Villarín AJ, Noci Belda J. Infusores elastoméricos en la administración de fármacos. *Enferm Clín.* 2004; 14(4):242-8.
2. Cantón González, O. Control del dolor postoperatorio mediante el uso de bombas elastoméricas. [Trabajo final de máster]. Oviedo: Centro internacional de posgrado; 2014.
3. Carneiro de Araújo Palmeira C, Adel Ashmawi H, De Paula Posso I. Sexo y percepción del dolor y analgesia. *Rev Bras Anesthesiol.* 2011; 61(6):449-458. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n6/es_v61n6a14.pdf
4. Pedroviejo Sáez V. Revisión: efecto de la analgesia preventiva en el dolor postoperatorio. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2012; 59(1):43-50.

AUTORES/AUTHORS:

Paula Parás Bravo, Nuria Claramonte Pujol, María Paz Fernandez Ortega, Alexandra Parás Bravo, Jose Manuel Lopez Moreno, Ana Maria Palacios Romero, Asun Sanz Jimenez, María Portal Mañeru, Ruben Saiz Caverio

TÍTULO/TITLE:

El dolor y la polifarmacia del paciente oncológico.

Objetivo: explorar como afecta el dolor al consumo de psicofármacos y analgésicos en el paciente oncológico.

Método: estudio descriptivo longitudinal de una muestra de pacientes oncohematológicos del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Población a estudio: pacientes oncológicos, mayores de 18 años atendidos entre julio del 2012 y julio del 2014. Mediante muestreo aleatorio simple se seleccionaron 420 pacientes. Se descartaron aquellas historias clínicas incompletas o que no recogían los datos a estudio analizándose finalmente 402 historias.

Resultados: El 81.59% (n=328) no presentaban dolor y el 18.41% (n=74) referían algún tipo de dolor. El rango de edad de los pacientes con dolor es de 22 a 102 años, con una media de 61.14 años [DE13.5]; IC95% (59.67-62.20). El rango de edad de los pacientes sin dolor se encuentra entre 37 y 83 años, con una media de 61.3 años [DE11.53]; IC95% (58.63-63.97). No se detectan diferencias estadísticamente significativas referentes a la edad (p=0,8454). Con respecto al sexo, de los 328 pacientes sin dolor, observamos que 197 (60.06%) son mujeres, y el resto, 131 (39.94%) son hombres (p=0.0265). No se detectaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a los hijos. El 75.91% de los pacientes sin dolor presentaron al menos un efecto secundario del tratamiento. El 94.59% de los pacientes con dolor presentaron al menos un efecto secundario del tratamiento. El 17.91% (n=72) de los pacientes tomaban algún analgésico correspondiendo al 97.29% de los pacientes con dolor (n=74) El 18.40% (n=74) de los pacientes refieren algún tipo de dolor y el 97.29% (n=72) toma analgésicos. El 20.14% (n=81) consume psicofármacos. No se detectan diferencias estadísticamente significativas salvo en los efectos secundarios (p=0.0003) y en el consumo de psicofármacos (p<0.0001) que son mayores en grupo de pacientes con dolor. La intensidad del dolor medida con EVA fue de media 5.64 [DE1.41].

Discusión: Se estima que la polifarmacia es un problema creciente en los pacientes oncológicos que se está incrementando en las últimas décadas(1) especialmente cuando se acerca su fallecimiento (2). El dolor es el síntoma más comúnmente referido por los pacientes con cáncer en tratamiento y causa un importante sufrimiento a los pacientes y su familia(3). Cerca del 20% de este dolor se relaciona con los efectos secundarios de la quimioterapia, radioterapia y cirugía(4). El origen del dolor es variable atribuyéndose el 60-65% al propio tumor, el 20-25% al tratamiento y el 10-15% no se relaciona con la enfermedad actual de cáncer. Cuando el origen es el tumor se asocia a la liberación de mediadores inflamatorios y/o a la metástasis en huesos y tejido neuronal. En nuestra muestra, un elevado porcentaje de pacientes referían un dolor tipo "artralgias" (n=23; 31.8%). Este tipo de dolor se asocia con el tratamiento de quimioterapia(5,6) que corresponde al 93.24% (n=69) de los pacientes con dolor de nuestra muestra. Nuestros datos se apoyan en los reportados por Fischer (7) que informó de una prevalencia de dolor de entre el 20 y 50% de la población oncológica y se alejan de otros estudios que refieren prevalencias del 40% e incluso del 90% de los pacientes (8-10). Los datos reportados por Fischer son utilizados como referencia por el National Cancer Institute en su última guía sobre el dolor y el cáncer(5).

El dolor es multifactorial y son muchos los aspectos a tener en cuenta para su valoración (ej. espirituales, económicos, etc.), sin embargo existe un acuerdo general sobre la necesidad de evaluar la intensidad de dolor sobre la perspectiva del paciente(11). Para la evaluación del dolor las escalas más habitualmente utilizadas son la escala visual analógica, la escala de calificación verbal (ECV) y la escala de calificación numérica además estas escalas son recomendadas en la Management of Cancer Pain: ESMO Clinical Practice Guidelines(12). A través de la escala ECV valoramos la intensidad del dolor de los pacientes de nuestra muestra, obteniendo de media un 5.64 [DE1.41], sus valoraciones se encontraban en un rango del 3 al 8, con una mediana de 6. Si los comparamos con los datos reportados por Ovayolu(13) sobre una muestra de pacientes oncológicos con una intensidad de dolor de

media de 7.1 [DE 2.8] de la escala ECV, nuestros datos son positivos aunque consideramos que ampliamente mejorables. No obstante, el consumo de opioides fuertes y débiles en este estudio era del 4.1% y del 32.2% y el de aines de 25%. Cabe desatacar, que en su muestra únicamente consumían analgésicos el 50.15%, frente a nuestro 97.29%, ya que utilizaban otras terapias para reducir el dolor como el masaje y el descanso.

Se estima que la intensidad del dolor en los pacientes oncológicos se sitúa entre 4 y 6 con exacerbaciones de 7 (5).

En el tratamiento farmacológico del dolor son especialmente relevantes los fármacos opioides que a pesar de ser fármacos con importantes efectos secundarios como la sedación, la confusión y las náuseas se utilizan habitualmente en oncología. La necesidad de recurrir a fármacos opioides nos aproxima a la intensidad del dolor percibida por estos pacientes que precisan de fármacos capaces de alterar la percepción del dolor y la transmisión de la señal.

Los datos que reportamos muestran que a pesar de las recomendaciones el dolor oncológico es especialmente difícil de manejar y continúa siendo un reto para los profesionales que atienden a estos pacientes.

Implicaciones en la práctica clínica: los pacientes oncológicos a menudo sufren dolor y distress emocional por ello la valoración de enfermería debe sistematizar su abordaje y así poder elaborar cuidados encaminados a controlar los síntomas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Kierner KA, Weixler D, Masel EK, Gartner V, Watzke HH. Polypharmacy in terminal stage of cancer. *Support Care Cancer*. 2016 May;24(5):2067-74.
2. LeBlanc TW, McNeil MJ, Kamal AH, Currow DC, Abernethy AP. Polypharmacy in patients with advanced cancer and the role of medication discontinuation. *The Lancet. Oncology* 2015 July;16(7):e341.
3. Linden W, Vodermaier A, Mackenzie R, Greig D. Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender, and age. *J Affect Disord*. 2012 Dec 10;141(2-3):343-51. doi: 10.1016/j.jad.2012.03.025
4. Cherny N. Pain assessment and cancer pain syndromes. In: Hanks G, Cherny NI, Christakis NA, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK, eds. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 4th ed. New York, NY; Oxford University Press; 2010.
5. Cancer Pain (PDQ®). : PDQ Supportive and Palliative Care Editorial Board.; 2016.
6. Cipta AM, Pietras CJ, Weiss TE, Strouse TB. Cancer-related pain management in clinical oncology. *J Community Support Oncol*. 2015 Oct;13(10):347-55.
7. Fischer DJ, Villines D, Kim YO, et al.: Anxiety, depression, and pain: differences by primary cancer. *Support Care Cancer* 18 (7): 801-10, 2010.
8. Goudas LC, Bloch R, Gialeli-Goudas M, Lau J, Carr DB. The epidemiology of cancer pain. *Cancer Invest* 2005;23(2):182-90.
9. Shaheen PE, Legrand SB, Walsh D, et al. Errors in opioid prescribing: a prospective survey in cancer pain. *J Pain Symptom Manage*. 2010;39:702-11.
10. Induru RR, Lagman RL. Managing cancer pain: frequently asked questions. *Cleve Clin J Med*. 2011 Jul;78(7):449-64. doi: 10.3949/ccjm.78a.10054.
11. 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.
12. 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.
13. Ovaryolu Ö, Ovaryolu N, Aytac S, Serçe S, Sevinc A. Pain in cancer patients: pain assessment by patients and family caregivers and problems experienced by caregivers. *Support Care Cancer*. 2015 Jul;23(7):1857-64.

AUTORES/AUTHORS:

Patricia Fernández Bustos, Miriam Blanco Reyes, Reyes Lancha de la Cruz, Cristina Francisco del Rey, Teresa Blasco-Hernández

TÍTULO/TITLE:

El género como condicionante en la calidad y acceso de las mujeres embarazadas a los servicios de salud en El Salvador.

OBJETIVO. Explorar la percepción que tienen las mujeres embarazadas, parteras y enfermeras sobre cómo influye el género en el acceso y calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva de El Salvador.

METODO. Es un estudio cualitativo que se ha realizado en la Región Metropolitana de El Salvador, compuesta por 19 municipios. Por razones de accesibilidad a las participantes en el estudio, los municipios escogidos fueron Panchimalco y San Martín.

Se diseñó un muestreo intencional no probabilístico, con el objetivo de alcanzar la significación social de los discursos generados por las personas que conformaron la muestra. La muestra estuvo compuesta por tres segmentos poblacionales (mujeres embarazadas, parteras y enfermeras). Para cada uno de ellos se definieron unos perfiles en función de la variable área sanitaria o cantón. Para la recogida de los datos se elaboró un guión de entrevista y de grupo focal en torno a unos ejes temáticos. Se realizaron un total de 11 entrevistas en profundidad y 8 grupos focales que fueron grabados y transcritos en el año 2014. Se realizó triangulación (Benavides, Mayumi y Gómez-Restrepo, 2005) del proceso y resultados, de forma simultánea por tres investigadoras. El análisis de la información se ha realizado siguiendo la Teoría Fundamentada (Strauss, 2002).

RESULTADOS.

-El género como factor condicionante. Existe consenso en los discursos de parteras, enfermeras y mujeres embarazadas respecto a la existencia de una gran desigualdad y discriminación hacia las mujeres. Las barreras relacionadas con el género tienen su base en que en la sociedad salvadoreña los hombres dominan todas las esferas sociales y dentro de la familia tienen un papel determinante en el que deciden las normas; las mujeres tienen un papel secundario limitándose a las labores domésticas, el cuidado de los hijos y en algunos casos trabajan fuera de casa o en el campo.

Las enfermeras y parteras marcan como principal barrera del acceso a las consultas prenatales y al parto en el hospital, el sentido posesivo y el control que los hombres ejercen sobre las mujeres manifestado fundamentalmente por los celos, no dándoles permiso para ir a la consulta, al hospital o ser atendidas por un médico varón. Asimismo, los hombres vigilan a las mujeres cuando van a las consultas y no les dejan acceder a la planificación familiar, teniendo que hacerlo ellas de manera cautiva.

Enfermera: (...) porque ellos piensan que el hombre es el que manda en la casa y que la mujer se mete a dominio del hombre. Si él quiere, la deja ir a sus controles y dice 'no', porque tenemos un caso en Panchimalco que dice la muchacha 'que yo me he metido en el dominio de él a los 18 años, me dice, y yo ya tengo 19, y yo no puedo hacerlo que él no diga, por eso no voy a sus controles'.

GFE1 53-59

Las mujeres más mayores hablan de cómo el hombre ejerce la fuerza para tener relaciones sexuales con mujeres más jóvenes, resultando en embarazos no deseados. Como consecuencia, las mujeres solteras adolescentes embarazadas quedan estigmatizadas socialmente, se aíslan, tienen una gran dificultad para acceder a los servicios de salud, pudiendo llegar al suicidio. Esto lleva a las mujeres jóvenes a abortar de forma clandestina con los riesgos para la salud que estas prácticas conllevan.

Mujer: Porque el hombre por ser macho se aprovecha de las niñas menores de edad. Aunque la niña no quiera hacer una cosa que si que las obligan a hacerla. Y mañana las que cometen el error son las niñas porque quieren abortar al bebé. Había por la casa una niña de doce años, y luego un muchacho mayor que ella, y a la hora de que estuvo embarazada quiso abortar la niña. GFM 2:

112-119

Las enfermeras indican que detectan los casos de violencia de género en las consultas gracias a un documento diseñado para tal fin generando un ambiente de confianza con la mujer para que se exprese.

Como facilitador las enfermeras identifican la educación en las escuelas como instrumento básico para que las mujeres tomen

conciencia, se empoderen y sepan actuar en un futuro.

-Gestión y calidad en la consulta y del parto institucionalizado. En relación a la atención recibida por parte de los profesionales sanitarios (PS), las principales barreras de acceso percibidas son el tiempo de espera para ser atendidas, las prácticas habituales durante el parto que se realizan en los centros especializados (las cesáreas y la episiotomía) y el trato inadecuado que reciben por parte de los PS.

Los tres grupos identifican como una barrera administrativa el tiempo de espera en las consultas prenatales. Las mujeres tienen deberes familiares y laborales, y el hecho de que tengan que esperar les dificulta la continuidad de sus quehaceres diarios. Asimismo cuando van a dar a luz en el hospital se quejan de que no se les da prioridad a la hora de ser atendidas, llegando a sufrir efectos adversos. También expresan vivir con angustia la demora excesiva en la realización de pruebas cuando tienen una urgencia. Como facilitador las mujeres reconocen que las enfermeras dan citas en la consulta para el siguiente control y las visitas domiciliarias.

Mujer: (...) porque a mi hermana la tuvieron en todo, en sala de parto, y ella vio cómo nació un niño y a ella nunca la atendían. Y la matriz llegó un doctor 'esta muchacha se está engangrenando, yo no sé por qué no la van a operar'. Le cortaron un pedazo de matriz, mi hermana... O sea, prácticamente, yo como digo, si se vuelve a quedar embarazada va a ser milagro de Dios. GFM 1: 362-367.

Todos los grupos del estudio coinciden en que las prácticas clínicas como la cesárea o la episiotomía son dificultades para acudir a los hospitales en el momento del parto. Las enfermeras y las parteras manifiestan en las entrevistas y grupos que las mujeres desconocen la razón por la que se les realiza la episiotomía y eso genera miedo e incertidumbre en ellas. Los tres grupos manifiestan que los efectos adversos más frecuentes de estos procedimientos son el dolor y una mayor probabilidad de infección, ya que no saben cuidar la herida quirúrgica. Además afirman que las mujeres tienen integrada y aceptada la creencia, de que les pueden unir el orificio anal con el orificio uretral.

Enfermera: Porque la creencia de ellos, y no es así, que la episiotomía se la hacen cuando ya nació el niño, porque es lo que cree la mayoría. (...) pero como eso lo hacen cuando el dolor está más fuerte, entonces ya puede más el dolor que la cortadura (...) Y por eso la mayoría no va al hospital porque las unen, las van a caer la unión dicen ellas. GFE1: 566-575

La tercera barrera principal para los tres grupos es la atención recibida de los profesionales sanitarios tanto médicos como enfermeras. Las mujeres manifiestan sentirse mal tratadas cuando van al hospital de urgencia o a dar a luz por parte de los PS, no siendo atendidas en tiempo y forma, no mostrando empatía, ni calidez en el trato y recibiendo escasa información. Declaran sentirse intimidadas por ser tratadas de forma autoritaria y recibir un trato despersonalizado. Asimismo confirman que si la mujer embarazada es adolescente el trato es aún peor porque están estigmatizadas. Parteras y enfermeras señalan que la atención por el PS mejora si están acompañadas por ellas en el momento que llegan al centro hospitalario.

Mujer: Yo una vez hasta le grité a una enfermera en un hospital porque le dije de que si ella no era mamá, cuando llegue a estar embarazada ojalá que Dios no le vaya a permitir que esté pasando una situación igual que la mía, porque iba a sentir lo que yo estoy sintiendo con lo que usted me dijo. Pero no me atendieron. GFM1 289-294

Por otro lado, las relaciones que se establecen entre las mujeres y las enfermeras no son de confianza y esto es una barrera para que acudan a consulta y exista un control sobre las embarazadas. Las enfermeras manifiestan como facilitador un cambio de actitud por su parte integrando la empatía y escucha activa como base de la atención, así como fomentar la relación de la enfermera con el entorno familiar de la mujer a través de las visitas a domicilio.

Las parteras manifiestan que las mujeres acuden a ellas para pedirles consejos, para que les exploren porque tienen confianza con ellas, es un vínculo establecido desde varias generaciones y como ellas viven en la comunidad están disponibles siempre. En este sentido, para las mujeres las parteras son un referente en la comunidad, y aunque algunas de ellas declaran que cada vez se confía menos en ellas, cuando tienen alguna urgencia y no pueden acudir hasta el centro de salud recurren a la partera.

Mujer: Pues cuando tienes una duda para saber cómo ir allá (al hospital), que es lo que se necesita... se preguntan ellas (las parteras)... ellas de las horas, ella... nos van a dejar allí. GFM 2: 281-283

CONCLUSIONES.

El rol de poder que ejerce el hombre sobre la mujer en la sociedad salvadoreña es un factor psico-socio-cultural (Landini, Cowes, D'Amore, 2014) que impregna todas las esferas sociales. Se revela que los hombres no se implican en cuestiones de salud sexual y reproductiva salvo para determinar si la mujer puede acudir a los servicios sanitarios. Esta es una de las principales barreras de acceso, puesto que la educación en materia de género, igualdad, sexualidad y reproducción es escasa tanto en hombres como en mujeres, lo que limita y dificulta el cambio de valores, de roles y la igualdad de oportunidades.

Para fomentar un cambio de paradigma que lleve a la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres es imprescindible por un lado, reducir las desigualdades de género implementando programas de intervención intersectorial basados, en el fomento de la educación transversal en valores de igualdad, en el empoderamiento social, laboral y económico de las mujeres (principalmente las que se encuentran en situaciones de especial vulnerabilidad); y en la detección y atención precoz en la violencia de género, que integren a todos los profesionales comunitarios y de la salud.

Existe un gran desconocimiento por parte de las mujeres de la finalidad y cuidados requeridos tras la cesárea, episiotomía, la exploración física que realizan los médicos, así como de la importancia del seguimiento y control prenatal y durante el puerperio. Esto se relaciona de manera significativa con las relaciones poco terapéuticas que se establecen entre los PS y las usuarias, ya que no informan ni de los procedimientos, ni de los cuidados requeridos.

Esta cuestión podría estar determinada por la diferencia de nivel cultural entre las enfermeras y las usuarias, ya que éstas últimas en general no tienen tanto capital cultural como las primeras, y las relaciones personales que se establecen no son de igualdad sino de inferioridad, provocando que las mujeres no se empoderen en las cuestiones que afectan a su salud y se sientan discriminadas. En este sentido, las relaciones que establecen las mujeres con las parteras son de confianza y éstas se sienten mejor cuando las parteras las acompañan al hospital y les dan consejos, lo que demuestra que compartir el mismo nivel cultural ayuda a crear un vínculo terapéutico que beneficia a la salud de las mujeres.

Para mejorar la calidad y acceso de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva, es esencial:

- Mejorar la comunicación entre los PS de los distintos niveles de atención, y la relación de estas/os con las mujeres.
- Reconocer e incluir formalmente el trabajo de las parteras como promotoras comunitarias, dándoles un reconocimiento institucional mediante la retribución económica de su trabajo y cursos de capacitación.
- Fomentar los conocimientos de las mujeres sobre los cuidados específicos durante el embarazo, el parto y el puerperio, que incluya a los hombres.

Este estudio ha sido financiado por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo a través de la Fundación para el desarrollo de la Enfermería. Las autoras del presente trabajo declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Benavides Okuda, Mayumi; Gómez-Restrepo C. Métodos de investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2005;XXXIV(No.1).
- Strauss A CJ. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Universidad de Antioquia; 2002. 374 p.
- Landini F, Cowes VG, D'Amore E. Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural Towards a theoretical framework for rethinking cultural accessibility Por um marco conceitual para repensar. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(2):231-44.
- Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ*. 1978;
- Long N. Sociología del desarrollo: una perspectiva centrada en el actor. México DF: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; 2007. 445 p.
- Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer I. Plan nacional de igualdad y equidad para las mujeres salvadoreñas 2012. San Salvador; 2012.

ISDEMU. Informe Nacional 2012, Estado y Situación de la Violencia Contra Las Mujeres en El Salvador. 2012;

Melrose J, Perroy R, Careas S. Política Nacional de las mujeres: actualizada: medidas al 2014. Vol. 1, 1a ed. San Salvador; 2011.

Ministerio de Salud de El Salvador. Construyendo la esperanza Estrategias y Recomendaciones en Salud [Internet]. El Salvador; 2009. Available from:
<http://www.salud.gob.sv/servicios/descargas/documentos/Documentaci%C3%B3n-Institucional/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Salud/Pol%C3%ADtica-de-Salud---Construyendo-la-Esperanza/>

Ministerio de Salud de El Salvador/OPS-OMS. Estudio de Caracterización y Análisis de Exclusión Social en Salud [Internet]. 2010. Available from: http://www.paho.org/els/index.php?option=com_content&view=article&id=192&Itemid=292

MINSAL M de S de ES. Salud Sexual Y Reproductiva De Los Adolescentes Y Jóvenes En América Latina: Incorporando la Perspectiva de Derechos Humanos en las Inversiones de Salud Pública. 2012;

Sojo, Diana; Sierra, Beatriz; López I. Salud y género. Guía práctica para profesionales de la cooperación. 1a ed. Mundo M del, editor. Madrid: Paso de zebra; 2002.

Mesa de Comunicaciones 9: Práctica clínica

Concurrent Session 9: Clinical Practice

AUTORES/AUTHORS:

Beatriz Muñoz Pérez, Manuel Jover Martínez, Sonia Piñero Sáez, Pilar Córcoles Jiménez, M^a Dolores Saiz Vinuesa, M^a Victoria Ruiz García, Lucía Herreros Sáez, Carlos Martínez Galdón, M^a José Ayuso Sánchez

TÍTULO/TITLE:

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA SOBRE GUÍAS DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA

Los profesionales sanitarios trabajamos en un entorno de elevada complejidad e incertidumbre en cuanto a las decisiones a tomar en el ámbito diagnóstico, pronóstico y terapéutico para los usuarios a los que atendemos. Las Guías de Práctica Clínica (GPC) han sido reconocidas como un instrumento para mejorar la calidad de la atención sanitaria, su efectividad y eficiencia, y disminuir la variabilidad indeseada (1,2). Se definen como un conjunto de directrices, instrucciones o recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y usuarios en la toma de decisiones ante problemas o situaciones relacionadas con la salud (3).

Sin embargo, la elaboración y difusión de una GPC no garantiza que los profesionales la vayan a emplear (2). Es necesario un proceso de implementación que identifique tanto barreras como elementos facilitadores para que los profesionales realicen cambios en su práctica que trasladen las recomendaciones de la guía (1).

En junio de 2011 se inició en España el proyecto de implantación de GPC elaboradas por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) para crear una red nacional de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC). Las instituciones sanitarias solicitantes adquieren un compromiso explícito de implantar al menos dos GPC y evaluar sus resultados entre profesionales y en los pacientes (2).

El Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA) recibió la acreditación como CCEC en 2015, tras un periodo de tres años de candidatura durante el cual ha implementado las GPC de RNAO "Valoración y manejo del dolor" y "Prevención de caídas y lesiones derivadas en personas mayores" (4). Durante este periodo se realizaron diferentes actividades formativas dirigidas a los profesionales en torno a las GPC, las recomendaciones a implementar y su operativización en las distintas Unidades del CHUA; actividades que se siguen manteniendo en 2016.

OBJETIVO. Determinar los conocimientos y actitudes de profesionales de Enfermería del CHUA sobre GPC y Programa de CCEC. **Objetivos específicos:** Explorar la percepción de los profesionales sobre la utilidad de las guías en la práctica clínica; conocer la motivación que tienen para formar parte de la iniciativa de CCEC y las barreras que encuentran; determinar el perfil de los profesionales que están implicados en el programa de CCEC y analizar factores que puedan influir sobre dicha implicación.

MÉTODOS. Diseño: Estudio post-intervención. Población: Profesionales del ámbito de Enfermería (enfermeros y auxiliares) del CHUA. Criterios de inclusión: Profesionales en activo en Unidades donde se han implantado GPC. Consentir participar en el estudio. Tener aplicación WhatsApp en el teléfono móvil. Variables: Edad, género, categoría profesional (enfermera/auxiliar), tipo de contrato (fijo/eventual), tiempo de experiencia laboral y en Unidad actual. Formación recibida sobre GPC (Sí/No). Conocimientos sobre el Programa de CCEC y recomendaciones implantadas de las GPC (Prevención de caídas; Valoración y manejo del dolor). Utilidad percibida (Nada/Poco/Bastante/Mucho). Barreras encontradas para la aplicación de las GPC. Factores motivacionales para participar. Sugerencias de mejora (pregunta abierta). Instrumentos: Encuesta de elaboración propia (23 preguntas) autoadministrada mediante Googleform y WhatsApp. Recogida de datos: Envío de encuesta por supervisoras, a grupos WhatsApp de cada Unidad y contactos individualizados (mayo 2016). Aspectos éticos: datos anonimizados. Análisis estadístico: SPSS v12. Medidas de tendencia central y dispersión, frecuencias absolutas y relativas. Cálculo de IC 95%. Comparación de medias y proporciones, significación $p < 0,05$.

RESULTADOS: Se recibieron 109 respuestas, lo que supone un 19% de la plantilla de Enfermería de las Unidades donde se ha implantado alguna GPC (571). Mujeres 93,6%(102). Edad media 43,9 años (d.t.=8,6), IC95%[42,3–45,6]. Del total, 78,9% (86) son enfermeras; 71,6% (78) tienen contrato fijo y 15,6% (17) jornada reducida. La media de experiencia laboral es de 19 años (d.t.=8,1; IC95% [17,5–20,6]) y en la Unidad actual 7,9 años (d.t.=6,9; IC95%[6,6–9,3]). El 96,3% (105) identificaron correctamente en qué consiste el Programa de CCEC. Han realizado alguna actividad formativa sobre GPC un 45,9%(50) y un 35,8%(39) están colaborando en su implantación.

Entre los colaboradores, los motivos identificados para participar en el Programa (se podían responder varias opciones) son mejorar los cuidados que reciben los pacientes (92,3%) y en menor medida, cumplir los objetivos pactados en el contrato de gestión (25,6%) y obtener certificado de colaboración (15,3%). Entre los no colaboradores, el motivo más frecuente es desconocimiento (65,6%) y creer que implica más trabajo (23%).

Un 60,6% (66) de los profesionales identifican correctamente las recomendaciones implantadas sobre la GPC de Prevención de caídas. Un 9,2%(10) no identifican la recomendación de valorar el riesgo de caídas utilizando una escala en las primeras 24 horas del ingreso, un 16,5%(18) la de establecer un plan de cuidados acorde con el tipo de riesgo detectado; la reevaluación del riesgo cuando se produce una caída no es identificada por un 13,8%(15). En el caso de la GPC sobre Valoración y manejo del dolor, un 88% (95) identifican correctamente las recomendaciones. Sólo 3 (2,8%) no conocen la valoración del dolor utilizando escalas, 5(4,6%) no identifican la reevaluación periódica y otros 5 la reevaluación del dolor tras la aplicación de medidas analgésicas. Como dificultades percibidas para aplicar las recomendaciones de las GPC destaca la falta de tiempo (50,5%) y la falta de información (41,6%). En cuanto al registro de las actividades realizadas, la principal dificultad percibida es también la falta de tiempo (75,2%); se identifica además dificultad para el manejo de la historia clínica informatizada (21,4%) y de acceso a ordenadores (27,2%).

En cuanto a la utilidad percibida en general sobre GPC, un 55%(60) responden que ante una situación o decisión que les plantea duda recurren a buscar un protocolo de actuación, la mayoría 77,9% (85) preguntan a un compañero que tenga más experiencia y un 35,7%(39) consultan al médico responsable del paciente. En concreto para cada guía, un 85,3%(93) responden que consideran útil la GPC sobre prevención de caídas bastante/mucho; y un 49,5% creen que han disminuido las caídas bastante/mucho. La guía sobre Valoración y manejo del dolor se percibe como bastante/muy útil por un 56,6%.

Sobre los tipos de reconocimiento que desean recibir los profesionales por participar en la implantación de GPC, los más solicitados (se podían señalar varios) son la compensación horaria (55,9%), recibir certificado de colaborador (48,6%) y participar en proyectos de investigación relacionados con la implantación (49,5%).

A la pregunta abierta sobre aspectos a mejorar en la implantación de las guías, sólo 46 profesionales indicaron alguna sugerencia. Las más repetidas fueron la compensación horaria por formación, la petición de poder dedicar más tiempo y más personal para los cuidados, mejoras sobre la historia clínica informatizada en cuanto a rapidez y sencillez del software. También se solicitó más información y mayor difusión sobre las recomendaciones a implementar y la forma de registrarlas.

Una mayor colaboración en la implantación se relaciona de forma estadísticamente significativa con la categoría profesional (41,9% enfermeras, 13% auxiliares; $p=0,01$), así como con el tipo de contrato (41% fijos/interinos vs 19,2% eventuales; $p=0,04$); los trabajadores eventuales manifestaron mayor falta de información para aplicar las recomendaciones (61,5% vs 31,3% en fijos/interinos, $p=0,006$).

DISCUSIÓN/IMPLICACIONES PRÁCTICAS.

La implementación de GPC tiene como objetivo producir cambios en la práctica orientados a mejorar los resultados asistenciales. Múltiples experiencias muestran la dificultad y complejidad de trasladar a la realidad los cambios propuestos, y no está claro cómo implementar de manera efectiva ni qué estrategias funcionan mejor (1,5). Analizar los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería sobre GPC, la percepción sobre su utilidad práctica y cuáles son las principales barreras y elementos

facilitadores, puede ayudar a identificar estrategias más apropiadas para aumentar el éxito de la implementación. Así se podrían ajustar las intervenciones a las necesidades de los profesionales y al contexto social y profesional en el que se están implantando, así como a los aspectos organizativos de la institución (1), para conseguir que las recomendaciones sean aplicadas de forma sistemática y mantenidas en el tiempo.

La incorporación de las recomendaciones de una GPC requiere la adquisición de nuevas habilidades y conocimientos. Para que una persona siga una recomendación de una GPC debe ser consciente de que existe, estar de acuerdo con ella y tener la habilidad para aplicarla (6,7). Al contrario que en otros estudios (8), en nuestro medio no se encontró como principal barrera la falta de conocimientos sobre las recomendaciones, a pesar de que menos de la mitad de los encuestados había realizado alguna actividad formativa sobre GPC. Un alto porcentaje identifican correctamente la mayoría de las recomendaciones implantadas. Sin embargo, hay un pequeño porcentaje de desconocimiento en algunas de ellas, por lo que habría que seguir reforzando la formación y analizar otras variables que pudieran estar relacionadas.

Al igual que en otros estudios, los profesionales encuestados destacaron como dificultades para aplicar las recomendaciones la falta de tiempo y el creer que implica más trabajo (9), falta de información, dificultad en el manejo informático y falta de material (ordenadores). La dotación suficiente de los servicios sanitarios y la disponibilidad de material necesario son factores que deben tenerse en cuenta por las organizaciones (10) para la implementación de cualquier cambio en la práctica clínica.

En cuanto a la motivación por el cambio en la implantación de las GPC, los encuestados manifestaron en mayor proporción motivos intrínsecos (relacionados con la ética profesional de mejorar la calidad de la atención que se presta a los pacientes y la investigación), seguidos de motivos extrínsecos (ingresos económicos con el cumplimiento de objetivos de gestión, compensación horaria) y en último lugar motivos mixtos (reconocimiento profesional mediante certificado de colaboración). Habría que dedicar más esfuerzos a dar mayor visibilidad a los resultados en pacientes como vía de motivación a los profesionales.

En cuanto a la colaboración en la implantación de las recomendaciones, al igual que muestran otros estudios, la rotación de profesionales y personal sustituto dificultan el mantenimiento de las intervenciones en el tiempo (11), de ahí la importancia de que exista un equipo amplio y multidisciplinar implicado en la implantación (12).

Como limitaciones del estudio encontramos que menos de una cuarta parte de la plantilla de enfermería respondió a la encuesta. La falta de respuesta se trató de minimizar asegurando el anonimato y enviando recordatorios periódicos a través de mensajes WhatsApp. A pesar de este bajo porcentaje de respuesta, los resultados del estudio nos han permitido obtener una aproximación sobre los conocimientos y actitudes de los profesionales y sobre todo, recabar ideas de mejora aplicables.

Como conclusión, las GPC son percibidas como útiles, aunque sus resultados sobre pacientes se perciben menos. Es necesario reforzar la formación sobre recomendaciones a implantar y sobre manejo de la historia informatizada; especialmente en personal eventual y en auxiliares. Se debería simplificar la aplicación de recomendaciones, así como el sistema de registro en la historia clínica. Potenciar la investigación derivada de GPC abre una vía de motivación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Grupo de trabajo sobre implementación de GPC. Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de

Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2007/02-02. [Citado 9 sep 2016]. Disponible en:

<http://portal.guiasalud.es/emanuales/implementacion/general/copyright.html>

2. Ruzafa Martínez M, González María E, Moreno Casbas M, del Río Faes C, Albornos Muñoz L, Escandell García C. Proyecto de implantación de Guías de Buenas Prácticas en España 2011-2016. *EnfermClin*. 2011; 21(5): 275-283.
3. Field MJ, Lohr KN (Eds.). *Guidelines for Clinical Practice: from development to use*. Washington (DC): Institute of Medicine; 1992.
4. Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados. Guías de Buenas Prácticas [Citado 14 sep 2016]. Disponible en: <http://evidenciaencuidados.es/bpso/index.php/recursos/guias-de-buenas-practicas>
5. De Pedro-Gómez J et al. En torno de práctica de los profesionales de enfermería y competencia para incorporación de la evidencia a las decisiones: situación en las Islas Baleares. *Gac Sanit*. 2011; 25(3):191-7
6. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? a framework for improvement. *JAMA*. 1999;282(15):1458-65.
7. Cinel I, Dellinger RP. Guidelines for severe infections: are they useful? *CurrOpinCrit Care*.2006;12(5):483-8.
8. Bekkering GE, van Tulder MW, Hendriks EJ, Koopmanschap MA, Knol DL, Bouter LM, et al. Implementation of clinical guidelines on physical therapy for patients with low back pain: randomized trial comparing patient outcomes after a standard and active implementation strategy. *PhysTher*. 2005;85(6):544-55.
9. Sitzia J. Barriers to research utilisation: the clinical setting and nurses themselves. *Intensive CritCare Nurs*. 2002;18(4):230-43.
10. Nemeth LS. Implementing change for effective outcomes. *Outcomes Manag*. 2003;7(3):134-9.
11. Varonen H, Rautakorpi UM, Nyberg S, Honkanen PO, Klaukka T, Palva E, et al. Implementing guidelines on acute maxillary sinusitis in general practice: a randomized controlled trial. *FamPract*. 2007;24(2):201-6.
12. Becker A, Leonhardt C, Kochen MM, Keller S, Wegscheider K, Baum E, et al. Effects of two guideline implementation strategies on patient outcomes in primary care: a cluster randomized controlled trial. *Spine*.2008;33(5):473-80

AUTORES/AUTHORS:

Samantha Torres, Debra Creedy, Julie Jomeen

TÍTULO/TITLE:

Coping amongst spouses following their partners' suicide: A structured review of the literature.

Objective

This study sought to identify the experiences and coping of spouses following the suicide of their partner.

Methods

The Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) framework guided the review. The search included original English language research on suicide of a partner; coping, impact, and used qualitative, quantitative, mixed methods, or literature review (meta-analyses). Three electronic databases: CINAHL Complete with Full Text, Medline and PsycINFO were searched.

Results

An examination of 1166 sources resulted in 15 papers being critiqued. This review of the literature identified several factors related to the coping of spouses following suicide. Major themes identified: the impact of appraisal of events surrounding the suicide on spousal coping, the nature of the spousal relationship, effects of interventions and other forms of support on spousal coping. Predominant methods were descriptive cohort studies; with relatively few qualitative and longitudinal approaches.

Discussion

Spouses of suicide victims fared worse than spouses whose partners died from different unexpected events. Counselling interventions to support spouses following suicide were helpful to recovery. Main outcome measures related to symptoms of depression and anxiety rather than a focus on strengths and coping. This is relevant for clinical practice particularly for mental health nurses. Mental health nurses play an important role in developing interventions and offering health education to bereaved spouses. Providing timely assessment and support may foster better mental health outcomes and reduce morbidity for surviving spouses.

Disclosure: The authors have no conflicts of interest to declare.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Barrett, T.W. & Scott, T.B. (1990). Suicide bereavement and recovery patterns compared with nonsuicide bereavement patterns. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20(1), 1-15.

Cleiren, M.P.H.D., Grad, O., Zavasnik, A. & Diekstra, R.F.W. (1996). Psychosocial impact of bereavement after suicide and fatal traffic accident: A comparative two-country study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94(1), 37-44.

Constantino, R.E. & Bricker, P.L. (1996). Nursing postvention for spousal survivors of suicide. *Issues in Mental Health Nursing*, 17(2), 131-152.

Demi, A.S. (1984). Social adjustment of widows after a sudden death: Suicide and non-suicide survivors compared. *Death Education*,

8, 91-111.

Farberow, N.L., Gallagher, D.E., Gilewski, M.J. & Thompson, L.W. (1987). An examination of the early impact of bereavement on psychological distress in survivors of suicide. *The Gerontologist*, 27(5), 592-598.

Farberow, N.L., Gallagher-Thompson, D., Gilewski, M. & Thompson, L. (1992). Changes in grief and mental health of bereaved spouses of older suicides. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 47(6), 357-366.

McNiel, D.E., Hatcher, C. & Reubin, R. (1988). Family survivors of suicide and accidental death: Consequences for widows. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 18(2), 137-148.

Mitchell, A.M., Sakranda, T.J., Kim, Y., Bullian, L. & Chiappetta, L. (2009). Depression, anxiety and quality of life in suicide survivors: A comparison of close and distant relationships. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(1), 2-10.

Pennebaker, J.W. & O'Heeron, R.C. (1984). Confiding in others and illness rate among spouses of suicide and accidental-death victims. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(4), 473-476.

Schneider, B., Grebner, K., Schnabel, A. & Georgi, K. (2011). Is the emotional response of survivors' dependent on the consequences of the suicide and the support received? *Crisis*, 32(4), 186-193.

AUTORES/AUTHORS:

José María Rumbo Prieto, Luis Arantón Areosa, Camilo Daniel Raña Lama, M^a Carmen Aramburu García, Dulce Moscoso Otero, Carmen Outón Dosil, Josefa Rodríguez Fernández, M^a Julia Tomé Ortega, Juan Santiago Cortizas Rey

TÍTULO/TITLE:

REVISIÓN DE LA CALIDAD DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE ÚLCERAS POR PRESIÓN A TRAVÉS DEL INSTRUMENTO AGREE II

OBJETIVO: evaluar la calidad de las Guías de Práctica Clínica (GPC) de ámbito nacional e internacional sobre prevención y tratamiento de las úlceras por presión (UPP).

MÉTODOS: revisión sistemática de la calidad metodológica y de las evidencias de las GPC sobre manejo de las úlceras por presión (GPC-UPP). Los criterios de inclusión fueron: • Cualquier documento identificado como GPC (o similar denominación) relacionado con el tema de estudio (UPD), Independientemente de su idioma, el organismo que lo editó, o el formato de publicación. • Todas aquellas GPC publicadas en los últimos 5 años, desde enero del año 2010 hasta enero del año 2015. Los criterios de exclusión fueron "no cumplir" alguno de los criterios de inclusión descritos anteriormente. La búsqueda bibliográfica se realizó a través de fuentes secundarias de búsqueda de GPC: metabuscadores (SUM Search, Google Scholar, TripDatabase, eGuidelines) y organismos compiladores (CMA infobase, GuiaSalud, National Guideline Clearinghouse, GNEAUUP). La búsqueda fue abierta, no estableciendo límites de periodo temporal y aceptando documentos en otros idiomas distintos del español y del inglés. Para localizar las GPC específicas del tema de estudio se usaron términos y descriptores DeCS, MeSH y texto libre: • Para GPC: "guía de práctica clínica, "guía basada en la evidencia", "GPC", "practice guidelines", "clinical guidelines", "evidence guideline", "evidence-based guideline", "national evidence-based guideline", "best practice guideline", "CPG". • Para UPP: "úlceras por presión", "UPP/upp", "úlceras por decúbito", "lesión/herida por presión", "úlceras cutáneas por presión", "escara", "pressure ulcer", "bed sore", "decubitus", "chronic wound", "skin ulcer", "cutaneous pressure".

Para la evaluación se utilizó el Instrumento AGREE II (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation); cuestionario de 23 ítems organizado en 6 áreas o dominios que está validado a nivel internacional para evaluar todo tipo de GPC y traducido al español por GuiaSalud. la revisión se realizó por 4 expertos en UPP con formación metodológica acreditada en el manejo del AGREE II. El procedimiento de revisión consistió en seguir las normas de utilización del manual del AGREE II, consistente en una lectura completa de cada GPC y posteriormente, puntuar cada uno de los 23 ítem (entre 1 y 7) hasta completar los 6 Dominios. El valor global obtenido (porcentaje) fue el resultante de aplicar la fórmula estandarizada del AGREE II. Se estableció 4 categorías o cuartiles para su categorización: >75% (muy buen cumplimiento), entre 75-50% (buen cumplimiento), entre 50-25% (Bajo cumplimiento) y <25% (mal cumplimiento); y la clasificación global, en tres niveles de recomendación (muy recomendada, recomendada con condiciones, y no recomendada).

revisión sistemática de la calidad metodológica y de las evidencias de las GPC sobre manejo de las úlceras por presión (GPC-UPP). Búsqueda en fuentes especializadas de GPC (Metabuscadores y organismos compiladores) y selección de las vigentes en 2015. Evaluación de la calidad mediante el Instrumento AGREE-II (6 Dominios) y revisión intraobservador por 4 expertos. Clasificación por percentiles de cumplimiento (>75% muy bueno, 75-60% bueno, 59-50% bajo, <50% malo); y categorización según 3 niveles de recomendación (muy recomendada, recomendada con condiciones, y no recomendada).

RESULTADOS: Se evaluaron 10 GPC-UPP (2 españolas, 2 canadienses, 2 inglesas, 1 norteamericana, 1 australiana, 1 belga, y 1 de colaboración pluricontinental entre Australia-Europa-Pacífico). De ellas; 8 GPC-UPP obtuvieron calificación de "muy recomendable", y el resto de "recomendable con condiciones" (1 GPC española y 1 norteamericana). En caso del Dominio 2

(participación de los implicados) se obtuvieron valores <50% de cumplimiento (en las GPC condicionales), mientras que el resto de los Dominios superó el 75%. La calidad media de la de la evidencia fue del 90,5% +/-15,6 [DE]. Las mejores GPC-UPP fueron las dos inglesas de la NICE, la australiana de la AWMA y la belga de la KCE.

DISCUSIÓN: Este estudio, que forma parte de una tesis doctoral, supone una revisión actualizada de la calidad de las GPC-UPP más actuales, de 2ª generación (vigencia hasta 2015) y 3ª generación (vigencia >2016); mediante el uso del instrumento AGREE II (actualizado y de mayor nivel de precisión); ya que hasta ahora, solo se habían realizado estudios de calidad en GPC de 1ª y 2ª generación y, sólo con el instrumento AGREE-1. En el caso de las GPC-UPP españolas, observamos que actualmente disponemos de 2 GPC de 3ª generación que han mejorado la calidad con respecto a estudios anteriores. La puntuación de la GPC del Servicio Valenciano de Salud mejora a las 2 canadienses y australiana. En cambio, la GPC Zaragozana, debe mejorar los Dominios 2 y 3, para ser una GPC “muy recomendada”. En el caso de las GPC-UPP internacionales, nos encontramos con 6 GPC de 3ª Generación, y 2 de 2ª generación; de las cuales, la GPC de la WOCN (Wound, Ostomy and Continence Nurses Society) es la que se consideró “recomendable con condiciones” debiendo mejorar la participación de los usuarios (dominio 2) y explicitar mejor su implementación (Dominio 5), entre otros. El resto de GPC-UPP (NICE, RNAO, AWMA, UPUAP-NPUAP-PPPIA, y KCE) cumplieron muy satisfactoriamente los criterios de calidad en todos los Dominios (>85% de cumplimiento) con respecto a evaluaciones anteriores. De este modo, aseguramos que las GPC-UPP actuales aportan evidencias y recomendaciones de alta calidad, suficientes para disminuir la variabilidad clínica y mejorar la calidad asistencial y seguridad de los pacientes afectados y/o en riesgo de padecer úlceras por presión.

CONFLICTO DE INTERESES: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Avilés-Martínez MJ, Sánchez-Lorente MM. Guía de Práctica Clínica para el Cuidado de Personas con Úlceras por Presión o Riesgo de Padecerlas. Valencia: Generalitat Valenciana; 2012.
- 2- Subcomisión de Lesiones por Presión del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Guía de Práctica Clínica: Prevención y Tratamiento de las Lesiones Por Presión. Zaragoza: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; 2013.
- 3- Houghton PE, Campbell KE, CPG Panel. Canadian Best Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pressure Ulcers in People with Spinal Cord Injury. A Resource Handbook for Clinicians. Ontario (Canada): Ontario Neurotrauma Foundation; 2013.
- 4- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Risk Assessment & Prevention of Pressure Ulcers. Nursing Best Practice Guideline. 3a Ed. Ontario (Canada): RNAO; 2011.
- 5- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Pressure ulcer prevention. The prevention and management of pressure ulcers in primary and secondary care. London (UK): NICE; 2014.
- 6- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Pressure ulcer management. The prevention and management of pressure ulcers in primary and secondary care. London (UK): NICE; 2014.
- 7- Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN). WOCN Guideline for Prevention and Management of Pressure Ulcers. WOCN clinical practice guideline; no. 2. Mount Laurel (NJ): WOCN; 2010.
- 8- Australian Wound Management Association, New Zealand Wound Care Society, Hong Kong Enterostomal Therapists Association, Wound Healing Society Singapore. Pan Pacific Guideline for the Prevention and Management of Pressure Injury. Australia: Cambridge Media; 2012.
- 9- National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), Pressure Injury Alliance

(PAN PACIFIC). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline. 2ª Ed. Perth (Australia): Cambridge Media; 2014.

10- Beeckman D, Matheï C, Van Lancker A, Van Houdt S, Vanwalleghem G, Gryson L, et al. A National Guideline for the Prevention of Pressure Ulcers. Brussels (Belgium): Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2013.

11- Rumbo-Prieto JM. Evaluación de las evidencias y calidad de las guías de práctica clínica de enfermería sobre deterioro de la integridad cutánea, úlceras y heridas crónicas. [Tesis Doctoral]. A Coruña: Universidad de A Coruña; 2016.

AUTORES/AUTHORS:

M^ªDolores Rodríguez Huerta, Lidia García Pérez, María Martín Rodríguez, Mario Fernández Izquierdo, Leticia Cuéllar Pompa

TÍTULO/TITLE:

Efectividad y seguridad de la canalización vascular con guía ecográfica en adulto. Una revisión sistemática

Introducción

La canalización de accesos vasculares es un procedimiento fundamental en la práctica clínica con diversos fines terapéuticos que conlleva un riesgo de complicaciones; se han informado de tasas muy variables del 0,5% a 15%¹, y hasta de un 35% de fallo en la inserción²; en niños se han dado cifras del 3,1% en canalización de vena femoral y del 34% en subclavia. El riesgo de complicaciones aumenta significativamente hasta seis veces con tres o más intentos, y la probabilidad de fallo en la canalización se correlaciona con el número de intentos¹.

La seguridad del paciente se ha convertido en los últimos años en el principal dominio de la calidad asistencial y diversas publicaciones actuales en general, con determinadas especificaciones, recomiendan la canalización vascular dirigida con ultrasonidos (US) en lugar de la técnica por referencias anatómicas y palpación^{2,3}, apoyándose en los resultados de numerosos estudios que muestran un mayor éxito en la canalización vascular asociado a la guía con US. Sin embargo, la mayoría están centrados en catéter venoso central (CVC) y principalmente en vena yugular interna en adultos, siendo más escasa para otros accesos vasculares en adultos y para niños, mostrando además en esta población resultados discordantes.

El objetivo de esta revisión era identificar y evaluar la evidencia científica disponible sobre la efectividad y la seguridad de la canalización guiada con US de CVC y catéter arterial (CA) en población adulta.

Método

Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura en las bases electrónicas MEDLINE, EMBASE, CINAHL, DARE y HTA desde su inicio hasta mayo de 2015, mediante la combinación de los términos como Central venous catheter, arterial catheter, ultrasonography y otros relacionados aplicándose el filtro de SIGN para localizar ECA, así como búsqueda de literatura gris y secundaria en las referencias de las publicaciones evaluadas en la revisión.

Se incluyeron RS y ECA que evaluaran efectividad y seguridad de la canalización de accesos vasculares venosos y arteriales guiada con US comparando con la técnica tradicional por referencias anatómicas. No se limitó por edad de los participantes ni por especialidad hospitalaria. Las medidas de resultado de principal interés fueron la proporción de éxito/fallo en la canalización, número de intentos, tiempo del procedimiento e incidencia de efectos adversos. Se excluyeron los estudios que no fueran ECA o RS, abstract de congresos, los estudios con modelos anatómicos y los que no estuvieran publicados en inglés o español.

Dos revisores evaluaron independientemente los títulos y los resúmenes de los estudios identificados y los artículos seleccionados a texto completo; posteriormente se procedió a la puesta en común de resultados para determinar qué estudios eran finalmente incluidos en la presente RS. Cuando se identificaron RS actuales y de calidad describiendo correctamente el método, criterios de inclusión y valoración de la calidad de los estudios individuales, se optó por incluirlas excluyendo RS anteriores que tenían estudios primarios en común, así como los estudios originales anteriores a dichas revisiones, e incluir aquellos publicados con posterioridad al rango de fechas incluidas por las mencionadas revisiones. Dos revisores de forma independiente valoraron la calidad de los estudios consensuando la puntuación final cuando hubo disparidad en la valoración, utilizando los instrumentos del Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) adaptado al español por GuíaSalud. Los estudios se clasificaron globalmente como de baja, moderada o alta probabilidad de sesgo. La extracción de los datos se realizó en una plantilla formato excell previamente diseñada para RS y ECA y se analizaron por tipo de acceso vascular realizando una síntesis narrativa con tabulación de resultados dado que la heterogeneidad entre estudios o permitió realizar meta-análisis.

Resultados

De las 363 referencias recuperadas finalmente quedaron incluidos 10 estudios: 7 RS4-7,8-10 y ECA11,12, todos ellos publicados en inglés. De todas las RS que evalúan CVC y CA radial identificadas, la inclusión para esta revisión se hizo en función de la calidad si eran más actuales e incluían los estudios primarios incluidos en las de publicación anterior. Se incluyeron 2 ECA de publicación posterior a las fechas establecidas en las RS incluidas para la presente revisión, sobre CVC.

Calidad metodológica de los estudios incluidos

Los estudios sobre CVC44-7 y CA radial8,9 son de calidad metodológica media y alta, las limitaciones más destacables se deben a la inclusión de diferentes localizaciones y poblaciones en el caso de Hind et al4, Wu et al6, Tang et al8 y Gao et al9; estos autores evaluaron la heterogeneidad estadística entre estudios y realizaron análisis por subgrupos. En el caso de Brass et al7 4 de los estudios primarios incluidos evaluaban el US Doppler. La RS de Rabindranath et al5 tiene alta calidad metodológica pero de 7 estudios 3 eran resúmenes de congresos. La RS sobre CA femoral10 no mezcla población, pero los estudios incluidos son escasos.

Efectividad de la canalización del acceso vascular guiada con ultrasonidos

CVC- Se incluyeron 2 RS amplias sobre CVC que incluían todo tipo de población y accesos venosos centrales habituales7,9, 1 centrada en catéteres para hemodiálisis en adultos8, 1 en subclavia y femoral10.

La más antigua4 mostró un 86% de reducción del riesgo de fallo de inserción estadísticamente significativa guiada con US para yugular interna (n=7), con resultados similares para subclavia pero limitados a un sólo estudio. Los resultados globales también mostraron una disminución del número de intentos con US (P=0,0001), pero ningún efecto en tiempo invertido (P=0,13). Tampoco lo hubo para femoral, basado en un estudio (RR=0,29; IC 95%: 0,07-1,21). Sin embargo, una RS actual mostró un discreto aumento de la tasa de éxito al primer intento asociado al uso de US para la femoral (n=3) pero no para la subclavia (n=9), ni para otras medidas de efectividad en ningún caso7.

El trabajo de Wu et al6, más amplio y de calidad alta, muestra una disminución del 82% del riesgo de fallo en la inserción con el uso de US (P=0,001) con una baja heterogeneidad entre estudios para este resultado (19 para yugular interna); esta significación se mantiene en el análisis por subgrupo de edad mayores de 18 años: RR= 0,18; IC95%: 0,11-0,31.

Los resultados de las revisiones sobre CVC para hemodiálisis5 muestran una disminución del riesgo de fallo de inserción con US del 89% comparada con la técnica tradicional, sin embargo estos resultados están muy limitados debido al tipo de estudios individuales incluidos.

Los 2 ECA identificados (centrados en yugular interna) muestran resultados a favor del uso de US en términos de éxito en la inserción11,12 y uno de ellos también en nº de intentos y tiempo invertido (P<0,001)11.

CA radial- Los resultados de las 2 RS que evaluaban este aspecto (ambas incluían estudios en adultos y niños) muestran una mayor proporción de éxito en el primer intento asociado al uso de US en el análisis global, que se mantenía tras realizar los análisis de sensibilidad8,9. Sin embargo, Tang et al8 observaron que esta superioridad de la técnica con US se mantenía en población infantil pero no en adultos (RR=1,35; IC95%:0,85-2,14) con una heterogeneidad alta entre estudios para este subgrupo; mientras que los resultados obtenidos por Gao et al9 (mayor nº de ECA incluidos sin limitación de idioma) sí se mantiene dicha superioridad en esta población (RR= 1,38; IC95%: 1,22-1,55). Por otro lado Tang et al8 también observaron una reducción global asociada a US del nº de intentos (P<0,001) y tiempo invertido (P=0,02).

CA femoral- Todos los estudios incluidos en la RS que analiza este aspecto eran sobre adultos; los resultados muestran un 83% de tasa de éxito en el primer intento con uso de US frente a un 51% mediante referencias anatómicas (P=0,04), sin embargo se observó una heterogeneidad importante entre los estudios para este resultado. También se observó una discreta disminución del tiempo empleado con la guía ecográfica (P<0,001), y del nº de intentos, pero no fue estadísticamente significativo (P=0,15)10.

Seguridad de la canalización del acceso vascular guiada con ultrasonidos

La seguridad se ha evaluado en las RS y ECA para CVC y RS en arterias radial y femoral.

De las 4 RS incluidas 3 obtienen resultados a favor de los US: Hind et al4 observaron una reducción del riesgo de complicaciones del 57% (P=0,02); Wu et al6 observaron una reducción de riesgo global de punción arterial, hematoma, neumotórax y hemotórax,

con heterogeneidad entre estudios baja y moderada, manteniéndose resultados similares en subgrupo >18 años en cuanto a punción arterial (RR= 0,25; IC95%: 0,15-0,40) y hematoma (RR= 0,30; IC95%: 0,18-0,50); Rabindranath et al5 evaluaron riesgo de hematoma y punción arterial con resultados similares.

Brass et al7 no observaron diferencias estadísticamente significativas en el riesgo global de complicaciones ni por separado para femoral; para subclavia observaron una disminución del riesgo de punción arterial y de hematoma con el uso de US $P < 0,02$. No se evaluó por edad.

Los 2 ECA identificados obtienen resultados contradictorios, aunque en ambos estudios se observó una menor tasa de complicaciones en el grupo de US, Karimi-Sari et al11 obtuvieron significación estadística mientras que Rando et al12 no.

Los estudios sobre CA que evaluaron seguridad fueron Tang et al8 en radial, aparición de hematoma; y Sobolev et al10 en femoral, complicaciones globales; ambos observaron una disminución del riesgo de complicaciones ($P = 0,0001$ y $0,02$ respectivamente). En ningún caso se pudieron hacer análisis por edad pero los autores informan de heterogeneidad no significativa entre estudios para estas medidas.

Discusión

El objetivo de esta revisión era identificar y evaluar la evidencia científica disponible sobre efectividad y seguridad de la canalización vascular guiada con US incluyendo CVC y CA en población adulta.

La evidencia identificada en la presente revisión muestra a nivel global una superioridad de la canalización de CVC guiada con US frente a la técnica por referencias anatómicas en términos de efectividad y seguridad. Sin embargo está limitada en subclavia y femoral por escasez de estudios.

La evidencia sobre CA tampoco es abundante pero los resultados globales son consistentes e indican que el uso de US disminuye el riesgo de complicaciones y aumenta la probabilidad de éxito en la inserción en el primer intento, lo cual es importante para la práctica clínica ya que puede evitar las complicaciones producidas por la punción repetida de la arteria, como el dolor y el espasmo arterial que dificulta posteriores intentos de canalización.

Existen publicaciones anteriores en las que se proponen recomendaciones en base a estudios de diverso nivel de evidencia y realizan conclusiones similares a esta RS en cuanto a la evidencia identificada^{3,4}. Nuestra revisión ha permitido actualizar el conocimiento incluyendo estudios de alto nivel de evidencia (ECA y RS) publicados recientemente. Destacamos especialmente los casos en los que se pudieron identificar dos RS de CA radial, una de CA femoral y una RS de CVC en subclavia y femoral.

En conclusión, la canalización vascular guiada con US es una técnica respaldada en pruebas científicas para los casos de CVC en adulto, especialmente yugular interna, siendo más limitada en venas subclavia y femoral y PICC. Los resultados también muestran que la canalización arterial guiada con US podría ser una técnica más efectiva segura que la tradicional por referencias anatómicas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Kumar a, Chuan A. Ultrasound guided vascular Access: efficacy and safety. Best Practice and Research Clinical Anaesthesiology. 2009; 23:299-311.
2. Troianos CA, Hartman GS, Glas KE, Skubas NJ, Eberhardt RT, Walker JD et al. Guidelines for Performing Ultrasound Guided Vascular Cannulation: Recommendations of the American Society of Echocardiography and the Society of Cardiovascular Anesthesiologists. J Am Soc Echocardiogr. 2011; 24:1291-318.
3. Lamperti M, Bodenham AR, Pittiruti M, Blaivas M, Augoustides JG, Elbarbary M et al. International evidence-based recommendations on ultrasound-guided vascular Access. Intensive Care Med. 2012; 38:1105–1117
4. Hind D, Calvert N, McWilliams R, Davidson A, Paisley S, Beverley C, et al. Ultrasonic locating devices for central venous cannulation: meta-analysis. BMJ. 2003; 327:361.
5. Rabindranath KS, Kumar E, Shail R, Vaux EC. Ultrasound use for the placement of haemodialysis catheters. Cochrane Database

Syst Rev. 2011 Nov 9;(11):CD005279.

6. Wu S, Ling Q, Cao L, Wang J, Xu M, Zeng W. Real-time two-dimensional ultrasound guidance for central venous cannulation: a meta-analysis. *Anesthesiology*. 2013; 118 (2): 361-75.
7. Brass P, Hellmich M, Kolodziej L, Schick G, Smith AF. Ultrasound guidance versus anatomical landmarks for subclavian for femoral vein catheterization. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 1. Art. No.: CD011447.
8. Tang L, Wang F, Li Y, Zhao L, Xi H, et al. Ultrasound Guidance for Radial Artery Catheterization: An Updated Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLoS ONE*. 2014; 9(11): e111527.
9. Gao Y-B, Yan J-H, Gao F-Q, Pan L, Wang X-Z, Lv Ch-J et al. Effects of ultrasound-guided radial artery catheterization: an updated meta-analysis. *Am J Emerg Med*. 2015; 33: 50–55.
10. Sobolev M, Slovut DP, Chang AL, Shiloh AL, Eisen LA. Ultrasound-Guided Catheterization of the Femoral Artery: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J invasive cardiol*. 2015; 27(7):318-323.
11. Karimi-Sari H, Faraji M, Torabi SM, Asjodi G. Success Rate and Complications of Internal Jugular Vein Catheterization With and Without Ultrasonography Guide. *Nurs Midwifery Stud*. 2014; 3(4): e23204.
12. Rando K, Castelli J, Pratt JP, Scavino M, Rey G, Rocca ME et al. Ultrasound-guided internal jugular vein catheterization: a randomized controlled trial. *Heart Lung Vessels*. 2014; 6(1): 13-23

AUTORES/AUTHORS:

Juan Carlos Fernández Domínguez, Albert Sesé Abad, Joan Ernest De Pedro Gómez, Pedro Sastre Fullana, Elisa Bosch Donate, Sandra Pol Castaneda

TÍTULO/TITLE:

Efecto techo-suelo del cuestionario HS-EBP de medición de la Práctica Basada en la Evidencia en Ciencias de la Salud

OBJETIVO:

Obtener evidencias de validez basadas en los procesos de respuesta mediante el análisis de los efectos techo-suelo de la versión 4 (reducida) del cuestionario de carácter transdisciplinar Health Sciences-Evidence Based Practice (HS-EBP) de medición del constructo Práctica Basada en la Evidencia (PBE), siguiendo en todo momento las directrices para la elaboración de test de la International Test Commission (ITC)¹ y la American Psychological Association (APA)².

MÉTODOS:

Se realizó un estudio de validación psicométrica mediante ensayo muestral de carácter transversal, multicéntrico y descriptivo sobre Profesionales de Ciencias de la Salud de enfermería, fisioterapia, medicina y psicología a nivel nacional.

El tipo de muestreo fue no probabilístico de voluntarios a partir de los colegiados de los Colegios Profesionales que aceptaron participar en el estudio de las distintas Comunidades Autónomas/Provincias de España. La estimación del tamaño muestral se basó en reclutar al menos 5 respondedores por ítem (300 sujetos)³.

La versión 4 reducida del cuestionario consta de 60 ítems distribuidos en 5 dimensiones: D1 (Creencias y actitudes, 12 ítems); D2 (Resultados provenientes de la investigación científica, 14 ítems); D3 (Desarrollo de la práctica profesional, 10 ítems); D4 (Evaluación de resultados, 12 ítems) y D5 (Barreras-Facilitadores, 12 ítems).

Los participantes completaron un protocolo informatizado mediante la herramienta online Limesurvey (<https://www.limesurvey.org/es/>) que incluía todas las variables del estudio, es decir la versión 4 reducida del cuestionario de medición del constructo PBE, así como toda una serie de variables sociodemográficas y de práctica y las adaptaciones españolas del cuestionario de medición del propio constructo PBE (EBPQ-19)⁴ y de los cuestionarios de medición de una serie de variables con las que se pretendía establecer evidencias de validez criterial: "resistencia disposicional al cambio"⁵, "burnout"⁶ y "calidad de vida profesional"⁷. Cada uno de los ítems de la versión 4 reducida del cuestionario se puntuó sobre una escala Likert 1-10 en función de su grado de acuerdo con las afirmaciones que contenían, correspondiendo una mayor puntuación a un mayor grado de acuerdo con las mismas.

Para la obtención de las evidencias de validez basadas en el análisis de los efectos techo-suelo se realizaron análisis descriptivos de frecuencias aplicando una serie de criterios preestablecidos tanto sobre las puntuaciones globales de las dimensiones como de los ítems individuales que componían cada una de las mismas. En el caso de las dimensiones, mediante el cálculo del porcentaje de sujetos sobre el total de la muestra que puntuaban en el 15% superior (en el caso del efecto techo) y en el 15% inferior (en el caso del efecto suelo) sobre la puntuación total de cada dimensión. En el caso de los ítems individuales, mediante el cálculo del porcentaje de puntuaciones igual o superior al 15% en el valor más alto de la escala Likert ("10 puntos" en el caso del efecto techo); e igual o inferior al 15% en el valor más bajo de la escala Likert ("1" punto en el caso del efecto suelo)⁸. En este estudio, se ha considerado como efecto techo o suelo "ligero" si el porcentaje de sujetos (en el caso de las dimensiones) o puntuaciones (en el caso de los ítems) se encontraba entre el 15-20%; "moderado" si se encontraba entre el 20-25% y "alto" si el porcentaje era superior al 25%.

RESULTADOS:

Se obtuvo una muestra total de 869 profesionales.

- Dimensiones: No se encontró efecto suelo en ninguna en ninguna de las dimensiones del cuestionario puesto que el porcentaje de

sujetos con puntuaciones en el 15% inferior de puntuaciones posibles respecto a la puntuación total de cada dimensión fue muy bajo. En concreto, en la D1 únicamente un 0.7% del total, es decir 6 sujetos sobre el total de la muestra (n=869); en la D2 un 1.5%, es decir 13 sujetos; en la D3 un 0.3%, es decir 3 sujetos; en la D4 un 0.7%, es decir, 6 sujetos; mientras que en la D5), el porcentaje ascendió hasta el 6%, es decir 52 sujetos. Existe ligera tendencia a efecto techo (porcentaje de sujetos que puntúan en el 15% superior sobre la puntuación total de cada dimensión) en la D1 y D4 con un 19% en cada una de ellas (165/869) y moderada en la D3, con un 22.2% (193/869). Las otras dos dimensiones no presentaban tendencia a efecto techo según los criterios empleados en este estudio.

- Items: Todos los ítems de la D1, así como seis ítems de la D3 tienen tendencia a efecto techo, considerándose alto, con valores superiores al 25% en siete ítems de la D1 (en concreto en los ítems 1, 3, 4, 5, 8, 11 y 12) y en cuatro de la D3 (ítems 4, 6, 7 y 8). Además, en la D1, los ítems 7, 9 y 10 tienen tendencia a efecto techo ligero; mientras que los ítems 2 y 6 presentan tendencia a efecto techo moderado. De la misma forma, el ítem 5 de la D3 presenta tendencia a efecto techo ligero (17.1%) y el ítem 9 moderado (21.1%).

Esta tendencia a efecto techo también se da en dos ítems de la D2 (ítem 1 y 4), con valores de 16.9% y 16.8% respectivamente, y en otros dos ítems de la D4 (ítem 7 y 12) con valores de 18.8% y 16.3% respectivamente, siendo por tanto calificado como ligero en todos los casos; así como en un ítem de la D5 (ítem 1), con un valor de 21.3%, calificándose como moderado. En relación al efecto suelo, la D5 es la única dimensión del cuestionario donde aparecen ítems con tendencia a efecto suelo, siendo ligero en dos de ellos (ítems 7 y 12) con valores de 19.3% y 16.3% respectivamente y alto en los otros dos (ítems 10 y 11) con valores de 25.2% y 28.7% respectivamente.

DISCUSIÓN:

Las evidencias de validez basadas en el análisis de los efectos techo-suelo ha sido escasamente abordado en los instrumentos de medición de PBE, tanto de carácter uni- como multidisciplinar^{9,10}. Sin embargo su medición resulta importante en aquellos casos en que las respuestas de los sujetos puedan verse influenciadas por fenómenos de "deseabilidad social", de manera que los encuestados pretendan ofrecer una respuesta mucho más favorable o deseable que la real. Este es el caso del cuestionario HS-EBP, al tratarse de un cuestionario de carácter autoinformado y además dado el tipo de contenidos operacionalizados del constructo PBE, todo ello a pesar de haber asegurado el anonimato de las respuestas.

El análisis de los efectos techo mostró que había tres dimensiones en que más de un 15% de los sujetos alcanzaba dicho criterio y por tanto presentaban tendencia a efecto techo (D1, D3 y D4). Ninguna de las dimensiones presentaba tendencia a efecto suelo. Con el fin de refinar en mayor medida estos resultados globales obtenidos por dimensiones, se procedió al análisis de la distribución de las respuestas de los encuestados en la escala Likert 1-10 por ítems individuales siguiendo los criterios de Terwee⁸, confirmándose los resultados obtenidos a nivel de las dimensiones.

La tendencia a efecto techo es especialmente acusada en la D1, ya que se produce en todos los ítems que la componen, lo cual era esperable ya a priori dada la propia naturaleza de esta dimensión, es decir, dada la "deseabilidad social" intrínseca a la medición de valores personales, como son las creencias y actitudes de los profesionales de Ciencias de la Salud, en este caso en relación a la PBE. En cualquier caso, este tipo de problemas relacionados con la potencial "deseabilidad social" es común a todos los cuestionarios que han intentado medir creencias y/o actitudes hacia la PBE siendo difícilmente atajable¹⁰. Otra posible interpretación de las altas puntuaciones obtenidas en la mayor parte de los ítems de la D1 es que se estén manifestando unas creencias y actitudes muy positivas hacia la PBE, que sin embargo no se plasman en las puntuaciones obtenidas en las dimensiones de "proceso de PBE", es decir en la utilización en la práctica clínica diaria del modelo de PBE. Esto sería especialmente cierto en relación a la pieza clave de dicho "proceso de PBE", es decir, en relación a la utilización de los resultados de la investigación científica, cuyos contenidos se recogen fundamentalmente en los ítems de la D2 del cuestionario. Todo esto concuerda con lo que se ha puesto de manifiesto en muchos estudios previos sobre el tema, en relación con la presencia de actitudes-creencias muy positivas hacia la PBE, pero al mismo tiempo la dificultad para su "transferencia" o implementación en la práctica diaria de los

profesionales^{11,12}. También se encuentran valores altos en algunos ítems relacionados con una parte del “proceso de PBE”, en concreto en relación con la D3 y en particular dentro de la misma principalmente en aquellos ítems relacionados con el área de interés “Utilización de la información proveniente del paciente y/o familiares”. Este hallazgo era nuevamente esperable a priori, dada la evidente “deseabilidad social” de los contenidos nucleares asociados a esa área de interés concreta. Estos hallazgos obtenidos en base a la aplicación de los criterios previamente definidos fueron corroborados mediante el análisis tanto del rango de puntuaciones obtenidas en las distintas dimensiones del cuestionario sobre el rango de puntuaciones posibles, como del análisis de los valores de tendencia central, dispersión y forma (simetría y apuntamiento) en cada una de ellas, poniéndose de manifiesto que es especialmente en el D1 y D3 donde existe una tendencia más acusada a la potencial existencia de este sesgo de “deseabilidad social”, siendo particularmente acentuada respecto a algunos de los ítems/contenidos nucleares incluidos en las mismas.

El análisis de la D5 para la valoración de los efectos techo-suelo difiere del realizado en el resto de dimensiones puesto que esta dimensión está construida de una forma “polar” en relación a la valoración por parte de los encuestados de distintos elementos organizacionales que pueden actuar como barreras-facilitadores para la PBE. En ella, puntuaciones más bajas serían indicativas de una mayor percepción de ese elemento como barrera; mientras que puntuaciones más altas serían indicativas de una mayor percepción como facilitador. Teniendo esto presente se podría interpretar una mayor potencial “deseabilidad social” en caso de puntuaciones dirigidas hacia los valores inferiores de la escala (efecto suelo), transmitiendo la sensación de que la falta de ajuste del profesional a los principios y pasos de la PBE sería debida específicamente a dificultades relacionadas con la organización donde el profesional ejerce su labor. Los resultados obtenidos indican que en dos de los ítems de la dimensión se supera un porcentaje del 20% en la puntuación más baja de la escala, porcentaje que se ha utilizado en otros estudios sobre cuestionarios de medición de diferentes constructos como límite superior para interpretar efectos techo-suelo¹⁴. Estos ítems son, en orden de importancia, el ítem 11 “En mi lugar de trabajo se incentiva/recompensa aplicar una PBE”, con un 28.7%; y el ítem 10 “La distribución del tiempo de mi jornada laboral facilita la búsqueda y aplicación de la evidencia científica” con un 25.2%. Y solo en otros dos ítems más de la D5 se encuentran valores por encima del 15%, en concreto en los ítems 7 y 12. Por tanto, en virtud de estos resultados, se podría considerar como aceptable, en su valoración global, la incidencia de efecto suelo en la dimensión.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA:

El cuestionario ha mostrado evidencias de validez en relación a los procesos de respuesta mediante el análisis de los efectos techo-suelo, pudiéndose afirmar que globalmente la presencia del sesgo de “deseabilidad social” del cuestionario, valorada en base a los criterios utilizados en este estudio, sería aceptable. La obtención de evidencias suficientes de fiabilidad y validez del cuestionario HS-EBP versión 4 reducida permitirá su utilización en la práctica clínica para determinar el nivel de PBE de cualquier profesional de la salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Muniz J, Elosua P, & Hambleton RK. [International Test Commission Guidelines for test translation and adaptation]. *Psicothema* 2012;25(2):151-157.
2. 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.
3. Tabachnick BG, & Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*, 5th ed. Boston, MA: Pearson, 2007.
4. De Pedro-Gómez JE, Morales-Asencio JM, Sesé-Abad A, Bennasar-Veny M, Ruiz-Román MJ, & Muñoz-Ronda F. Validación de la versión española del cuestionario sobre práctica basada en la evidencia en Enfermería. *Rev Esp Salud Pública*. 2009;83(4):577-586.
5. Arciniega LM, & González L. Validation of the Spanish-language version of the resistance to change scale. *Personality and Individual Differences*. 2009;46(2):178-182.
6. Seisdedos N. *MBI Inventario “Burnout de Maslach”*. Madrid, España: TEA ediciones, 1997.

7. Cabezas C. La calidad de vida de los profesionales. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2000;7(Supl 7):53-68.
8. Terwee CB, Bot SD, de Boer MR, van der Windt DA, Knol DL, Dekker J. et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. J Clin Epidemiol. 2007;60(1):34-42.
9. McEvoy MP, Williams MT, & Olds TS. Development and psychometric testing of a trans-professional evidence-based practice profile questionnaire. Med Teach. 2010;32(9):e373-e380.
10. Bernhardsson S., & Larsson ME. Measuring evidence-based practice in physical therapy: Translation, adaptation, further development, validation, and reliability test of a questionnaire. Phys Ther. 2013;93(6):819-832.
11. Swinkels RA, van Peppen RP, Wittink H, Custers JW, & Beurskens A J. Current use and barriers and facilitators for implementation of standardised measures in physical therapy in the Netherlands. BMC Musculoskelet Disord. 2011;12(1):106.
12. Snyder CF, Aaronson NK, Choucair AK, Elliott TE, Greenhalgh J, Halyard MY, et al. Implementing patient-reported outcomes assessment in clinical practice: a review of the options and considerations. Qual Life Res. 2012;21(8):1305-1314.
13. Martín J, Cortés JA, Morente M, Caboblanco M, Garijo J, & Rodríguez A. Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida profesional (CVP-35). Gac Sanit. 2004;18(2):129-136.

AUTORES/AUTHORS:

M^a del Mar Gutiérrez Martínez, Francisco Javier Cano Padilla, Pilar González Carrión, Alicia Pérez Rodríguez, Carlos Moreno García, Ana Isabel Moral Merino, Blanca Herrera Cabrerizo, M^a Ángeles Martos Vílchez, Antonio Rivas Campos

TÍTULO/TITLE:

CONTACTO PIEL CON PIEL EN RECIÉN NACIDOS EN PARTOS POR CESÁREA

OBJETIVO GENERAL

- Identificar el número de recién nacidos (RN) que realizan el contacto piel con piel (CPP) tras el nacimiento por cesárea.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir la relación entre el CPP y el inicio precoz de la lactancia materna.
- Conocer el grado de satisfacción de las madres con parto por cesárea tras su paso por la unidad de reanimación.

MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo realizado en el Hospital Materno Infantil de Granada desde el 1 de marzo a 31 de diciembre de 2015.

Muestra: 403 mujeres de las 574 cesáreas realizadas en el periodo de estudio. Se descartan 79 por ingreso del RN tras el parto y 92 por no poder contactar con ellas.

Las variables recogidas son: número de madres con parto mediante cesárea, intención de lactar, CPP en quirófano y en reanimación, conocimiento de las madres sobre CPP y momento de inicio de la lactancia materna. Los datos se recogieron mediante entrevista telefónica de 8 ítems con respuesta sí/no y el nivel de satisfacción, medido mediante escala numérica del 0 al 10.

RESULTADOS

De las 403 mujeres con parto por cesárea entrevistadas, se obtuvieron los siguientes datos:

1. Un 97% de las mujeres tienen intención de lactar previamente al parto.
2. El 47,19% de las mujeres no conocen la posibilidad de permanecer junto a sus hijos después de la cesárea en el área de Reanimación, frente al 52,80% que sí son informadas de dicha opción.
3. Un 22,41% de los recién nacidos tuvieron CPP en quirófano.
4. Un 30,76% de los niños sanos nacidos por cesárea fueron a la unidad de reanimación junto a sus madres.
5. El 92,85% de estos niños, que estuvieron junto a sus madres en reanimación, iniciaron lactancia materna en las dos primeras horas tras el nacimiento.
6. De los niños que no fueron con sus madres a reanimación, un 63,60% estuvieron junto a sus padres en la planta de hospitalización y no fueron separados de ellos, el resto estuvieron atendidos de forma exclusiva por profesionales de enfermería. Todos tardaron una media de 6 horas en estar con sus madres.
7. Un 97,69% de los niños que fueron separados de sus madres tras la cesárea necesitaron leche artificial antes de la primera toma de leche materna.
8. El grado de satisfacción de las madres aumentó en 2,76 puntos (escala de 1 a 10) en las madres que fueron a la unidad de

reanimación junto a sus hijos, en relación a aquellas que fueron separadas de ellos.

DISCUSIÓN

El Complejo Hospitalario Universitario de Granada (CHUG) ha sido uno de los diez seleccionados, en la cohorte (2015-2017), del Programa Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. Este programa forma parte de la red internacional Best Practice Spotlight Organizations (BPSO) liderado por la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO). (1)

En España esta iniciativa está liderada por la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciiii) y el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados de Salud basados en la Evidencia, en colaboración con la RNAO (1).

El Programa Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® ha sido seleccionado por la Región europea de la OMS como buena práctica en su "Compendio de Buenas Prácticas para transformar los servicios de salud"(2).

En el Complejo Hospitalario Universitario de Granada, desde hace un año, se está implantando la Guía sobre Lactancia Materna dentro del Proyecto Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® del que forma parte (3).

En el año 1992, la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) emitió el documento "10 pasos para una feliz lactancia natural" . En él se describen los pasos, basados en pruebas científicas y que han sido aprobados por organizaciones nacionales e internacionales como guías de buena práctica clínica, para una lactancia natural. En este documento se recalca la importancia de iniciar la lactancia en la media hora postparto a través del CPP de la madre y del recién nacido, así como la de formar a los profesionales para llevarlo a cabo (4).

En nuestro medio, en 2005, un grupo de profesionales del hospital y de atención primaria elaboraron una guía de actuación para la práctica, con el objetivo de promover la lactancia materna. Guía, actualizada en 2015 por este grupo de trabajo (5).

De igual forma para promover el CPP, desde 2010, existe en nuestro centro un protocolo específico. En 2015, se realizó una actualización del mismo, trabajándolo con profesionales de distintas categorías. En dicho protocolo se especifica los pasos a seguir dependiendo de si el recién nacido es por parto vaginal o por cesárea y se indican las opciones más recomendables en los casos que el estado de la madre no permita el CPP con el recién nacido. Ante esta situación, la opción siguiente sería realizar el CPP con el padre.

También se están llevando a cabo sesiones de formación para los profesionales, y se han elaborado trípticos informativos para padres, donde se les explica el procedimiento y los beneficios de dicha técnica.

Todo esto está destinado, a mejorar el inicio precoz de la lactancia materna en aquellas madres que lo deseen, así como, a mejorar su grado de satisfacción, independientemente del tipo de parto que se lleve a cabo.

En el estudio observacional retrospectivo de Otal-Lospaus et al.(6), se obtienen cifras un poco superiores a las nuestras, en relación al contacto precoz en cesáreas y muestran que existe el doble de posibilidad de que los RN que han tenido CPP con sus madres, tengan lactancia materna exclusiva al alta, respecto a los que no lo han tenido.

En el caso de que las madres se encuentren indispuestas para realizar el CPP con su RN tras un parto por cesárea, algunos autores, como Cubillas Rodríguez et al.(7) muestran que los beneficios del contacto piel con piel realizado con el padre son similares a los

descritos cuando el CPP es con la madre.

Datos muy similares se muestran en el estudio realizado por Rengel Díaz et al.(8), donde se ha demostrado una disminución de tiempo para conseguir un agarre al pecho cuando el CPP se realiza con el padre. A pesar de todo, los datos analizados en el estudio no han llegado a ser significativos.

Para Smith et al.(9), el contacto precoz se puede hacer fácilmente en las intervenciones por cesárea, tal como demuestran en su estudio, equiparándolo a los partos eutócicos. Estos autores expresan que dada la poca complicación técnica que supone, sólo es necesario un pequeño cambio en el trabajo diario de los profesionales. En nuestro medio, para esto es necesario que el equipo multidisciplinar que atiende a la mujer que ha tenido un parto por cesárea, además de ser consciente de los grandes beneficios que conlleva el lactar, sea capaz de aplicar el protocolo establecido. Objetivo en el que estamos trabajando con los profesionales y esperamos poder mejorar nuestros resultados.

CONCLUSIONES

La práctica del procedimiento del CPP es habitual en los partos vaginales, cuyos RN no se separan de sus madres. En los casos de las cesáreas es más habitual que los RN sean separados de sus madres mientras que éstas están en la unidad de reanimación tras la cesárea.

Con la puesta en marcha de la recomendación de favorecer el CPP tras el nacimiento para inicio favorable de la LM, se ha observado un incremento del porcentaje de RN que se están beneficiando de dicha técnica.

Podemos afirmar que las líneas de trabajo iniciadas están consiguiendo cambios en la práctica asistencial, pero hasta ahora no teníamos datos y por tanto no podemos valorar los cambios de forma objetiva. Este análisis de la situación actual, nos va a permitir realizar un seguimiento de las mejoras propuestas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Programa BPSO España. Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®; 2012 [citado 16 de mayo 2016]. Disponible en: <http://www.evidenciaencuidados.es/bpsol/>
2. Lessons from transforming health services delivery: Compendium of initiatives in the WHO European Region" WHO Regional Office for Europe; June 2016. p. 261-265). Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-service-delivery/publications/2016/lessons-from-transforming-health-services-delivery-compendium-of-initiatives-in-the-who-european-region-2016>.
3. Lactancia materna. Guía de buenas prácticas en enfermería. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). 2007. Disponible en: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/D0015_564_Lactancia_022014.pdf.
4. Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia. IHAN. Unicef; 1992 [actualizado 19 de octubre de 2015; citado 16 de mayo 2016]. Disponible en: <https://www.ihan.es/>
5. Guía de Lactancia Materna. Complejo Hospitalario Universitario Granada y Distrito Granada Metropolitano. Grupo de Lactancia Materna del Complejo Hospitalario Universitario Granada y Atención Primaria. 2015. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/guia_lactancia.pdf.
6. Ota-Lospaus S, Morera-Liáñez L, Bernal-Montañes MJ, Tabueña-Acin J. El contacto precoz y su importancia en la lactancia

materna frente a la cesárea. *Matronas Prof.* 2012; 13(1): 3-8.

7. Cubillas Rodríguez, Inmaculada; Aragón Núñez, María Teresa; García Rojas, Inmaculada; Torres Díaz, Ángela. Contacto piel con piel del padre y recién nacido después de una cesárea. *Rev Paraninfo Digital*, 2015; 22. Disponible en:

<http://www.index-f.com/para/n22/268.php>

8. Rengel Díaz, Cristobal; Labajos Manzanares, M T. Efecto del contacto piel con piel con padres de recién nacidos por cesárea sobre la lactancia materna y nuevos roles de paternidad. *Enfermería docente* 2011; 94:8-15. Disponible en:

<http://www.index-f.com/edocente/94pdf/94-008.pdf>.

9. Smith J, Plaat F, Fisk NM. The natural caesarean: a woman - centred technique. *BJOG*. 2008; 115(8): 1037- 42. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2613254/>

Mesa de Comunicaciones 10: Cuidados a pacientes crónicos**Concurrent Session 10: Chronic Care****AUTORES/AUTHORS:**

Maria Elena García Manzanares, Santiago Pérez García, Ignacio Zaragoza Garcia, Carolina Hidalgo Dóniga

TÍTULO/TITLE:

¿EXISTE RELACIÓN ENTRE LAS COMPLICACIONES DE LA PIEL, EL EQUILIBRIO EMOCIONAL Y LA AUTONOMÍA EN LA PERSONA OSTOMIZADA?

Objetivo

Identificar asociaciones entre las complicaciones de la piel periestomal, la autonomía para el autocuidado y el equilibrio emocional

Método

Estudio descriptivo prospectivo longitudinal realizado en pacientes en seguimiento por enfermera experta en Estomaterapia en la Unidad de Ostomías del Hospital Universitario 12 Octubre (Madrid) durante un año. Se recogen variables sociodemográficas y laborales y se miden indicadores de los criterios de resultado NOC seleccionados. Durante el periodo de estudio se realizan revisiones periódicas: visita inicial, a los 2, 6 y 12 meses. Se obtienen medias y medianas para las variables cuantitativas y porcentajes para las cualitativas, realizando finalmente un análisis bivariado. Se tienen en consideración las normas éticas y se trabaja bajo las directrices de la ley 15/1999.

Resultados

Se estudian 55 pacientes, 65,45% hombres y 34,55% mujeres, con una edad media de 67,45±13,4 años y mediana de 70 (el 58,2% se sitúa por encima de 65). La mayoría (90,91%) tienen algún nivel de estudios (54,54% primarios, 23,64% secundarios, 12,73% universitarios). Durante el estudio se reconstruye el tránsito intestinal en el 36,36% de los participantes, excluyéndose, a partir de ese momento, de los análisis posteriores. El 12,73% de los pacientes fallecen durante este año por evolución de la enfermedad oncológica. El porcentaje de pacientes con el indicador NOC 110113 integridad de la piel alterado en la primera visita es de 89,1%, segunda 20%, tercera 5,4% y al año ningún paciente. Respecto a la autonomía para el autocuidado lo son el 3,6%, 67,3%, 84,4% y el 100% de los pacientes en cada una de las visitas. En el análisis bivariado encontramos que el nivel de estudios no muestra correlación con el mantenimiento de una adecuada integridad de la piel periestomal ($r=0,4$). En cambio, conservar una piel íntegra se relaciona con: mejor imagen de sí mismo ($r=0,702$), mejor adaptación a los cambios en el aspecto físico ($r=0,701$) y mejor nivel de cuidados de la piel periestomal por parte del paciente ($r=0,735$). Por otro lado, existe una correlación entre la integridad de la piel y mejor capacidad para realizar actividades de la vida diaria ($r=0,6$), aceptación de las propias limitaciones ($r=0,637$), mayor expresión de optimismo sobre el presente ($r=0,688$) y sobre el futuro ($r=0,695$).

Discusión

Hay estudios que describen complicaciones en la piel periestomal de hasta un 70-80% llegando hasta un 96% en las 3 semanas posteriores a la cirugía. En nuestro estudio se observa un alto porcentaje de pacientes con la piel irritada inicialmente, disminuyendo de forma importante a lo largo del seguimiento, a lo que contribuye un gradual aumento en la autonomía en el autocuidado.

Pensamos que, para mejorar dicha autonomía, es preciso prevenir y saber tratar las complicaciones de la piel periestomal. Esto permitirá al paciente mayor equilibrio emocional y adaptación a la vida social. Los datos revelan, igual que para otros autores, que el seguimiento regular por personal especializado previene las complicaciones cutáneas e influye positivamente en la adaptación y en la calidad de vida.

La continuidad en el cuidado es esencial para este grupo de personas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Cottam J, Richards K, Hasted A et al. Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. *Colorectal Dis* 2007; 9:834-838.
2. Persson E, Berndtsson I, Carlsson E et al. Stoma-related complications and stoma size - a 2-year follow up. *Colorectal Dis* 2010; 12:971-976.
3. Person B, Ifargan R, Lachter J et al. The impact of preoperative stoma site marking on the incidence of complications, quality of life, and patient's independence. *Dis Colon Rectum* 2012; 55 (7):783-787.

4. Butler DL. Early postoperative complications following ostomy surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2009; 36:513-519.
5. Karadag A, Menten BB, Uner A et al. Impact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies. *Int J Colorectal Dis* 2003; 18:234-238.
6. Nastro P, Knowles CH, McGrath A et al. Complications of intestinal stomas. *Br J Surg* 2010; 97:1885- 1889.
7. Parmar KL, Zammit M, Smith A et al. A prospective audit of early stoma complications in colorectal cancer treatment throughout the Greater Manchester and Cheshire colorectal cancer network. *Colorectal Dis* 2011; 13:935-938.
8. Ratliff CR, Scarano KA, Donovan AM et al. Descriptive study of peristomal complications. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2005; 32:33-37.
9. Pittman J, Rawl SM, Schmidt CM et al. Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2008; 35:493- 503.
10. Millan M, Tegido M, Biondo S et al. Preoperative stoma siting and education by stomatherapists of colorectal cancer patients: a descriptive study in twelve Spanish colorectal surgical units. *Colorectal Dis* 2010; 12(Online): 88-92
11. Meisner S, Lehur PA, Moran B et al. Peristomal skin complications are common, expensive, and difficult to manage: a population based cost modeling study. *PLoS One* 2012; 7(5): e37813.

AUTORES/AUTHORS:

Maria Helena Barbosa, Kleiton Gonçalves do Nascimento, Suzel Regina Ribeiro Chavaglia, Patrícia da Silva Pires, Sonia Beatriz Felix Ribeiro

TÍTULO/TITLE:

Resultados clínicos de los pacientes con accidente cerebrovascular isquémico tratados con la terapia trombolítica

Objetivo: Analizar los resultados y los factores asociados en pacientes con accidente cerebrovascular isquémico tratados en un hospital después de la infusión de Alteplasa (rt-PA). **Métodos:** Estudio retrospectivo de cohortes con un enfoque cuantitativo. Se evaluaron los registros de 64 pacientes con accidente cerebrovascular isquémico que se sometieron a la trombolisis intravenosa con rt-PA en un hospital público, asistido a partir de enero 2012 a enero 2015. Aplicado a escala National Institute Health Stroke Scale (NIHSS), para evaluar los déficits neurológicos al ingreso y al alta hospitalaria. Las características demográficas fueron descritos, la comorbilidad y la gravedad de los pacientes con accidente cerebrovascular isquémico y tiempos de atención. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado para la asociación entre las comorbilidades, tiempos de atención y la aparición de la transformación hemorrágica sintomática. Se utilizó la prueba de Wilcoxon para verificar la significación estadística en la reducción de las puntuaciones en el ingreso y el alta de los pacientes. **Resultados:** Se observó una alta frecuencia de comorbilidad: 76,6% de los pacientes eran hipertensos, el 28,1% la fibrilación auricular y el 25% eran pacientes cardíacos. déficits neurológicos severos obtuvieron un promedio de 15 puntos (DE \pm 5,3). El tiempo promedio entre el inicio de los síntomas y la llegada al hospital fue de 98 minutos (DE \pm 61,2); y el promedio de tiempo entre la llegada al hospital y la administración de la terapia trombolítica fue 89,8 minutos (DE \pm 39,8). Se observó la transformación hemorrágica sintomática en 20 pacientes. En el análisis bivariable, la ocurrencia de transformación hemorrágica sintomática se asoció con más grave clínica anotado en la escala (anotar más de 15 puntos) y la presencia de comorbilidades, como la fibrilación auricular y la enfermedad cardíaca. Hubo una mejora significativa de los déficit neurológicos marcados en la escala entre la admisión y el alta hospitalaria, una reducción del 51 al 12,5% entre los pacientes con puntuaciones más altas. **Discusión:** La evolución de la gravedad del déficit neurológico, evaluada por NIHSS en pacientes seleccionados, se encontró un alto porcentaje de pacientes con puntajes superiores a 15 puntos en comparación con la literatura. Este porcentaje se redujo después del tratamiento, la reducción del 56% al 12,5%, con significación estadística ($p < 0,001$). Este resultado satisfactorio para los pacientes tratados se debió principalmente a la mayor gravedad del accidente cerebrovascular, la presencia de comorbilidades y tiempos de tratamiento finales presentados por ellos.

Implicaciones para la práctica: Los resultados de este estudio pueden contribuir a una mayor eficacia en la aplicación del protocolo de la trombolisis en los pacientes con accidente cerebrovascular isquémico y apoyar las políticas públicas con miras a la instalación de un tratamiento más eficaz en la red de atención de la salud, resultando en una mejor recuperación neurológica y la calidad de vida de los pacientes y sus familias

Apoyo: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais - FAPEMIG

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Aoki S, Hosomi N, Sueda Y, Kono T, Takamatsu K, Ohyama H, et al., HARP Registry Study Group, 2015. Multicenter Study of Intravenous Recombinant Tissue Plasminogen Activator Infusion around Hiroshima, Japan: The Hiroshima Acute Stroke Retrospective and Prospective Registry Study. *J. Stroke Cerebrovasc. Dis.*, 2015; 24(12):2747-2753.
- Berkowitz AL, Mittal MK, McLane HC, Shen GC, Muralidharan R, Lyons JL, et al. Worldwide reported use of IV tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. *Int. J. Stroke*, 2014; 9(3):349-355.
- Boehme AK, Siegler JE, Mullen M, Albright KC, Lyerly MJ, Monlezun DJ, et al. Racial and gender differences in stroke severity,

outcomes, and treatment in patients with acute ischemic stroke. *J. Stroke Cerebrovasc. Dis.*, 2014; 23(4):e255-e261.

Brasil, Ministério da Saúde, 2012. Portaria nº 664, de 12 de abril de 2012. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico agudo. Brasília, DF, Diário Oficial da União. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html. Accessed 16 March 2016.

Bruening T, Al-Khaled M. Atroke-associate pneumonia in thrombolized patients: incidence and outcome. *J. Stroke Cerebrovasc. Dis.*, 2015; 24(8):1724-1729.

Cougo-Pinto PT, Santos BL, Dias FA, Fabio SRC, Werneck IV, Camilo MR, et al. Frequency and predictors of symptomatic intracranial hemorrhage after intravenous thrombolysis for acute ischemic stroke in a Brazilian public hospital. *Clinics*, 2012; 67(7):739-743.

Emberson J, Lees KR, Lyden P, Blackwell L, Albers G, Bluhmki E, et al. Stroke Thrombolysis Trialists' Collaborative Group, 2014. Effect of treatment delay, age, and stroke severity on the effects of intravenous thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from randomised trials. *Lancet*, 2014; 384(9958):1929-1935.

AUTORES/AUTHORS:

Manuel Herrero Montes, Encarnación Olavarría Bevide, Marina Rojo Torralbe, María José Cagigas Villoslada, Rosana Saiz Alonso, Miriam García Martínez, Lucía Merino González, Soraya Sánchez Cano, Patricia Martínez Álvarez

TÍTULO/TITLE:

Pacientes en hemodiálisis: ¿Quiénes son?, ¿Por qué han llegado aquí?, ¿Que tratamiento tienen?

OBJETIVO

Describir las características sociodemográficas, antecedentes personales, enfermedad renal de base e historia de tratamientos de los pacientes en hemodiálisis del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV). Santander (Cantabria).

MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal.

Población: pacientes que en el momento de la recogida de datos (marzo 2016) estaban recibiendo hemodiálisis en el HUMV. Se diseñó una hoja de recogida de datos ad-hoc que incluía las siguientes variables: Edad, sexo, modalidad de diálisis, presencia de diabetes, enfermedad renal de base, acceso vascular y días en cada uno de los tratamientos renales sustitutivos (TRS): (hemodiálisis (HD), diálisis peritoneal (DP) y trasplante (TX))

Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica. Se describen variables cualitativas (distribución de frecuencias absolutas y relativas y porcentajes) y variables cuantitativas (media, desviación estándar (DE) y cuartiles). El estudio cuenta con la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de Cantabria (código interno: 2014.223).

RESULTADOS

La población total fue de 39 pacientes y todos se incluyeron en el estudio, 23 hombres (59%) y 16 mujeres (41%) con una edad media de 67,64 (DE 16,02) años.

En cuanto a la modalidad de tratamiento actual: 7 pacientes (17,9%) estaban en Diálisis con regeneración del ultrafiltrado (HFR), 15 (38,5%) en hemodiálisis convencional (HDC) y 17 (43,6%) en hemodiafiltración online (HDF). El 28,9% tienen una fistula arteriovenosa interna (FAVI) y el 71,1% portan un catéter venoso central (CVC).

Las causas de la enfermedad renal crónica en tratamiento con HD fueron: diabetes mellitus (15,8%), vasculares (28,9%) y glomerulonefritis, pielonefritis y nefropatías intersticiales crónicas sistémicas (26,3%), enfermedad poliquística (5,3%) y otras causas (23,7%). El 28,9 % de la población eran diabéticos, con una duración media de la diabetes de 17,64 (DE 8,82) años y de los cuales un 72,7% sufrían diabetes mellitus tipo II.

Los pacientes estudiados llevaban una media de 2312,45 (DE 3190,44) días en TRS. Por modalidad de tratamiento: 2089,53 (DE 3196,84) días en HD, 217,21 (DE 574,707) días en DP y 353,36 (DE 1361,53) días en TX.

DISCUSION

Los pacientes en hemodiálisis hospitalaria tienen una edad elevada, portan CVC para la realización de la técnica y nuestra población la mayoría realizan técnicas de alto transporte convectivo. Las causas de la insuficiencia renal son principalmente la diabetes o patologías vasculares. A pesar de que son pacientes añosos permanecen durante años en este tratamiento y no suelen cambiar a otras modalidades.

Implicaciones para la práctica: un mejor control de la diabetes y de los factores de riesgo cardiovascular podría repercutir en una

menor prevalencia de enfermedad renal. Tenemos un alto porcentaje de pacientes con CVC y con la HD como único tratamiento en su historial. Según las recomendaciones de las guías de práctica clínica debemos aumentar el número de pacientes en HD con FAVI, así como aumentar el número de pacientes que en algún momento de su tratamiento realizan DP.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Portoles J, Lopez-Gomez JM, Aljama P. [Cardiovascular risk in hemodialysis in Spain: prevalence, management and target results (MAR study)]. *Nefrología*. 2005;25(3):297-306.
2. Eggers PW GD, Pugh J. Non-traumatic lower extremity amputations in the Medicare end-stage renal disease population. *Kidney Int*. 1999;56(4):1524-33.
3. Morbach S, Quante C, Ochs HR, Gaschler F, Pallast J-M, Knevels U. Increased risk of lower-extremity amputation among Caucasian diabetic patients on dialysis. *Diabetes care*. 2001;24(9):1689-90.
4. McGrath N, Curran B. Recent commencement of dialysis is a risk factor for lower-extremity amputation in a high-risk diabetic population. *Diabetes care*. 2000;23(3):432-3.
5. Hill M, Feldman H, Hilton S, Holechek M, Ylitalo M, Benedict G. Risk of foot complications in long-term diabetic patients with and without ESRD: a preliminary study. *ANNA journal/American Nephrology Nurses' Association*. 1996;23(4):381.
6. Ndip A, Lavery LA, Boulton AJ. Diabetic foot disease in people with advanced nephropathy and those on renal dialysis. *Current diabetes reports*. 2010;10(4):283-90.
7. Ndip A, Lavery LA, Lafontaine J, Rutter MK, Vardhan A, Vileikyte L, et al. High levels of foot ulceration and amputation risk in a multiracial cohort of diabetic patients on dialysis therapy. *Diabetes care*. 2010;33(4):878-80.
8. Lancho Casares JM. Paciente en programa de diálisis y arteriopatía periférica. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*. 2008;11(2):6.
9. Sánchez Perales MC GM, Borrego Uriel FJ, Viedma G, Gil Pérez del Barrio JM, Borrego Liébana J, Pérez P. Incidencia y factores de riesgo de amputación no traumática de miembros inferiores en los pacientes en hemodiálisis. *Nefrología*. 2005;25(4):399-402.
10. Verdú J, Marine-lo J, Armans E, Carreño P, March J, Martín V, et al. Documento de Consenso CONUEI. Barcelona: EdikaMed, SL; 2009.
11. Bosanquet N. Costs of venous ulcers: from maintenance therapy to investment programmes. *Phlebology*. 1992;1:44-6.
12. American Diabetes Association. Position statement: Standards of Medical Care in Diabetes—2010. *Diabetes care*. 2010;33:S11-S61.
13. Jaeger JQ, Mehta RL. Assessment of dry weight in hemodialysis: an overview. *Journal of the American Society of Nephrology : JASN*. 1999;10(2):392-403.
14. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. 2008 ed. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC; 2008.

AUTORES/AUTHORS:

Cristina Márquez Calzada, Cristóbal Navarrete Espinosa, Belén Bolaños Rodríguez, Rafael Zamora Vizcaíno, Juan José Luna Cano, Eduardo Plaza Alarcón, Sacramento Ruiz González, M^a Isabel Ocete Alcalde, Isabel León Arévalo

TÍTULO/TITLE:

El lugar de procedencia como elemento diferencial en la valoración de los pacientes pluripatológicos

Objetivos: comparar el perfil de una cohorte de pacientes pluripatológicos (PPP) del ámbito rural (AR) frente a una cohorte de zonas de necesidad de transformación social (ZNTS) en base a factores sociales y de salud.

Método: **Ámbito:** centros de salud de Atención Primaria de la comunidad autónoma de Andalucía. **Diseño:** estudio descriptivo transversal multicéntrico. **Sujetos:** adultos identificados como PPP (existencia de dos o más categorías pluripatológicas según se define en el Proceso Asistencial Integrado de Atención a Pacientes Pluripatológicos vigente en la comunidad andaluza) que acepten participar. **Variables:** edad, sexo, nivel educativo, ingresos, dificultad para llegar a fin de mes (mucha dificultad, con dificultad, cierta dificultad, cierta facilidad, con facilidad, mucha facilidad), categorías PP (CPP)*, Índice Comorbilidad Charlson (ICC), valoración sociofamiliar (Escala de Gijón), estado funcional (Índice de Barthel) y cognitivo (Test de Pfeiffer), salud autopercebida (muy buena, buena, regular, mala, muy mala), uso de recursos sociosanitarios (centros estancia diurna, residenciales, ocupacionales, de atención socioeducativa, casa cultura/peñas lúdicas-deportivas, parques y jardines, asociaciones pacientes, comedores). **Instrumentos para la obtención de datos:** historia de salud digital (programa informático Diraya) y entrevista estructurada. **Análisis datos:** descriptivo uni y bivariante según naturaleza de las variables

Resultados: se incluyeron 819 PPP, 185 pertenecientes a ZNTS. El 48,2% era mujer. La edad media fue menor en las ZNTS (75,53 -DS 9,9- frente a 78,30 -DS 9,3- en el AR; $p<0,001$); en estas zonas se obtuvieron peores resultados para ingresos (Me 750€/mes -RIC 400- frente a 925€/mes -RIC 530- en el AR; $p<0,001$) y dificultad para llegar a fin de mes (mucha: 30,8% frente a 9,5% en el AR; $p<0,001$), y también se identificó un nivel educativo más alto (estudios básicos: 45,4% frente a 25,2% en el AR; $p<0,001$). La media de CPP fue 2,63 (DS 0,7) en ZNTS y 2,58 (DS 0,7) en el AR; la CPP más prevalente en ambas cohortes fue la A (57,8% en ZNTS y 63,4% en el AR), encontrándose significación estadística para las categorías C, H, D (más frecuentes en el AR), B y F (más frecuentes en ZNTS) ($p<0,005$). Según el ICC las ZNTS mostraron una mayor comorbilidad con una puntuación de 4,32 (DS 1,46) frente a 4,03 (DS 1,67) en el AR ($p<0,005$). Gijón (10,34 -DS 3,3- en ZNTS frente a 10,2 -DS 2,78- en el AR), Barthel (66,95 -DS 29,8- en ZNTS frente a 65,13 -DS 31,6- en el AR), Pfeiffer (2,49 -DS 2,65- en ZNTS frente a 2,86 -DS 3,04- en el AR), salud autopercebida (regular 38,15% en ZNTS frente a 47,4% en el AR) no presentaron relación estadísticamente significativa. Asimismo hacer uso o no de recursos sociosanitarios (27% en ZNTS frente a 33,6% en el AR) no presentó diferencias significativas, sin embargo sí se encontró significación estadística para el número de recursos utilizados por persona (menor en ZNTS, $p<0,005$).

Discusión: los resultados muestran que la población perteneciente a ZNTS es sensiblemente más joven y tiene un mayor nivel educativo, pero se encuentra en una peor situación socioeconómica (objetiva y subjetiva) y realiza un menor uso de los recursos comunitarios que la del AR. La valoración funcional y cognitiva y la percepción de salud por parte de los sujetos parecen no verse afectadas por el lugar de procedencia. Cabe destacar la diferencia de prevalencia por CPP y los resultados del ICC. Lo descrito va en paralelo con la línea de investigación en determinantes sociales de salud que sugiere que vivir en determinados lugares puede afectar a la biología y con ello producir resultados en salud diferentes en las distintas poblaciones; quizá la epigenética sea el camino adecuado para hallar la respuesta a esta variabilidad. Considerar dicha posibilidad debería encaminarnos a perseverar en el desarrollo de intervenciones adaptadas a la realidad que vive nuestra población y que van más allá de las actuaciones clínicas para hacer hincapié en el entorno social

*Nota: dado que el tema central del trabajo son los pacientes con pluripatología se expone a continuación las categorías que

engloban a esta entidad:

Categoría A:

1. Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA
2. Cardiopatía isquémica.

Categoría B:

1. Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas.
2. Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina (>1,4 mg/dl en hombres o >1,3 mg/dl en mujeres) o proteinuria mantenidas durante 3 meses.

Categoría C:

1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC o FEV1 < 65% o SaO2 < 90%.

Categoría D:

1. Enfermedad inflamatoria intestinal.
2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular o hipertensión portal.

Categoría E:

1. Ataque cerebrovascular.
2. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60).
3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con 5 o más errores).

Categoría F:

1. Arteriopatía periférica sintomática.
2. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática.

Categoría G:

1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb < 10 mg/dl en dos determinaciones separadas más de tres meses.
2. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa.

Categoría H:

1. Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ollero-Baturone M (coordinador), Álvarez-Tello M, Barón-Franco B, Bernabeu-Wittel M, et al. Atención al paciente pluripatológico: Proceso Asistencial Integrado. 2ª ed. Sevilla: Consejería de Salud; 2007.
2. Cofiño Fernández R. Tu código postal puede modificar tu código genético. AMF. 2013; 9: 483–484.

AUTORES/AUTHORS:

Laura Izquierdo Parrondo

TÍTULO/TITLE:

Prevención del melanoma

Objetivos:**General:**

Conocer las medidas de prevención del melanoma que utiliza la población universitaria.

Específicos:

- Determinar el nivel de conocimiento sobre el melanoma maligno de la población universitaria tanto ajena al ámbito sanitario como educada en él.
- Saber si dicha población lleva sus conocimientos a la práctica y realiza las pautas de prevención para protegerse de los efectos nocivos del Sol.

Métodos:

Se realiza un estudio observacional, analítico, transversal y de conveniencia donde se estudian las variables sexo (hombre y mujer), estudios universitarios (Enfermería y Administración y Dirección de Empresas (ADE)) y curso (3º y 4º) para saber el nivel de conocimiento de esta población y si llevan dichos conocimientos a la práctica. Este estudio se llevó a cabo durante los meses de noviembre de 2015 a marzo de 2016 en la ciudad de Cáceres.

Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario elaborado expresamente para este estudio.

El cuestionario está basado en un trabajo realizado por Loza A et al, publicado en el año 2011. Una vez adaptado se complementó con nuevos contenidos en función de los objetivos de este Trabajo de Fin de Grado.

El cuestionario constaba de 12 ítems:

- Sexo.
- Grado universitario que cursa.
- Curso.
- ¿Sabe lo que es un melanoma?
- ¿Qué tipo de factor de protección (FPS) utiliza normalmente cuando va a la piscina/playa/montaña para protegerse del sol?
- En caso de utilizar algún tipo de crema con factor de protección, ¿cuándo se lo aplica? (Aquí puede marcar más de una respuesta).
- ¿Cada cuánto tiempo debe volver a aplicarse la protección solar? (Aquí puede marcar más de una respuesta).
- ¿Cuál cree que es la principal causa que produce un melanoma?
- ¿Se observa sus lunares para conocerlos bien y saber si están cambiando?
- ¿Cuál de los siguientes signos o síntomas en un lunar lo llevarían a pensar que puede tener un melanoma? (Aquí puede marcar más de una respuesta).
- ¿Ha acudido a un médico por observar algún cambio de un lunar suyo?
- ¿Cree que el melanoma se puede curar?

Los centros donde se pasaron las encuestas a los estudiantes fueron la Facultad de Empresa, Finanzas y Turismo, la Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional, el Hospital San Pedro de Alcántara, el Hospital Nuestra Señora de la Montaña, el Centro de salud San Jorge, el Centro de Salud Manuel Encinas, el Centro de Salud Zona Centro y el Centro de Mayores Ciudad Jardín pertenecientes al Complejo Hospitalario del Servicio Extremeño de Salud.

Antes de ser entregada para su cumplimentación se distribuyó a los alumnos de 3º y 4º de ADE y de 3º y 4º de Enfermería (entre los meses de enero y febrero de 2016 respectivamente).

Después de comprobar que el cuestionario no ofrecía ninguna dificultad para sus respuestas, se procedió a entregarlos personalmente a los estudiantes.

Los criterios de inclusión fueron ser alumno de 3º y 4º del Grado en Enfermería o del Grado en Administración y Dirección de Empresas (ADE) en Cáceres.

Se consideró criterio de exclusión ser estudiantes de otros Grados universitarios distintos a Enfermería y ADE y no estar cursando el Grado universitario en la ciudad de Cáceres.

La realización del cuestionario fue voluntaria y anónima y se llevó a cabo durante el tiempo de espera a la finalización por parte de los alumnos de 3º y 4º de ADE de los exámenes finales, siendo las encuestas entregadas y recogidas de manera personal. En cuanto a los alumnos de enfermería, la encuesta se distribuyó antes del comienzo de una clase en periodo lectivo en el caso de los alumnos de 3º de Enfermería, y durante las prácticas universitarias en el de los alumnos de 4º de Enfermería.

El total de cuestionarios entregados fueron 306. Siendo válidos para el estudio la totalidad de ellos (306).

Para la realización de este trabajo se ha hecho una búsqueda bibliográfica exhaustiva en el motor de búsqueda Science Direct y en la base de datos Pubmed con la limitación de 5 años, idioma inglés y español, y Free Full Text. Posteriormente se han seleccionado 31 artículos científicos de los cuales 15 están en español y 16 en inglés. Para seleccionarlos se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Que los artículos ofrecieran información acerca del melanoma, de su prevención, de los signos y síntomas que presentan y de los tipos que hay.
- Que ofreciera información acerca de los factores de riesgo.
- Que analizaran los conocimientos que tiene la población sobre dicho tema.
- Que analizaran los comportamientos que presenta la población a la hora de tomar el Sol.

Los datos estadísticos fueron recogidos de las encuestas y posteriormente fueron analizados a través del programa estadístico SPSS V.21.0. Para el análisis descriptivo se han utilizado las frecuencias. Para el análisis inferencial se ha realizado la prueba de Chi cuadrado, donde se han considerado estadísticamente significativos aquellos resultados donde la p era $\leq 0,05$. Las gráficas de las preguntas de respuesta múltiple se han realizado en la base de datos Excel.

Resultados:

El cuestionario fue realizado por un total de 306 personas de las cuales 109 son hombres y 197 son mujeres.

Siendo 33 hombres estudiantes del Grado en Enfermería y 76 hombres estudiantes del Grado en Administración y Dirección de Empresas (ADE), por otro lado 119 mujeres estudian Enfermería y 78 estudian ADE.

Por grados, 152 personas son estudiantes de Enfermería y 154 son de ADE.

De los cuales 65 personas son de 3º de ADE, 89 son de 4º de ADE, 74 son de 3º de Enfermería y 78 son de 4º de Enfermería.

Haciendo un total de 139 alumnos de 3º y 167 de 4º entre ambos Grados universitarios.

Entre los resultados obtenidos destacamos que tienen más conocimiento del tema las mujeres, estudiantes de 4º curso del Grado en Enfermería. Además las mujeres utilizan crema con un Factor de Protección Solar (FPS) más alto que los hombres, los cuales en muchos de los casos no utilizan ningún tipo de crema con (FPS). En cuanto a la autoexploración, ésta la realizan más las mujeres, estudiantes de Enfermería y de 4º curso.

La mayoría de las personas encuestadas refieren saber lo que es un melanoma siendo por sexos más las mujeres que lo conocen (54,58 %) que los hombres (23,20 %). Aun así un 22,22 % de los encuestados de ambos sexos no conocen lo que es un melanoma. Siendo además, este resultado totalmente significativo (Chi cuadrado 0,000).

Por sexos son más las mujeres que se protegen del Sol con cremas con FPS y además utilizan una protección más elevada que los hombres que refieren no utilizar ningún tipo de FPS y en caso de utilizarla ésta es una protección más baja que la que utilizan las mujeres. Resultado totalmente significativo (Chi cuadrado 0,000).

Por Grados universitarios los estudiantes de Enfermería utilizan una crema con FPS más alto que los estudiantes de ADE que

utilizan cremas con un FPS más bajo o incluso no utilizan ningún tipo de crema con FPS. Resultado totalmente significativo (Chi cuadrado 0,000).

En cuanto al periodo de tiempo en el que se aplican la crema con FPS por sexos la mayoría de ambos lo utilizan cuando van a la piscina, playa o montaña, media hora antes de exponerse al Sol, seguido de cuando se acuerdan una vez ya expuestos al Sol. Son más las mujeres que se aplican la crema con FPS cuando van a salir a la calle, en cualquier estación del año que los hombres, aunque siguen siendo la minoría de las mujeres las que lo hacen.

El nivel de conocimiento con respecto a cuándo tienen que volver a aplicarse la crema con FPS por sexos, la mayoría de las mujeres saben que hay que volver a aplicarla cada 2 o 3 horas, sin embargo pocas son las que saben que hay que hacerlo después de sudar o nadar o después de secarse con la toalla. Los hombres son menos los que creen que hay que aplicarlo cada 2 o 3 horas, después de sudar o nadar y después de secarse con la toalla y son más que las mujeres los que piensan que hay que aplicarla cada 5 horas, siendo esto algo erróneo. Además se observa que la mayoría de ambos sexos creen que solo hay que aplicarlo cada 2 o 3 horas. Por sexos las mujeres se observan sus lunares más que los hombres, representando un 50,33 % las mujeres que se los observan frente a un 17,32 % de los hombres. Siendo este resultado totalmente significativo (Chi cuadrado 0,000).

Por Grados son más los alumnos de Enfermería que se observan sus lunares que los de ADE. Representando un 42,48 % los alumnos de Enfermería que realizan la autoexploración frente a un 25,16 % de los alumnos de ADE que lo hacen. Siendo este resultado totalmente significativo (Chi cuadrado 0,000).

Por sexos son más las mujeres que conocen todos los signos y síntomas del melanoma que los hombres, los cuáles refieren signos y síntomas erróneos, aunque sea en minoría. El síntoma que más conoce ambos sexos es el cambio de color del lunar, y el que menos conocen es el diámetro mayor de 6 mm.

Por Grados son más los alumnos de Enfermería que conocen todos los signos y síntomas del melanoma que los de ADE, los cuales refieren además signos y síntomas erróneos. El síntoma que más conoce ambos grados es el cambio de color del lunar, seguido de la evolución de éste y el que menos conocen es el diámetro mayor de 6 mm.

Por sexos la mayoría refieren no haber acudido a ningún médico, siendo más las mujeres (41,83 %) frente a los hombres (25,49 %). Sorprende que algunos hombres (2,29 %) y mujeres (4,25 %) refieran no haber consultado nunca a ningún médico pese a haber notado algún cambio en un lunar. Además se han dado algunos casos de melanoma entre la población estudiada dándose más casos en las mujeres (0,98 %) que en los hombres (0,33 %).

Por sexos son más las mujeres (42,81 %) que los hombres (16,34 %) las que saben que el melanoma a veces se cura si se detecta precozmente, siendo muchas las personas que han contestado de manera errónea en ambos sexos que refieren no saberlo. Siendo este resultado estadísticamente significativo (Chi cuadrado 0,005).

Discusión:

Se ha realizado una discusión comparando nuestro estudio con los de Loza et al, referente al conocimiento que tenía la población acerca del melanoma publicado en 2011, y Kaminska-Winciorek et al los cuales analizaron en un estudio la actitud que tenía la población frente a la autoexploración, así como la información que tenían con respecto al reconocimiento de los diferentes signos y síntomas por los que se caracteriza el melanoma a simple vista, evaluando además, los comportamientos relacionados con la exposición solar de la población. Obteniendo resultados similares con el estudio de Loza et al en cuanto a la forma de aplicación de la crema con (FPS) e identificando la principal causa de melanoma por parte de la población. Por otra parte, se han encontrado diferencias con respecto a la utilización de crema con (FPS). Siendo también diferentes los resultados obtenidos en la pregunta referente a la consulta con el dermatólogo por parte de la población y en la pregunta que hace referencia al conocimiento de la curación del melanoma.

En cuanto a la comparación con el análisis realizado por Kaminska-Winciorek se observa que nuestros resultados coinciden en la pregunta referente a la autoexploración. También coincide en el signo o síntoma que mejor identifica la población como inicio de melanoma. Por el contrario existen diferencias en cuanto a la utilización de crema con (FPS).

Para la práctica clínica este tipo de estudio ayuda a la realización de campañas de sensibilización y prevención más adecuadas acorde a las diferentes etapas de la vida.

Conflictos de intereses:

La autora declara no tener conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (2) Sánchez Conejo-Mir J. Campañas de prevención del melanoma. *Piel* 2002; 17 (10): 457-465.
- (3) Green AC, Williams GM, Logan V, Strutton GM. Reduced melanoma after regular sunscreen use: randomized trial follow-up. *J Clin Oncol* 2011 Jan 20; 29 (3): 257-263.
- (4) Llamas-Velasco M, García-Díez A. Cambio climático y piel: retos diagnósticos y terapéuticos. *Actas Dermo-Sifiliográficas* 2010 6; 101 (5): 401-410.
- (7) Gaudy-Marqueste C, Monestier S, Grob J-. Melanoma. *EMC - Dermatología* 2015 6; 49 (2): 1-20.
- (8) Fernández-Canedo I, Rivas-Ruiz F, Fúnez-Liébana R, Blázquez-Sánchez N, de Troya-Martín M. Epidemiología del melanoma en una población multicultural mediterránea. *Piel* 2014 0; 29 (7): 401-405.
- (11) Le Clair MZ, Cockburn MG. Tanning bed use and melanoma: Establishing risk and improving prevention interventions. *Preventive Medicine Reports* 2016 6; 3: 139-144.
- (15) Kaminska-Winciorek G, Gajda M, Wydmanski J, Tukiendorf A. What do Web users know about skin self-examination and melanoma symptoms? *Asian Pac J Cancer Prev* 2015; 16 (7): 3051-3056.
- (16) Planta MB. Sunscreen and melanoma: is our prevention message correct? *J Am Board Fam Med* 2011 Nov-Dec; 24 (6): 735-739.
- (17) Gilaberte Y, Carrascosa JM. Realidades y retos de la fotoprotección en la infancia. *Actas Dermo-Sifiliográficas* 2014 4; 105 (3): 253-262.
- (25) Azoury SC, Lange JR. Epidemiology, Risk Factors, Prevention, and Early Detection of Melanoma. *Surg Clin North Am* 2014 10; 94 (5): 945-962.
- (26) López Figueroa F. Implicaciones dermatológicas del cambio climático y de la disminución de la capa de ozono. *Actas Dermo-Sifiliográficas* 2011 6; 102 (5): 311-315.
- (27) Gershenwald JE, Guy GP, Jr. Stemming the rising incidence of melanoma: Calling prevention to action. *J Natl Cancer Inst* 2015 Nov 12; 108 (1): 10.1093/jnci/djv381. Print 2016 Jan.
- (28) Marcos-Gragera R. ¿Está aumentando el cáncer cutáneo en nuestro país? *Piel* 2012 0; 27 (6): 295-299.
- (29) Colantonio S, Bracken MB, Beecker J. The association of indoor tanning and melanoma in adults: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol* 2014 May; 70 (5): 847-57.e1-18.
- (30) Loza A, Simi M, Iribas JL. Conocimiento sobre melanoma y prácticas de protección frente al sol en pacientes del Hospital Cullen de Santa Fe, Argentina. *Revista argentina de dermatología* 2011; 92 (3): 0-0.
- (31) Mitchell JK, Leslie KS. Melanoma death prevention: moving away from the sun. *J Am Acad Dermatol* 2013 Jun; 68 (6): e169-7

Sesión de Comunicaciones Orales Breves I

Session of Oral Brief Presentations I

AUTORES/AUTHORS:

Maria do Carmo Lemos Vieira Gouveia, Eydís Kristin Sveinbjarnardóttir, Maria Adriana Pereira Henriques

TÍTULO/TITLE:

Mental health nurses' intervention in families affected by depression: The practice of primary health care

Depression is a serious psychiatric disease that entails significant impact to individuals and families, namely, poor communication, decrease of intimacy, decrease of family interaction, decrease of affective involvement, increase of conflicts and difficulties on problems solving (DiBenedetti et al, 2012; Souza et al, 2011; Ogburn et al, 2010; Saeki et al, 2002; Keitner et al, 1991). Mental health nurses must attend this family needs, by implementing interventions focused on cognitive, emotional and behavioural changes in family functioning (Wright and Leahey, 2009).

There are no intervention programs conceptually oriented to guide mental health nurses in implementing such interventions (Sveinbjarnardóttir, Svavarsdóttir, and Wright, 2013), so this study emerges as part of a broader project which aims to develop and evaluate an intervention program to promote family expressive functioning in families affected by depression.

AIMS

- Characterize mental health nurses' usual intervention with families with adult members affected by depression.
- Contribute to the development of an intervention program for families affected by depression.

METHODS

It was developed an exploratory, descriptive and cross-sectional study with qualitative approach. Thirteen mental health nurses, in exercise of functions in direct care in primary health care of Madeira Island, have joined to the study voluntarily. Data were collected through focus group technique, with application of a sociodemographic characterization questionnaire and a semi-structured group interview. Data were analysed through content analysis technique using a constant comparative analysis approach after transcription of the video records content.

RESULTS

From the transcription of the video records and nurses' discourse analysis, have emerged four categories: Nursing Interventions, Difficulties of practice, Nursing Outcomes and Perception of family strengths and difficulties.

Considering the complexity of the four categories, in this paper we will focus on the findings of the first category, which are related to all interventions described by mental health nurses when caring for families affected by depression.

In the Nursing Interventions category, were found four different subcategories: Interventions directed to the family systems evaluation, and Interventions directed to changes in the three domains of family functioning: cognitive domain, affective domain and behavioural domain.

The interventions directed to the family systems evaluation include: To know family and its context; Assess family dynamics and functioning; and Identify family needs, family perceptions of the disease, family expectations, family risk and protection factors, family strengths and problems, family literacy level and family supporting network.

The interventions directed to changes in the cognitive domain of family functioning, involve Psychoeducational interventions, Promotion of the acceptance of the disease by family members, Advice on strategies to identify and solve problems and Coordination with community resources

The interventions directed to changes in the affective domain, include the Establishment of therapeutic alliance; Family involvement; The deconstruction of limiting beliefs; Group therapy; Validation and normalization of expressed emotions and Promote hope.

Finally, in the behavioural domain, were signalized the Training of skills in the management of drug therapy, the Support for family/caregiver and the Strengthening and enhancement of family strengths.

DISCUSSION

This study emphasizes the recognition of family members experience in facing the disease and the design of interventions focused on the enhancement and development of family's capabilities. When assisting families affected by depression, nurses focus their attention on the comprehensive evaluation of families. Nurses also involve themselves as facilitators of change, by implementing interventions aimed to changes in the three domains of family functioning and helping families to find new solutions and to relieve their emotional, physical and spiritual suffering related to their member's illness.

IMPLICATIONS FOR PRACTICE

This study clarifies mental health nurses' usual practice in primary health care, when assisting families affected by depression. The results of the overall study will be triangulated with the findings of a families' characterization study, and will contribute to model and develop a specific intervention program for families affected by depression, adapted to the nursing working contexts and to the families' living contexts.

Conflict of interest: None declared.

Funding: Supported by FCT – Foundation for Science and Technology (PhD Grant N° SFRH/BD/113061/2015).

Supported through the first author's involvement in the European Science Foundation Research Networking Programme 'REFLECTION' – 09-RNP-049. The views expressed are those of the authors and not necessarily those of the European Science Foundation.

Ethical approval: This trial was approved by the Madeira Regional Health Service's Ethics Committee (N° 51/2014).

- first and third authors supported by ui&de/ESEL - Unidade de Investigação & desenvolvimento em Enfermagem/Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Research and development Nursing Unit / Lisbon High School of Nursing).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bardin, Laurence (2013). *Análise de Conteúdo*, Lisboa, Edições 70.

Boss, P. G. (2002). *Family stress management: A contextual approach*. (2nd ed) Thousand Oaks. CA: Sage.

Chesla, C. A. (2010). Do family interventions improve health? *Journal of Family Nursing*. 16 pp 355-377.

Craig P. et al, (2008). *Developing and evaluating complex interventions: new guidance*. Medical Research Council. Available at www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance

DiBenedetti, DB. et al (2012). Development of a family functioning scale for major depressive disorder. *Curr Med Res Opin*. Mar 28 (3) pp 303-313.

Marshall, A.; Bell, Janice; Moules, Nancy J. (2010). Beliefs, Suffering, and Healing: a clinical Practice Model for Families Experiencing Mental Illness. *Perspectives in Psychiatric Care*. 46 (3) pp 197-208.

McCubbin, M.A., & McCubbin, H.I. (1989). Families coping with illness: The resiliency model of family stress, adjustment and adaptation. In, C.B. Danielson, B. Hamel-Bissel, & P. Winstead-Fry, *Families, health & illness: Perspectives on coping and intervention*. St. Louis: Mosby.

Price, Sharon J.; Price, Christine A.; McKenry, Patrick C. (2010) *Families Coping With Change: A Conceptual Overview*. In Price, Sharon J. et al. *Families & Change. Coping with Stressful Events and transitions*. (4ª ed.) London. Sage Publications, Inc. pp 1-23.

Schock, Andy M. ; Gavazzi, Stephen M. (2005). *Mental Illness and Families*. In Price, Sharon J.; McKenry, Patrick C, *Families & Change. Coping with Stressful Events and transitions*. (3ª ed.), London. Sage Publications, Inc. pp 179-204.

Sveinbjarnardottir, E. K.; Svavarsdottir, E. K.; Wright, L. M. (2013). What are the benefits of a short therapeutic intervention with acute psychiatric patients and their families? A controlled before and after study. *International Journal of Nursing Studies*. May. 50 (5) pp 593-602.

Sveinbjarnardottir, E. K.; Svavarsdottir, E. K.; Hrafnkelsson, B. (2012). Psychometric development of the Iceland-Expressive Family Functioning Questionnaire. *Journal of family Nursing*. 18 (3) pp 353-377.

Wright, M. L. & Leahey, M. (2013). *Nurses and Families: A guide to family assessment and intervention*. (6ªed.). Philadelphia: Davis Company.

Wright, M. L.; Bell, J.M. (2009). *Beliefs and illness: A model for healing*. Calgary. 4th Floor Press.

AUTORES/AUTHORS:

Madalena Cunha, Analsabel Ribeiro, Suzana André

TÍTULO/TITLE:

Determining factors for mental health in people with rheumatoid arthritis

Rheumatoid arthritis is a chronic, systemic illness of unknown etiology, which mainly affects the joints. It is characterized by chronic inflammation of the synovial, which over time leads to joint destruction and considerable disability. It may involve multiple organs and extra-articular systems, though joint symptoms and manifestations generally dominate the clinical presentation. (Silva, 2005 cit in Goldman (2012).

The presence of mental dysfunction, anxiety and depression symptoms in people with rheumatoid arthritis may also lead to a decrease in compliance with the therapy and potentiate the severity of subjective symptoms, such as pain and physical dysfunction (Matcham, Norton, Scott, Steer, & Hotopf, 2015).

Current evidence documents the impact of rheumatoid arthritis on mental health and of this on the efficient management of the disease, making it pertinent to investigate anxiety, stress and depression as determining factors with additional and concurrent implications on the mental health of people with rheumatoid arthritis.

Objective

To assess the determining factors the mental health (anxiety, depression and stress) and to explain their determining factors in people with rheumatoid arthritis.

Methods

Descriptive study, carried out on a sample of 80 people with rheumatoid arthritis, 82.5% female gender, an average age of 58.16 years old. For data collection we used the Depression Anxiety Stress Scale (Lovibond, 1995, adapted by Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

Results

Moderate and high anxiety was found in 37.5% of the sample and severe depressive symptoms in 35%, which are higher in women (♀40,9%; ♂39,4%). Stress presented high in 42.5% of subjects. Women presented greater incidence of anxiety (Mann-Whitney $U=298.5;p=.036$) and depression ($U=271.5;p=.014$). Despite the fact that the stress level was higher, the differences are not significant ($U=321.0;p=.062$).

When the general status of the disease this is more severe, the levels of anxiety ($r=.446;p=.000$), depression ($r=0.462;p=.000$) and stress ($r=.312;p=.005$) are also perceived as higher. Lastly, the AMOS Model (figure 1) results patent that the only predicting variable is the disease's general status, explaining 20% of the variability of anxiety, 21% of depression and 10% of stress manifested by people with rheumatoid arthritis.

Discussion

This study, even though it was performed with a small sample and it is not representative of the Portuguese population suffering from rheumatoid arthritis, has shown us pertinent results, given that it has revealed that 75% of the participants presented moderate to high anxiety levels, which is in line with the findings of Covic et al (2012), in which the anxiety levels varied between 21% and 70%. As for depression, a prevalence of 72.5% was established. However, in the study by Dirik & Karanci (2010), the values of depression

varied between 6% and 35.7%, values significantly lower than those found in this study. Regarding stress, a prevalence of 57.5% was ascertained.

As regards the influence of demographic variables such as gender and age on anxiety, depression and stress levels of people with rheumatoid arthritis, it was determined that women had higher average values than men. This fact is congruent with the report of there being depression and anxiety in more than 70% of women (Kekow, et al, 2011, cit in Mcbain, Shipley & Newman, 2013).

Regarding age, a directly proportional increase of anxiety, depression and stress was established, a fact which is not in line with the data by Wright, et al., (1998), whose findings show that depression symptoms decrease with age.

The findings of this research corroborate those of other studies by showing that, in these patients, the levels of anxiety, depression and stress are higher, making it extremely important to have an early diagnosis in order to efficiently invest in prevention and to obtain both mental and physical health gains with cost-effectiveness relevance. Intervention must be focused on the person and their empowerment must be the key objective for the health care team.

The work of the healthcare professionals must value their own role as provider of personalized healthcare adjusted to each person, in order to promote the disease's efficient management and to mobilize strategies which promote self-care. Nursing care to these people should include interventions aimed at screening, referral and treatment of these clinical outbreaks. These entities should also be considered when planning educational activities / training of people with rheumatoid arthritis.

Accordingly, and considering the massiveness of the phenomenon, it is relevant to support the existence of a follow-up consultation, based on the collaborative work of a multi-professional team who is able to provide a patient follow-up which guarantees monitoring of the health condition with a preventive screening of mental malfunctioning and reinforces the clinical and psycho-emotional support for people with rheumatoid arthritis, thus favouring positive mental health.

Acknowledgements

FCT, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, CI&DETS and CIEC, University of Minho

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Covic T, Cumming S, Pallant J, Manolios N, Emery P, Conaghan P, Tennant A. (2012). Depression and anxiety in patients with rheumatoid arthritis: prevalence rates based on a comparison of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) and the hospital, Anxiety and Depression Scale (HADS). 2012. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/6>

Dirik G, Karanci A. (2010). Psychological distress in rheumatoid arthritis patients: an evaluation within the conservation of resources theory. *Psychology & Health*; 617-632.

Goldman, C. (2012). Rheumatoid Arthritis. Copyright. Pp 1981-1689. 2012. Disponível em www.clinicalkey.com

Matcham F, Norton S, Scott D, Steer S, Hotopf M. (2015). Symptoms of depression and anxiety predict treatment response and long-term physical health outcomes in rheumatoid arthritis: secondary analysis of a randomized controlled trial. *Rheumatology*; 53-63. doi:10.1093/rheumatology/kev306

McBain H, Shipley M, Newman S. (2013). The impact of appearance concerns on depression and anxiety in rheumatoid arthritis. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=22711333&lang=pt-br&site=ehost-live>

Ribeiro JP, Honrado A, Leal I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2004, 5 (2): 229-239. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v5n2/v5n2a07.pdf>.

Wright GE, Parker JC, Smarr KL, Johnson J C, Hewett JE, Walker SE. (1998). Age, depressive symptoms, and rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*; 41: 298–305. doi: 10.1002/1529-0131(199802)41:2<298::AID-ART14>3.0.CO;2-G.

AUTORES/AUTHORS:

Seher ÜNVER, Zeynep KIZILCIK ÖZKAN, Remziye SEMERCI, Ilker Murat AVCIBASI, Seda ARAL

TÍTULO/TITLE:

RATIONAL ANALGESIC USE STATUS OF NURSING STUDENTS

Objectives: Pain is a subjective phenomenon and a common experience that people often experience (1). Many methods are used to reduce pain and taking an analgesic drug is mostly preferred, because of being accessible easily. On the other hand, rational drug use is important to ensure the efficacy and safety of drug treatment in an economic way (2). This study aimed to determine rational analgesic use of nursing students.

Methods: This study was carried out in a descriptive study design between May 12-27, 2016 on 398 voluntary nursing students at Faculty of Health Sciences. Ethical permission was also taken from Medical Faculty Ethic Commission of Non-invasive Clinical Trials. For data collection, a questionnaire form was created by the researchers consists of socio-demographics and questions to determine the status of analgesic use. Students were informed about this study and after taking their verbal permission; questionnaire form was performed in almost 15 minutes. Frequency statistics and chi-square tests were used for statistical analyses.

Results: The mean age of students was 20.70 ± 1.73 and 88.2% of them were female. It was found that 97.5% of them had pain at least once in the past and 51.3% used analgesic within the last month. A significant difference was found between gender and analgesic use within the last month ($p < 0.001$). Seventy point four percent of the students used an analgesic for headache and 58.2% did not take any analgesic without a prescription. As many as 88.7% of them took analgesics from a pharmacy and 82% read package inserts.

Discussion and Conclusion: Analgesics and antibiotics are most frequently used drugs and they are popular among self-medication (3). According to a study results, the prevalence of self-medication with analgesics was 78% among university students (4). In another study, 51.6% of the students had used a drug during last one month and 45.5% of them for headache (5). Headache was the top indication for medical treatment in many studies (6-8). A higher rate among female students in using drug to treat their pain was recorded in a study (9). Our study results were found similar with the literature. As known drug users can get information on a drug from pharmacist, or from the package insert, in our study it was determined that 82% of the students read package inserts. In a study the rate of reading leaflets for side effects and adverse reactions was only 20.4% among technology students (10). Differently, in a study held on first-year medical students, package insert was read by 71.6% of them. The reason of the high reading package insert rate of this study and our study may be the department of the students. Because they are nursing students in our study and medical students in the other study, they can understand the package insert better than the other students.

In a study 84.98% of males said to have the habit of self-medication and the rate was a little higher to about 89.40% among females (12). In our study analgesic usage rate among female students was found as 54.7% and a significant difference was found between gender and analgesic use within the last month.

According to the results of this study, there is a high rate of analgesic usage without a prescription, a high rate of analgesic usage within female students and as good results high rate of taking analgesic from pharmacy and reading the package inserts. It is recommended to inform students about rational analgesic use, importance of using analgesic with a doctor's prescription to improve their awareness about rational drug use.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Nadler DO, Scott F (2004) Nonpharmacologic management of pain. *JAOA*, 104(11): S6-12.
2. Oguz E, Alasehirli B, Demiryürek AT (2015) Evaluation of the attitudes of the nurses related to rational drug use in Gaziantep University Sahinbey Research and Practice Hospital in Turkey. *Nurse Education Today*, 35(2): 395-401.
3. Hughes CM, McElroy JC, Fleming GF (2001) Benefits and risks of self-medication. *Drug Saf*, 24:1027-1037.
4. Amin S, Abid F, Javeed A et al (2014) A Cross Sectional Study On Self-Medication With Analgesics Among Pharmacy Students Of Lahore, Pakistan. *Science International*, 26(3): 1181-1185.
5. İptes S, Khorshid L (2004) Üniversite öğrencilerinin ilaç kullanım durumlarının incelenmesi. *Ege Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Dergisi*, 20(1): 97-106.
6. Gutema BG, Gadisa AD, Kidanemariam AZ et al (2011) Self-Medication Practices among Health Sciences Students: The Case of Mekelle University. *JAPS*, 10:183-189.
7. Souza LAF, Da Silva CD, Ferraz GC, Sousa FAE, Pereira LV (2011) The prevalence and characterization of selfmedication for obtaining pain relief among undergraduate nursing students. *Rev.Latino-AM. Enfermagem*, 19:245-251.
8. James H, Handu SH, Al Khaja KAJ, Ootom S, Sequeira RP (2006) Evaluation of the knowledge, attitude and practice of self-medication among first-year medical students. *Med Princ Pract* 2006; 15:270-275.
9. Bassols A, Bosch F, Banos JE (2002) How does the general population treat their pain? A survey in Catalonia, Spain. *J Pain Syptom Manage*, 23:318-328.
10. Li T, Murtaza G, Azhar S et al (2014) Assessment of the determinant of choice of 'over the counter' analgesics among students of a university in Abbottabad, Pakistan. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research*, 13(10): 1713-1717.
11. Philip PT, Senan A, Reji S, Kumar TA (2015) Assessment of Self Medication Practices Among Undergraduate Medical And Paramedical Students: A Case Of Rural Medical Schools Of Tamil Nadu, India. *India*, 4(10): 1587-604.

AUTORES/AUTHORS:

Saide Faydali

TÍTULO/TITLE:

FIRST AID AND HEALTH EDUCATION IN SCHOOLS; TEACHERS' OPINIONS

Objective: The wrong applications related to first aid and the process of sustaining healthy life is seen that in the media every day. It is important to raise the public awareness on these issues. It must be carried out in educational activities as formal, with the right methods and the right age in schools. The study was conducted to determine the opinions of teachers related to first aid and health education in schools, considering growth characteristics of children's growth.

Methods: The universe of this study that planned as a descriptive was formed by 62 teachers who participated in the "First Aid and Health Education Course". After being informed about the study, five teachers have refused to participate in the study, the study has been completed with voluntary 57 teachers. A 19-item questionnaire, developed by researchers in accordance with the relevant literature, was used to determine the socio-demographic characteristics, the opinions related to first aid and health education among children. In the evaluation of the data, number and percentiles, means, standard deviation were used. Our research has complied with the Declaration of Helsinki (2013) on ethical principles for medical research. Participants' informed consent was obtained orally and in written.

Results: In this study, the mean age of participants in the 22-62 age group was $X=36.8\pm 9.3$, professional experiences range from 6 months to 33 years. 49.1% of the teachers have been trained in first aid, only 21.1% of them are certified training. It was 14.0% of preschool teachers, 15.8% of nullam, 70.2% of branch teachers and they have been working as a trainer 14% of them preschool education, 19.3% of them elementary school, 19.3% of them primary school, 47.4% of them in high school. Teachers are of the opinion that should start training for children on topics that hygiene (68.4%), environmental pollution (63.3%), nutrition (57.9%), healthy water (50.9%), traffic information (40.4%), such as health protection and promotion behaviors in pre-school; protected against accidents and trauma (35.1%) and measures related to disasters and emergencies (33.3%) in the 4th years of elementary school; the structure of the human body and its functions (22.8%) and growth characteristics (21.1%) in the first year of primary school; sexual health (29.8%) in the 3rd years of primary school; the first aid after the 4th years of primary school. 29.8% of teachers think for themselves that enough skills to make this education and this training should be given by the teachers skilled in the field of health. In addition, the proposal of the teachers were also taken about the training materials, methods and techniques.

Discussion: The teachers who have been trained in the field of health are employed in the training of health technicians in Turkey. First aid and health education topics are interspersed into the curriculum. Health education can be offered as an efficient and high quality with together education (pedagogy, educational psychology, andragogy, anthropology) and health disciplines. Our results were compared with similar and different aspects of the existing curriculum.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Çelik S. (2014). zihinsel engelli bireylerde kaza/yaralanmaların önlenmesinde hemşirenin rolü (nursing role on prevention of injury/accident to people with mental disability). *Journal of Contemporary Medicine* 4:91-97.

Lee L, Watt L. (1996). Two years of school injuries in a Scottish education sub-division *Public Health* 110:229-235.

Lingard H. (2002). The effect of first aid training on Australian construction workers' occupational health and safety motivation and risk control behavior. *Journal of Safety Research*. 33:209-230.

Montazeri A. (2004). Road-traffic-related mortality in Iran: a descriptive study, *Public Health* 118:110-113.

doi:10.1016/S0033-3506(03)00173-2

AUTORES/AUTHORS:

TITIH HURIAH, SETIA BUDI, SRI SUNDARI, WIWIK KUSUMAWATI

TÍTULO/TITLE:

The Differences of Critical Thinking Skills Level and Problem Solving In The Students Performing Problem Based Learning

OBJECTIVE

The main purpose of this research is to determine the differences of the critical thinking skills level and problem solving in the students performing problem based learning model at Bachelor Of Nursing Program, Faculty Of Medical And Health Sciences, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

METHOD

This research is quantitative research using comparative study approach. Respondents were 517 people, that chosen through total sampling along with inclusion and exclusion criteria. Measurement of the critical thinking skills, was developed by researchers from CCTDI (The California Critical Thinking Dispositoin Inventory). Measurement of problem solving skills was developed from PSI (Problem solving inventory) by Heppner and Petersen (1982). Data analysis used multivariate analysis of variance and Post Hoc Tukey.

RESULTS

The characteristics of students' critical thinking and problem solving skills are categorized into high and low level. The characteristics of students' critical thinking and problem solving skills shows that most of the students in the 1st and 3rd semester were considered low criteria. Otherwise, most of the 5th and 7th semester students possessed higher level of critical thinking and problem solving skills. The results of statistical test analysis Multivariate Analysis of Variance shows that there were significant differences in the average on the critical thinking and problem solving skills of students each semester exposed with problem-based learning model, in orderly the p value = 0.000 and p value = 0.000 (p value <= 0.05). The results of analysis post hoc tukey shown that problem-based learning model conducted in 7th semester students generated significant effect in improving critical thinking and problem solving skill of the student.

DISCUSSION

The students' critical thinking and problem solving skills who exposed with longer problem-based learning model was higher than the students of other semester. The adaptability in finding a solution, student experience and the level of knowledge are a factors influencing the problem solving (Jumadi, 2015). According to Nursalam (2012), the learning process of students is unique, special and individual in nature. Each adult individual has their own strategies to study and find solutions of problems encountered in the learning process. Each adult individual can learn effectively only if they can see the benefits to fulfill their personal needs.

Problem-based learning model allows students to frequently use this method to become more active to think, brave to express an opinion, and actively seek new information that is required in learning. Clouston et al., (2010: 11), stated that, the problem-based learning model is a type of learning which constructively improve the skill to think critically and creatively where the goal is to build one's problem solving skill and capable of taking informed decisions in unfamiliar situations. Referring to Binkley et al., (2010:1), the critical thinking and problem solving are skills needed in dealing with various issues in the 21st century.

Problem-based learning model is reflected through their tutorial discussions activity. According to Wood (2003), there are several stages of the process, well known as 'seven jumps', which are to identify and clarify terms both of previous knowledge and life experience, to formulate problems where students may be thinking about a different view of these problems, to brainstorm problem which has been formulated and analyzed, to review the steps II and III, to prepare the explanations and draw temporary conclusions,

to set the learning objective, to study independently by collecting information related to the learning objectives that have been set, and to re-evaluate and test the new information.

There are eight factors that affect the successful implementation of problem-based learning to improve students' skill. These factors include, degree of intelligence, how big the integration of problem-based learning model in the curriculum, the structure of the case which is in line with the curriculum, the structure of the case which is in accordance with the learning objective to be achieved, the breadth and depth of learning, the quality of tutors in understanding the process in facilitating the students, monitoring the student's behavior, monitoring the dynamics of the group and taking appropriate action, as well as the ability of tutors to provide feedback that aim to improve student performance, as well as the technique of assessment used (Chan, 2009; Cinarl, 2010; Gulinda, 2012).

Through sustainable and continuous implementation, according to Nursalam (2012), problem-based learning model can facilitate students in developing attitudes and general skills desired in the future. This model also enhances student's deep understanding, such as student's interaction with the learning materials, linking concepts with everyday activities, enhancing student's understanding, increasing critical thinking and improving problem solving skill (Klegeries and Hurren, 2011; Tiwari et al, 2006; Günüsen et al.,2014; Yuan et al, 2008).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Binkley, M., Erstad, O., Herman, J., Raizen, S., Ripley, M., & Rumble, M. (2010). Defining 21st century skills. www.atc21s.org

Chan, L. C. (2009). Factors affecting the quality of problem-based learning in a hybrid medical curriculum. *The Kaohsiung journal of medical sciences*, 25(5), 254-257.

Çinarl, N., Sözerill, C., SahinIII, S., CevahirIV, R., & SayV, M. (2010). Problem solving skills of the nursing and midwifery students and influential factors. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(4), 601-606.

Clouston, T., Wescott, L., Whitcombe, S., Rile, J., & Matheson, R. (2010). *Problem-based learning in health and social care*. Edition 1 : Blackwell Publishing Ltd.

Gulinda, B. (2012). Hubungan antara kecerdasan emosi dengan hasil belajar matematika pada materi pecahan siswa kelas IV SD Negeri Donan 5 Kecamatan Cilacap Tengah Kabupaten Cilacap. Doctoral dissertation. Universitas Negeri Yogyakarta.

Günüsen, N. P., Serçekus, P., & Edeer, A. D. (2014). A Comparison of Problem-Based and Traditional Education on Nursing Students' Locus of Control and Problem-Solving Skills. *International journal of nursing knowledge*.

Heppner, P. P., & Petersen, C. H. (1982). The development and implications of a personal problem-solving inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 29(1), 66.

Jumadi, D. J. (2015). Pengaruh Penerapan Model Pembelajaran Kooperatif Tipe Investigasi Kelompok Dengan Strategi Inkuiri Terhadap Pemecahan Masalah Matematika Siswa MTS Negeri Pangean. Doctoral dissertation. Universitas Islam Negeri Sultan Syarif Kasim Riau.

Klegeris, A., & Hurren, H. (2011). Impact of Problem-Based Learning in a Large Classroom Setting: Student Perception and Problem-Solving Skills. *Advances in Physiology Education*, 35(4), 408-415.

Nursalam & Efendi, (2012). Pendidikan dalam Keperawatan. Jakarta: PT Salemba Medika.

Paul, R., & Elder, L. (2006). The miniature guide to critical thinking: Concepts & tools. Foundation Critical Thinking.

Tiwari, A., Lai, P., So, M., & Yuen, K. (2006). A comparison of the effects of problem-based learning and lecturing on the development of students' critical thinking. *Medical education*, 40(6), 547-554.

Wood, D. F. (2003). Problem based learning. *Bmj*, 326 (7384), 328-330.

Yuan, H., Kunaviktikul, W., Klunklin, A., & Williams, B. A. (2008). Improvement of nursing students' critical thinking skills through problem-based learning in the People's Republic of China: A quasi-experimental study. *Nursing & health sciences*, 10(1), 70-76.

AUTORES/AUTHORS:

Madalena Cunha, Francisco Javier Barragan, Luís Saboga-Nunes, Suzana André, Daniel Silva, Ernestina Silva, Estudantes 22°CLE/28°CLE

TÍTULO/TITLE:

Glycaemia and Nutritional Status

1 - Objective

The aim is to characterize the relationship of dietary habits/nutrition with nutritional status.

2 - Methods

The sample consisted of 508 participants, (52.2% male), with an average age of 44.48 years (\pm 21.11) and who accepted the anthropometric measurement. Data collection was conducted in a free and informed way, and the participants gave their formal consent.

This survey has obtained a favorable opinion from the Ethics Committee of the Escola Superior de Saúde de Viseu.

Anthropometric Measurement: The weight and height measurements were performed using a scale SECA GmbH & co.Kg (Model 798 7021999). To the height measurement it was used an embedded stadiometer, with a capacity up to 200 cm and a precision of 0.1 cm. The data were recorded with the participant's back correctly aligned in a vertical plane, according to the Guideline No. 017/2013 of 05/12/2013 of Directorate-General of Health of Portugal (DGS, 2013). The height values were recorded in centimeters to the nearest millimeter (0.1 cm). Before doing any measurement, the participants were asked to remove their shoes or other accessories that could influence these measurements and procedures according to the DGS (2013).

Blood Pressure Readings: Evaluation and interpretation of the blood pressure readings were performed according to the recommendations of the DGS (2004), the person was sat using calibrated equipment: an appropriate clamp, with the inflatable bladder occupying at least half of his arm. Welch Allyn electronic device was used (model 420), and the readings' numbers for systolic blood pressure were 60 to 250 mmHg and diastolic 30-160 mmHg.

Perimeter Abdominal Measurement: According to the recommendations of the DGS (2013), for the measurement of waist circumference it was used an extensible and graduated tape using a millimeters scale and it was measured at the midpoint between the lower rib margin and the iliac crest.

Neck Circumference Perimeter Measurement: For the measurement it was used extensible and graduated tape using a millimeters scale and it was measured by placing the tape on the lower circumference of the neck, just above the laryngeal prominence, as described by Vitolo (2008).

3 - Results

The calculation of BMI revealed that 45.28% of the participants were in a pre-obese state with values between 25.0 and 29.9kg / m² and 37.4% of the participants had a BMI of eutrophic weight (18.5 and 24.9 kg / m²).

The analysis values of the abdominal circumference, indicates that 199 persons (39.2%), 161 men and 38 women, had no significant risk of cardiovascular diseases, but 37.6% had greatly increased risk of developing these diseases, once 148 women have a waist

circumference up to 88 cm and 43 men up to 102 cm.

On the perimeter of the neck circumference 41.1% of the participants had increased risk of overweight, and 135 men had a value equal to or up to 37cm and 74 women equal or up to 34 cm.

The evaluation of blood glucose revealed that 7.9% had a value of blood glucose equal or up to 200 mg / dl.

Nutritional Status (BMI, waist circumference and neck circumference) Vs Capillary Blood Sugar

From the results of Pearson Correlation Matrix it may be stated that there are positive correlations between BMI ($r = .365$, $p = .000$), waist circumference ($r = .408$, $p = .000$), the perimeter of the neck circumference ($r = .147$, $p = .000$) and the capillary glycaemia. The highest percentage of variance is between 16.6% according to the waist circumference rates.

Multiple linear regression revealed as predictor variables the BMI and the waist circumference results ($p = .003$ and $p = .000$ respectively). It was also found that there is a positive correlation between the variables ($r = .426$) and 30.5% of the explained variance, which reveals the variability of variables compared to capillary glycaemia. The independent variable with the highest predictive value was waist circumference with a beta value = .305.

4 - Discussion

Overweight and obesity are related to changes in blood glucose (Smolarek et al., 2015). In this study it was found that there are positive correlations between BMI, waist circumference and neck circumference with capillary glycaemia. The independent variable with the highest predictive value was waist circumference.

The results concur with the study carried out by Armed, Daneman, Mahumad and Hamilton (2010) which suggest that excess weight can lead to other harmful factors to the health. Hasselmann, et al., (2008) observed that women with normal BMI (eutrophic) with waist circumference > 88cm have twice the prevalence of hypertension according to their age when compared to women with values below this value. For this reason, it is very important to identify the nutritional status and the care procedures that are needed to reduce them and, consequently, reduce the risk factors of overweight and obesity.

These results allow us to conclude that there is a positive relationship between nutritional status and glycaemia, thus these anthropometric indicators (BMI, waist circumference and neck circumference) revealed positive correlations with capillary glycaemia. It is suggested that future studies verify if the combination of anthropometric indicators can explain the variations in capillary glycaemia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Armed, S, Daneman, D., Mahumad, F. H. & Hamilton, J. (2010). Type 2 diabetes in children and adolescents. *Expert Rev Cardiovasc Ther*, v.8, 3, 393-406.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2004). Diagnóstico, Tratamento e Controlo da Hipertensão Arterial. (Circular Normativa N°: 2/DGCG). Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde (2013). Avaliação Antropométrica no Adulto. Acedido em:
file:///C:/Documents%20and%20Settings/Mena/Os%20meus%20documentos/Downloads/i019598.pdf

Hasselmann, A.H., Faerstein, E., Werneck, G.L., Chor, D. & Lopes, C.S. (2008). Associação entre circunferência abdominal e hipertensão arterial em mulheres: Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(5), 1187-1191. Acedido em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000500029

Smolarek, A.C. de, Bernardi, B.R.B., Bueno, J.C.A., Mascarenhas, L.P.G. & Júnior, T.P.S. de (2015). Associação do perfil glicêmico com estado nutricional e pressão arterial sistêmica de adolescentes. *Arq. Ciênc. Saúde.*; 22(4), 31-35. Acedido em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/69/pdf_77.

Vitolo, M. R. (2008). *Nutrição: da gestação ao envelhecimento*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso.

AUTORES/AUTHORS:

Derya ADIBELLI, Rüveyda YÜKSEL

TÍTULO/TITLE:

Threat In Terms of Community Mental Health: How Do Men Define The Domestic Violence Against Women?

Objectives: Violence is a community mental health problem and the trouble of human rights. The rates of violence against women are very high in the World and Turkey. Violence against women, is apparent in the face of male domination and leads to discrimination against women, preventing the advancement of women, unequal power relations between men and women through the ages have lasted. After the violence, as well as physical problems in the body of the victim, can occur social and emotional problems, mental health can deteriorate and be able to lead a isolated life from society. In recent years, the prevention of violence against women, is widespread opinion stressed that including in particular the men's movement, focusing on the men's roles and responsibility and men are a part of the solution of the problem in ending violence against women. For this reason, first set out how they define violence against women, men, attitude and need to work on initiatives and interventions to change behavior in line with this definition.

Methods: This study was conducted to determine how men define domestic violence against women. This descriptive study was conducted with 160 men who worked in Söktas Textile Factory between December 2015 and January 2016. A-priori analysis which was done before the study and Post-hoc analysis which was done after the study to determine the power of the study sample, the sample has been provided "3% effect size, the 95% confidence interval, 87% power". In the collection of data, data collection form which was prepared by the researchers according to the literature, percentage, frequency and chi-square test was used in data analysis.

Findings: 91.9% of men stated that if they were preferred the chances they would not want to be opposite sex and 36.9% of men do not want girls' sex. 18.8% of men exposed to violence from family during their life, 24.4% witnessed domestic violence. 94.4% of men accept the domestic violence against women as disturbing and a major public health problem. The nearly half of men (43.1%, 40.0%) approaches negative to substances such as "Women must be under man's control, Woman must come home before her husband", almost all (78.1%) approach to positive for "I believe in gender equality". The majority of men reported that in terms of violence against women, when the woman disobeys man can beat her for solving the problem (7.5%), in some cases there is not drawback for slapping women (13.1%), violence is normal during the discussion (14.4%), screaming to women is a normal situation in some cases (29.4%) and a forgivable case that alcoholic men beats his wife (4.4%). The men stated that in terms of education and working life, men need to see more education than women (24.4%), is not true the work in every kind of business (48.1%), the woman is not required to gain money (19.4%), if man does not want to work of his wife, the women must not work (41.9%) and it is not true that women earning more money than her husband (15.0%). For sexual exploitation, there is a reason for harassment of a woman's open style of clothing (35.6%), harassment of a woman on the outside at late hours is normal (31.3%) and subjected to a sexual assault woman is blame for this assault (13.8%). At the same time, 30% of men who experience violence in the family throughout his life stated that violence may be a solution ($p=.019$), more than half of the men who witnessed domestic violence throughout the life stated that women who experience violence is not need to share with others in this case ($p=.000$).

Discussion: In this study, there was no significant relationship between the expression for domestic violence and socio-demographic variables. Although there is low frequency, has been found behavior of violence against women of men, women's education and working life, have negative opinions related to sexual harassment of women. Exposure and witness to domestic violence throughout his life trigger the violence and remain confidential of violence.

Key Words: Community mental health, men, women, domestic violence.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. BM (Birlesmis Milletler). Dördüncü Dünya Kadın Konferansı, Birlesmis Milletler 4-15 Eylül 1995 Tarihli Pekin Deklerasyonu ve Eylem Platformu, 1995.
2. Akin, A., Paksoy-Erbaydar, N., Gündogan, S., Uysal, N., Mihçioğur, S., Bayrakçeken, G. Ve Türkçelik, E. "Kadına Yönelik Sıddete Hayır, Ankara İli Kadına Yönelik Sıddetle Mücadele Eylem Planı 2011-2015", 2011;http://www2.bayar.edu.tr/cbukam/docs/AnkaraKY_Eylem_Planı.pdf., 10.11.2015.
3. Altınay, A. G. ve Arat, Y. Türkiye'de Kadına Yönelik Sıddet, 2007; İstanbul: Punto Baskı Çözümleri.
4. Yıldırım, F., Öztas D., Hablemitođlu, S. Bir sađlık sorunu olarak aile içi sıddetin önlenmesinde "Ekolojik Yaklasım", Nisantasi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2013;1(1): 77-87.

AUTORES/AUTHORS:

Sanghee Kim, Youngsoon Byun

TÍTULO/TITLE:

Symptom clusters, performance status, and quality of life in patients with brain cancer

Background: Symptom clusters must be identified in patients with high-grade brain cancers for effective symptom management during cancer-related therapy.

Objectives: To identify symptom clusters in patients with high-grade brain cancers, and to determine the relationship of each cluster with the performance status and quality of life (QOL) during concurrent chemoradiotherapy (CCRT).

Methods: Symptoms were assessed using the Memorial Symptom Assessment Scale, and the performance status was evaluated using the Karnofsky Performance Scale. QOL was assessed using the Functional Assessment of Cancer Therapy-General. This prospective longitudinal survey was conducted before CCRT and at 2-3 weeks and 4-6 weeks after the initiation of CCRT.

Results: A total of 51 patients with newly diagnosed primary malignant brain cancer were included. Six symptom clusters were identified, and two symptom clusters were present at each time point (i.e., "negative emotion" and "neurocognitive" clusters before CCRT, "negative emotion and decreased vitality" and "gastrointestinal and decreased sensory" clusters at 2-3 weeks, and "body image and decreased vitality" and "gastrointestinal" clusters at 4-6 weeks). The symptom clusters at each time point demonstrated a significant relationship with the performance status or QOL.

Conclusions: Differences were observed in symptom clusters in patients with high grade brain cancers during CCRT. In addition, the symptom clusters were correlated with the performance status and QOL of patients, and these effects could change during CCRT.

Implications for Practice: The results of this study will provide suggestions for interventions to treat or prevent symptom clusters in patients with high-grade brain cancer during CCRT.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Boele FW, Klein M., Reijneveld JC, Verdonck-de Leeuw IM, Heimans JJ. Symptom management and quality of life in glioma patients. *CNS Oncology*. 2014;3(1): 37 – 47.
2. Fan G, Filipczak F, Chow E. Symptom clusters in cancer patients: a review of the literature. *Current Oncology*. 2007;14(5): 173 – 179.
3. Chow E, Fan G, Hadi S, Wong J, Kirou-Mauro A, Filipczak L. Symptom clusters in cancer patients with brain metastases. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2008;20(1): 76 – 82.
4. Boele FW, Rooney AG, Grant R, Klein M. Psychiatric symptoms in glioma patients: from diagnosis to management. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015; 11:1413-1420.
5. Fox S, Lyon D, Farace E. Symptom clusters in patients with high-grade glioma. *Journal of Nursing Scholarship*. 2007;39(1): 61–67.
6. Taphoorn MJ, Bottomley A. Health-related quality of life and symptom research in glioblastoma multiforme patients. *Expert Review*

of Pharmacoeconomics & Outcomes Research. 2005;5(6): 763 – 774.

7. Gleason JF Jr, Case D, Rapp SR, Ip E, Naughton M, Butler JM Jr, et al. Symptom clusters in patients with newly-diagnosed brain tumors. *Journal of Supportive Oncology*. 2007;5(9): 427 – 433.

8. Barsevick AM, Whitmer K, Nail LM, Beck SL, Dudley WN. Symptom cluster research: Conceptual, design, measurement, and analysis issues. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2006;31(1): 85 – 95.

AUTORES/AUTHORS:

Seher Ünver, Zeynep Kizilcik Özkan, Duygu Soydas Yesilyurt, Ümmü Yıldız Findik

TÍTULO/TITLE:

WHAT NURSING STUDENTS THINK ABOUT TAKING A PART IN THE CARE OF A PATIENT WITH COLOSTOMY?

Objectives: Stoma surgery is a procedure in which part of an affected bowel is removed and a passage is constructed through the abdominal wall. This surgery is an intrusive operation with great impact on daily life and patient coping capabilities. The patient has to cope with a severe operation, loss of an important body function, a distortion of body image, and a change in physical functioning and personal care (1). Teaching and caring patients with stoma is a complex process and take an important place in nursing practice. In order to be able to provide the care and education of patient, nurses must have the opportunity to be taught during basic education and training (2,3). The aim of this study was to investigate the nursing students' thought about taking a part in the care of a patient with colostomy.

Methods: This study was carried out in a descriptive study design after the 3 hours of lecture about colorectal surgery in surgical nursing lesson during their second year education and stoma care on April 13, 2015 on 64 voluntary nursing students at Faculty of Health Sciences. For data collection, a form was created by the researchers consists of socio-demographics and questions to investigate their opinion about taking a part in the colostomy care. Students were informed about this study and their verbal permission was taken. Data collection forms were performed in almost 15 minutes at the end of the lecture. Frequency statistics were used for data analyzing.

Results: The mean age of all nursing students was 19.96 ± 1.45 and 92.2% of them female. None of them had taken any education about stoma care before and 6.3% (n:4) of them took a part in the bag changing during their clinical practice. Although 73.4% of them stated that they would want to take care of patient with colostomy because they will be a nurse, seventy of them didn't want to take a part of stoma caring. Only four students said that they would never be affected from the stoma caring procedure and the other sixty students stated that this procedure would affect them negatively. Reasons included the gas and odor (n:42), fecal drainage (n:23), physiologically (n:7), risk of infection and transmission on hand (n:8), fear of harming the stoma or patient (n:5). Seventy-three point five percent of the students defined this care as difficult and 57.8% of them found themselves not enough for care giving. Forty-nine of them (76.6%) stated that they could not take care of a patient with colostomy even they took the lecture. The parts that they feel inadequate during care giving included coping with complications (n:40), bag changing and peristomal skin cleaning (n:21), giving physiological support (n:6), answering questions about sexual topics (n:5) and stoma irrigation procedure (n:2).

Discussion and Conclusion: As known, empathy is important for the therapeutic relationship between patients and nurses (4), in a study, simulation experience was used and students wore an ostomy bag overnight with containing simulated fecal material. With this experience, students could look through the lifestyle of an ostomy patient (5). In another study, students wore an ostomy appliance for 48 hours and they expressed their feeling with these sentences: "People with ostomies would shy away from social interactions", "I was angry ... but then I realized that I could take it off. How would a real patient deal with it?", "It would be embarrassing and uncomfortable to explain to someone and I was worried about being exposed" (6). These findings were similar with our students' replies who meet the real patient with stoma.

Although students take the theoretical education of stoma care during their lecture, they need to take also the practical skills. To make the nursing students ready with all caring stages of stoma and have a good understanding of how to take part in caring, it is recommended to integrate training model using and more practicing during their clinical training.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Bekkers MJTM, van Knippenberg FCE, van den Borne HW, et al. (1995) Psychosocial adaptation to stoma surgery: a review. *Journal of Behavioral Medicine*, 18:1-31.
2. Metcalf C (1999) Stoma care: empowering patients through teaching practical skills. *British Journal of Nursing*, 8(9): 593-600.
3. Close Ann (1988) Patients education: a literature review-ann close. *Journal of Advanced Nursing*, 13(2): 203-213.
4. Stover C (2010) Use of a confluent education strategy to develop empathy in nursing students. *Journal of Nursing Education*, 49(12): 719-720.
5. Reed KS (2012) Bags and Blogs: Creating an Ostomy Experience for Nursing Students. *Rehabil Nurs*, 37(2): 62-65.
6. Diaz DA, Maruca AT, Kuhnly JE, Jeffries P, Grabon N (2015) Creating Caring and Empathic Nurses: A Simulated Ostomate. *Clinical Simulation in Nursing*, 11(12): 513-518.

AUTORES/AUTHORS:

ZEYNEP KIZILCIK ÖZKAN, SEHER ÜNVER, ILKER MURAT AVCIBASI, REMZIYE SEMERCI, ÜMMÜ YILDIZ FINDIK

TÍTULO/TITLE:

Evaluating Nursing Students' Perceptions Towards Nursing Profession

Objective: Image is part of the profession and concerned with profession's attitude and view of society and other disciplines (1). Nursing image is consisted of the combination individuals' attitudes and views on the nursing profession (2) The aim of descriptive study was to evaluate nursing students perceptions towards nursing image.

Method: This study was carried out with during March 2016, 360 voluntary students in all classes of Faculty of Health Sciences at Trakya University, Turkey. "Student Identification Form" and "Scale for the Image of Nursing Profession" were used for data collection. Dost et al. (2015) developed this scale (3) The data were evaluated by frequency, percentage Mann Whitney U and Kruskal Wallis with SPSS 20.0 package program.

Results: Mean age of nursing students was 20.63 ± 1.58 . Eighty seven point five percent of the nurses were woman. The total score of "Scale for the Image of Nursing Profession" 142.20 ± 10.48 was founded. Subscale total scores of the scale were found for "professional qualifications" as 45.40 ± 4.73 , for "working conditions" as 31.09 ± 3.64 , for "gender" as 27.73 ± 4.39 , for "education" as 19.14 ± 2.86 , for "professional status" as 13.36 ± 5.40 and for "external appearance" as 11.46 ± 3.97 is determined. It wasn't found differences between the total score of the "Scale for the Image of Nursing Profession" according to gender and graduate from Vocational High School ($p > 0.05$). It was found differences between the total score of the scale according to have a relative who works as a nurse ($p < 0.05$).

Discussion: The perception towards the nursing image of students was found as "moderate". Çelik et al (2013) found that nursing profession's image was medium level-positive. Özdelikara et al (2015) it was reported that nursing students and non-nursing student in first class had good level of nursing image (4,5). The score of some subscales such as "professional qualifications", "professional status", "external appearance" in have a relative who works as a nurse was significant higher than in haven't relative who works as a nurse. We can say that this situation positively affects the individual perception of the professional image In order to improve nursing students' perceptions towards nursing image, insights of students the students about nursing should be determined and nurses also should build professional image in all interactions. On the other hand, changing media images nursing may play key role to promote the image of nursing as a profession. Professional responsibilities and experiences transferred to the community turned into a scenario with the participation nursing students.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Erdal G, Gücüyener I, Erdal K (2013). Eğitim kurumlarında kurumsal kimlik, kurumsal imaj ve eğitime katkisi. Electronic Journal of Vocational Colleges 54-61
2. Morris- Thompson T, Shepherd J, Plata R, Marks-Maran D (2011) Diversity, fulfilment and privilege: the image of nursing. Journal of Nursing Management 19:683-92.
3. Dost A, Bahçecik A (2015) Hemsirelik meslegine yönelik imaj ölçeği geliştirilmesi. JAREN 1(2):51-59.
4. Çelik A, Pasinlioglu T, Kocabeyoglu T, Çetin S (2013) Hemsirelik mesleginin toplumdaki imajinin belirlenmesi. F.N Hem Derg 21(3):147-153.
5. Özdelikara A, Boga N, Çayan N (2015) Hemsirelik öğrencilerine ve sağlık alanı dışındaki öğrencilere göre hemsirelik iaji. DÜ Sağlık Bil Enst Derg 5(2):1-5.

AUTORES/AUTHORS:

Georgios Efstathiou, Christos Andreou, Andreas Charitou, the RN4cast-cy team, Evridiki Papastavrou

TÍTULO/TITLE:

Adaptation and validation of the Revised Practice Environment Scale of the Nursing Work Index : the Cypriot version

Objective: Economic constraints and current changes in the Cypriot health care system require a more complex and analytical approach in order to become successful. A major part of a health care system is the nursing personnel; an analysis of the current status of their working practice environment is deemed necessary for any changes and strategies to be implemented and become successful. Although there is a Greek version - since the Greek language is used in Cyprus - of the Revised Practice Environment Scale of the Nursing Work Index – (PES-NWI-R), there are several cultural differences between Greece and Cyprus concerning the use of the Greek language but also in nursing terminology. Therefore there was a need to adapt and validate it in the Greek language, as used in Cyprus, in order to be used in a larger research study, namely a replication study of the RN4cast in Cyprus Methods: Research team made several changes to the original Greek version by changing several words that seemed inappropriate for use in the Cypriot population of nurses. Every effort was made to maintain the original meaning of the tool. A panel of experts (nurses) evaluated the new version and compared it with the original Greek and English versions of the PES-NWI-R for clarity and comparability. The Content Validity Index was used to evaluate its content validity. It was further tested by examining its internal consistency (Cronbach's alpha) as well as its construct validity based on an exploratory factor analysis (varimax rotation) following a distribution to a convenience sample of 507 clinical nurses. Results: Content Validity Index was quite satisfactory (CVI=0.97). Cronbach's alpha was 0.94 whereas the exploratory factor analysis yielded a five-factor solution, with the sub-scales' Cronbach's alpha ranging from 0.532-0.912 Discussion: The results are in line with previous validation studies in different countries and confirm the usefulness of the PES-NWI-R in analyzing the nursing practice environment. The Cypriot version of the PES-NWI-R is comparable to the original Greek and English versions and is a valid and reliable tool. Future studies may use it as a means of obtaining necessary information in order to improve nursing services. Implication for practice: In a constantly changing and demanding clinical environment, as health care systems are, it is necessary to be able to identify and forecast needs and develop strategies that will lead to better use of nursing personnel. The Cypriot version of the PES-NWI-R is a useful tool in assessing the practice environment of nurses, especially in the current period of reforms of the Cyprus health care system.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Sermeus, W., Aiken, L. H., Van den Heede, K., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., ... & Zikos, D. (2011). Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nursing*, 10(1), 6.

Aiken, H.L., Sloane, M.D., Bruyneel, L., VandenHeede K., Sermeus, W. (2013) Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 143–153.

AUTORES/AUTHORS:

Ilker Murat Avcibasi, Ilknur Dindar, Seher Ünver, Zeynep Kizilcik Özkan, Remziye Semerci

TÍTULO/TITLE:

VIOLENCE TOWARDS HEALTH CARE STAFF AND STEPS AGAINST THE VIOLENCE IN HEALTH CARE: UNIVERSITY HOSPITAL SAMPLE

OBJECTIVES

Violence takes the fourth place in range of death causes between the age of 15 – 44. Throughout the world, each year, more than 1.3 million people die of violence and tens of thousands of others expose to violence every day [1]. It is known that exposure to violence causes individual or social injury, psychological disorder and economic losses [2, 3].

Nowadays, it is seen that violence at work is rapidly rising worldwide. Compared to the other professions, the rise of violence cases at health care is more explicit [4]. Health care staff holds a risk of being exposed to violence 16 times more than the other occupational groups and they consist of the biggest population mass in the ones who are exposed to violence [5]. Local studies carried out in Turkey show that every 1 of 5 health care employees is exposed to physical violence and every 1 of 3 workers is exposed to verbal violence. It is also indicated that every employee in the emergency services come under attack [5, 6]. The Ministry of Health issued a circular letter in 2012 as a precaution against violent incidents and in terms of ensuring the safety of the staff, new measures are being taken [7].

METHODS

The aim of this study is to examine the violence cases of patients and patient relatives directed to the staff who are working in Trakya University Research and Application Centre in the past and present (N=1311).

The study is a descriptive cross-sectional research study. The target population of the study consisted of 1311 health care personnel (doctor, nurse, midwife, medical secretary, laborant, radiology technician, etc.) who have been working at Trakya University Health Research and Application Centre for more than 1 year and who are in touch with patients and patients' relatives.

Data collection form includes a total of 10 questions, 5 of which investigate individual characteristics and 5 of which examine the cases of exposure to violence. Questions have been prepared by the researchers through literature search.

With the required institutional permit and the protocol numbered 2016/96 of TUFM (Trakya University Faculty of Medicine) - Trakya University Scientific Researches and Ethical Council, data collection process was started in April 2016 and ended up in June 2016.

FINDINGS

Within 383 subjects of health care staff, 73.9% of them were women (n=283), 36.8% were Nurse/Midwife (n=141) and 56.7% were married. The youngest of the subjects was 20 and the oldest was 64 years old and age average was 33.02 ± 8.09 . Considering the distribution of working units, the leading service was the wards with 56% and the second was policlinics with 17.8%.

The rate of the staff exposed to violence in no sooner than one year was 41.3% and the rate of those with exposure in one year was 33.7%. The rate of the ones working as health staff and have never been exposed to violence in their career was 48.3%. The decrease in the rate of exposure to the violence was meaningful (pearson chi-square $p = .00$).

While 65.4% of the violence incidents take place in daytime shifts, 54.3% of them occur in wards. When we consider the reactions of 198 health care staff who are the violence victims, the first reaction is seen as "verbal warning" with a rate of 65.6%. While 1.6% of the health staff show "physical reactions", 6.8% of them claimed that they showed no reaction.

When the health care staff, who are exposed to violence, are asked about their feelings, 28.8% of them claimed that they "got angry", 26.1% were "feeling bad or cried" and 12.5% of them "thought of quitting the job".

DISCUSSION

In the study, 41.3% of the health care workers indicated that they have been exposed to violence. Günaydin and Kutlu (2012) carried out a similar study on doctors and nurses and remarked that 64.1% of the workers were exposed to violence. In the study of Gülalp and Ark (2009) and Canbaz and Ark (2008) on health care personnel in emergency services, it was determined that the rate of exposure to violence was 100% and 75.9% respectively. In our study, this rate is relatively low compared to the other studies. Considering that the rate of workers exposed to violence in the last 1 year is 33.7%, it could be said that the cases of violence on health care personnel in T.U. Health Research and Application Centre occur less [6, 8].

It is determined that half of the health staff were exposed to violence and among these workers, 1 out of 4 of them were feeling bad, 1 out of 7 of them alienated to their own profession and 1 out of 10 of them were thinking of quitting their job. It is believed that the countrywide campaign of "stop violence in healthcare" has been effective for the decrease of violence incidents to the healthcare staff in recent years. Yet, since every 1 out of 3 healthcare staff is exposed to violence, it is recommended that the campaign should be widened, the content of it should be extended and new measures should be taken.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. World Health Organization, Global status report on violence prevention 2014. 2014.
2. Evren, H., B. Tokuç, and G. Ekuklu, Trakya Üniversitesi öğrencilerinde siddet davranislari ve algılanan saglik iliskisi. *Balkan Med J*, 2011. 28: p. 380-384.
3. Keser Özcan, N. and H. Bilgin, Türkiye'de saglik çalısanlarına yönelik siddet: Sistematik derleme. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 2011. 31(6): p. 1442-1456.
4. Kaya, S., et al., Violence Against Doctors and Nurses in Hospitals in Turkey. *Journal of forensic nursing*, 2016. 12(1): p. 26-34.
5. Ilhan, M.N., et al., Toplum gözüyle saglik çalısanlarına siddet: nedenler, tutumlar, davranislar. *Gazi Medical Journal*, 2013. 24(1).
6. Gülalp, B., et al., Dangers faced by emergency staff: experience in urban centers in southern Turkey. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*, 2009. 15(3): p. 239-242.
7. Çalışan Güvenliği Genelgesi, T.C. Sağlık Bakanlığı, Editor. 2012: Ankara.
8. Canbaz, S., et al., Violence towards workers in hospital emergency services and in emergency medical care units in Samsun: an epidemiological study. *Ulusal travma ve acil cerrahi dergisi= Turkish journal of trauma & emergency surgery: TJTES*, 2008. 14(3): p. 239-244.

AUTORES/AUTHORS:

Manar Aslan, Ayse Yildiz

TÍTULO/TITLE:

CODEPENDENCY IN NURSES

Introduction

Codependency defines acts done for a person acting dysfunctionally. This sort of dependency generally occurs when there is an important relationship (lover, parent, offspring, or such). Codependency was first thought to be related to substance dependency, but was later understood to be related to any dysfunctionality (abuse of old people or spouses, mothers trying to feed their morbidly obese children etc.) [1].

Some people get confused when codependency is mentioned, and it is mistaken for psychosis, borderline personality, or obsessive compulsive disorder. Some don't know any alcoholics in their family and can't think of a codependent relationship. However, codependent people are people who affect another's behavior and try to control the actions of this other obsessively. Of course, when there is an alcoholic in the family codependency can occur, but this is not strictly necessary. Actually, many codependents are loyal, self-sacrificing, attached to their job, focused on finishing their jobs, obsessive, but determined. They want to help and once they learn how to help someone they constantly do it [2].

Codependency consists of five dimensions. The main dimension is centering on other focus/self-neglect and is defined as manipulating events and people and advising them in order to show compulsive controlling behavior. The other four dimensions are family of origin issues, low self-worth, hiding self and medical problems. Family of origin issues are defined as a person feeling unhappy because of being raised in a family where problems and alcohol/substance abusers are present, people are on edge, love isn't openly given, and thoughts and feelings are not openly discussed. Low self-worth consists of thoughts of self-criticism, self-hate, shame, self-blame, and self-contempt. Hiding self is controlling negative emotions through suppression and showing them as positive. The person thus creates a false identity. Medical problems are defined as a sense of illness when compared to friends and family, being occupied by real or imaginary health problems, being concerned with such things and the resistance of the body decreasing as a result [3].

Methods

4 public hospitals were included in the study. The universe of the study consisted of 800 nurses working at those hospitals. The sample of the study consists of 377 nurses who agreed to answer the questionnaires. This descriptive study was performed in order to determine how generational differences in nurses working at hospitals affect codependency.

An 8 item information form created by the researcher was used for socio demographic characteristics and the Codependency Scale, which was tested for validity and reliability in Turkish by Ancel and Kabakci [4] was used to measure codependency. The Codependency scale consists of 25 items and 5 sub dimensions (low self-worth, family of origin issues, hiding self, medical problems, and other focus/self-neglect).

Results

In the study performed on nurses to see how the situation was with regard to codependency in the light of past studies, all of the participating nurses were members of the X (30.2%) and Y (69.8%) generations, with an average age of 32. Among the participants, 77.5% were female, 71.9% were married, 49.3% had bachelor's degrees or above, 69.8% worked for 6 years or more, 67.4% worked night shifts, 86.7% worked in clinics, and 38.2% were the 3rd children in their families.

When the total scores from the scale were examined, it was seen that the lowest score was 30 and the highest was 125, with an average of 52.08 ± 11.3 . Since it was understood that data didn't show normal distribution, chi squared statistics were performed and

scale total and sub dimension scores were compared to socio demographic characteristics to reach these conclusions: The Y generation was found to be other focus/self-neglect less on others (X2 :11.465 p=0.001). In females, self- worth was higher (X2: 10.955 p=0.001), hiding self was lower (X2: 6.238 p=0.013), family of origin issues were less (X2: 7.021 p=0.008), and total scale scores were less (X2: 6.126 p=0.013). In married participants, hiding self (X2: 5.156 p=0.023) and total scale scores (X2: 5.387 p=0.020) were less. Medical problems were lower in high school graduates (X2: 10.287 p=0.006), other focus/self-neglected was lower in those who worked for 0-5 years (X2: 10.561 p=0.001) and those who worked in clinics (X2: 3.879 p=0.049), with less family of origin issues in those who worked in clinics (X2: 3.986 p=0.046).

Discussion

When the results of the study were examined, it was seen that the codependency scores were low in nurses, and that those who worked in clinics, those with an experience of 0-5 years and members of the Y generation were less other focus/self-neglect, which is compliant with the characteristics of the generation. Codependency was found to be less in female and married participants, while medical problems were seen less in high school graduates and family related problems were seen less in those who worked in clinics. In contrast to studies performed in the USA [5-6], our sample had little codependency. This is thought to arise from the characteristics of nurses from the next generation.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- McGrath, Michael G. And Oakley, Barbara Ann, Codependency and Pathological Altruism (2011). PATHOLOGICAL ALTRUISM, B. Oakley, A. Knafo, G. Madhavan& D. S. Wilson, eds., New York: Oxford University Press, 2011. Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1969627>
- 2-Beattie M. (2009) The new codependency: help and guidance for today's generation. Simon&Schuster, 1230 ave. NY.
- 3- Hughes-Hammer, C.,Martsolf, D.S., &Zeller, R.A. (1998). Development and testing of the codependency assessment tool. Archives of Psychiatric Nursing, 12(5), 264- 272.
- 4- Ançel G. (2012) Karsilikli Bagimlilik Kavrami: Hemsirelikle Iliskisi ve Karsilikli Bagimlilik Belirleme Araçlari. Hemsirelikte Arastirma ve Gelistirme Dergisi, 1, 70-78.
- 5-Martsolf D.S., Hughes-Hammer C., Estok P., Zeller R.A. (1999) Codependency in Male and Female Helping Professionals, Archives of Psychiatric Nursing, 13(2), 97-103.
- 6-Martsolf D.S., Sedlak C.A., Doheny M.O. (2000) Codependency and related health variables. Archives of Psychiatric Nursing, 14(3), 150-158.

Mesa de Comunicaciones 11: Docencia

Concurrent Session 11: Health Education

AUTORES/AUTHORS:

Carolina Rascón-Hernán, David Ballester-Ferrando, Concepció Fuentes-Pumarola, Judit Fullana-Noell, Carme Malagón-Aguilera, Sandra Gelabert-Vilella, Cristina Bosch-Farre, Rosa Prat-Sala, Dalmau Vila-Vidal

TÍTULO/TITLE:

El Aprendizaje Autodirigido en el Grado de Enfermería

Las directrices del (EEES) ponen un énfasis especial en el reconocimiento de titulaciones en Europa, planteando como eje básico la adquisición de competencias de los estudiantes universitarios (1). El EEES considera al estudiante el centro del proceso enseñanza-aprendizaje guiado por el docente, de tal manera éste debe ser más responsable y participativo de su formación y adquisición de las competencias profesionales del título al que opta (2). Para conseguirlo es necesario potenciar metodologías docentes participativas, y desarrollar el Aprendizaje Autodirigido (AA) que consolida competencias útiles para la vida profesional (3). Autores como Cerda y Osses (4) recogen la definición de Aprendizaje Autodirigido como "aquel aprendizaje en el cual el diseño, conducción y evaluación de un esfuerzo de aprendizaje es decidido y llevado a cabo por el aprendiz". Fisher et al. (4), para poder diagnosticar las necesidades de aprendizaje en las estudiantes de Enfermería con el fin de proporcionar estrategias de enseñanza que mejoren su adaptación, desarrolló un instrumento para medir la disposición para el AA. Este instrumento engloba atributos, habilidades o aspectos motivacionales propios del aprendizaje autónomo con los que podemos evaluar esta disposición. Estudios sobre el tema reflejan que estudiantes formados mediante el AA tienen mayor oportunidad de consolidar las habilidades previas a la realización de las evaluaciones (5), Spormann et al. (6) observaron que el compromiso académico y el buen manejo del tiempo están asociados con el AA de los estudiantes de medicina. Debido a los constantes avances en las Ciencias de la Salud, los profesionales deben desarrollar habilidades que les permitan ser estudiantes de por vida y el AA es considerado la herramienta más adecuada en este colectivo para mantenerse al día y conocer la literatura actual (7) y en la misma línea Gonzalez (3) apunta que mediante las metodologías docentes y el desarrollo del AA se consolidan competencias útiles para la vida profesional.

Objetivo: Conocer y analizar la disposición de los estudiantes al Aprendizaje Autodirigido en los estudios de Grado de Enfermera de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Girona según sus características sociodemográficas.

Método: Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en 2015, dirigido a la población de estudiantes de Enfermería de la Universidad de Girona a partir de un cuestionario ad-hoc para recoger las variables sociodemográficas y académicas, y la Escala de Fisher, King y Tague validada por Fasce et al. (8) para medir la AA (Alpha de Combrach=0.89; test-retest: de $r=0.68$). Se considera que existe una buena disposición para el AA cuando la puntuación es ≥ 150 . Se mantiene la confidencialidad de datos cumpliendo la Ley 15/1999, del 13 de diciembre de Protección de datos personales. Se realizó un análisis descriptivo con tendencia central y de dispersión (media y DE). Se utilizó la prueba t de Student para el análisis bivalente de las variables categóricas, mediante el programa SPSS v.23.

Resultados: Participaron 403 estudiantes del Grado de Enfermería, de los cuales el 15,6% fueron hombres y el 84,4% mujeres. La tasa de respuesta fue del 64,3%. La media fue de 22,6 años con un rango de los 18 a los 63 años. El acceso a la universidad fue de un 67,74% por Prueba de Acceso a la Universidad (PAU), un 24,81% por vía de Ciclos Formativos de Grado Superior (CFGs), un 2% vía por mayores de 25 años igual que por vías especiales, un 0,5% para mayores de 45 años y un 2% por otras vías. La disposición al AA de estos estudiantes es de una media de 145,08 (DE: 14,13) puntos. Se obtuvieron diferencias significativas en relación al sexo ($p < 0.004$). La media en las mujeres resultó de 146,18 puntos y en los hombres de 139,40. No se obtuvo significación estadística en la relación del AA con el acceso a la universidad y el curso.

Discusión:

El AA según Cerda et al.(9) debe ser abordado en el contexto educativo para favorecer la disposición al aprendizaje. La disposición de los estudiantes de Enfermería de la Universidad de Girona no alcanza la puntuación recomendada por Fisher et al (4) a diferencia de otros estudios (10,11)

Parra et al. (12), analizó el AA en estudiantes universitarios según el género y reveló un porcentaje más alto de AA en mujeres que hombres y con un rango de edad similar al presente estudio. También constató como la disposición al aprendizaje incrementa con el avance del plan curricular de los estudiantes, pero no queda demostrado en el presente estudio.

No se deben obviar las limitaciones del estudio transversal, no se pueden establecer la relación causa y efecto y debe tenerse en

cuenta el sesgo de deseabilidad social al utilizar como instrumento un cuestionario de auto-cumplimentación.

Se evidencia la necesidad de mejorar la disposición a la AA en los futuros profesionales de la salud donde es imprescindible la formación continuada en la carrera profesional.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Maciá Soler L, Moncho Vasallo J. Enfermería y Espacio Europeo de Educación Superior. Análisis de la situación actual. *Enfermería Global* [Internet]. 2003 [consultado 1 junio 2016]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/666>
2. Skaalvik MW, Normann HK, Henriksen N. Clinical learning environment and supervision: experiences of Norwegian nursing students - a questionnaire survey. *J Clin Nurs*. 2011 20(15-16):2294–304.
3. Gonzalez C. TESIS DOCTORAL Aplicación del “ Aprendizaje Basado en Problemas ” en los estudios de Grado en Enfermería. Universidad de Valladolid; 2012.
4. Fisher M, King J, Tague G. Development of a self-directed learning readiness scale for nursing education. *Nurse Educ Today* . 2001 21(7):516–25.
5. Smyth M, Perkins GD. Self-directed learning: does it affect team performance? *Resuscitation* [Internet]. 2011 [consultado 29 julio d 2015]; 82(3):241–2. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21316558>
6. Spormann C, Perez C, Fasce E, Ortega J, Bastian N, Bustamante C. Predictores afectivos y académicos del aprendizaje autodirigido en estudiantes de medicina. *Rev Med Chile*. 2015;1(143):374–82.
7. Murad MH, Varkey P. Self-directed learning in health professions education. *Annals of the Academy of Medicine Singapore* [Internet]. 2008 [consultado 07 septiembre 2016] p. 580–90. Disponible en: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-49449085279&partnerID=tZ0tx3y1>
8. Fasce E, Pérez C, Orti L, Parra P, Matus P. Estructura factorial y confiabilidad de la escala de aprendizaje autodirigido de Fisher, King & Tague en alumnos de medicina chilenos. *REv Med Chile*. 2011;139(4):1428–34.
9. Cerda C, Osses S. Análisis Psicométrico de la Escala de Aprendizaje de Autodirigido Basada en la Teoría de Aprendizaje Autodirigido de Garrison Psychometric Analysis of a Self-Directed Learning Scale Based on Garrison Self-Directed Learning Theory Resumen. 2015;1:46–56.
10. Ünsal-Avdal E. The effect of self-directed learning abilities of student nurses on success in Turkey. *Nurse Educ Today*. 2013 33(8):838–41.
11. Reviriego E, Cidoncha M, Asua J, Gagnon M, Lorenzo E De, Garate L, et al. Adaptación y evaluación de un programa de formación on-line en lectura crítica dirigido a profesionales. *Servicio Ce. Vitoria_Gasteiz*; 2013.
12. Parra J, Cerda C, López-vargas O. Género, autodirección del aprendizaje y desempeño académico en estudiantes de pedagogía. *EducEduc*. 2014;17(1):91–107.

AUTORES/AUTHORS:

Eva Pérez Juan, Mònica Maqueda Palau

TÍTULO/TITLE:

Factores estresantes de los estudiantes de enfermería durante las prácticas en la unidad de cuidados intensivos

Introducción: En 1950 Selye describió por primera vez el estrés como “una reacción del organismo frente a las demandas del entorno”¹. Actualmente, el estrés está considerado como el resultado de la incapacidad del individuo de hacer frente a las demandas del ambiente, a diferencia de la ansiedad que sería la reacción emocional ante una amenaza manifestada a nivel cognitivo, fisiológico, motor y emocional¹.

La bibliografía describe ampliamente las fuentes de estrés relacionadas con la profesión enfermera, algunas relacionadas con el rol y otras con la organización del trabajo². El estrés también está presente en la percepción de los estudiantes³. En los estudios universitarios de enfermería las prácticas clínicas constituyen un instrumento indispensable en su formación. Pero suponen un estrés añadido para los alumnos por la cantidad de situaciones potencialmente estresoras que se generan en el medio sanitario, como el contacto con la enfermedad, el dolor, la invalidez y la muerte. Por tanto, el estrés percibido por los estudiantes de enfermería es mayor que en otras titulaciones⁴. Además, la unidad de cuidados intensivos (UCI) es uno de los servicios del hospital con mayor índice de estrés, debido a la gravedad del paciente crítico y su imprevista evolución. El objetivo de este estudio es identificar las situaciones percibidas como más estresantes por los alumnos de enfermería que realizan las prácticas en la UCI.

Metodología: Estudio cuantitativo, observacional, longitudinal y prospectivo. Realizado entre los meses de octubre del 2015 a junio del 2016 en la UCI del Hospital Universitario Son Espases de Palma de Mallorca. La población a estudio estuvo formada por los alumnos de tercer y cuarto curso de grado de la Escuela de Enfermería que realizaban sus prácticas en UCI durante 2 meses. Se estudiaron variables sociodemográficas: edad y género, y para evaluar los factores estresantes se utilizó el cuestionario KEZKAK 4 creado por Zupiria y validado doblemente por López-Medina⁵ y Zupiria². Este instrumento tiene una elevada consistencia interna (a de Cronbach de 0,95) y una buena fiabilidad (0,72 a los dos meses y 0,68 a los seis meses)². Está compuesto por 41 ítems, que reflejan situaciones potencialmente estresantes a las que pueden enfrentarse los estudiantes durante sus prácticas clínicas. Para cada ítem se establecen cuatro posibles respuestas, en una escala tipo Likert que va de 0 a 3 (0: no preocupa nada; 1: preocupa algo; 2: preocupa bastante; 3: preocupa mucho). Estos ítems se agrupan posteriormente en 9 factores o subescalas que indican diferentes fuentes de estrés: falta de competencia, contacto con el sufrimiento, relación con los compañeros, impotencia e incertidumbre, no controlar la relación con los enfermos, implicación emocional, dañarse en la relación con el enfermo, el enfermo busca una relación íntima y situaciones de saturación. Para saber qué factores se perciben como más estresantes, se ha dividido la puntuación obtenida por el número de ítems de cada factor o subescala. El cuestionario se cumplimentó 2 semanas antes de finalizar el periodo de prácticas. La participación de los alumnos fue voluntaria. Para asegurar el anonimato de los participantes únicamente se registraron las variables sociodemográficas y el curso.

El análisis estadístico descriptivo se realizó con el programa SPSS 20.0, mediante el cálculo de porcentajes, medias, mediana, desviación típica y prueba U de Mann-Whitney. Se consideró significación estadística con valores de la $p < 0,05$.

Resultados: La muestra estuvo formada por 49 alumnos. El índice de respuesta fue del 98%. Solo un alumno no cumplimentó la encuesta. El 49% cursaban tercer curso y el 51% cuarto. Un 84% eran mujeres y un 16% hombres. No se ha relacionado la variable género con los resultados obtenidos ya que la muestra está formada mayoritariamente por mujeres, y los resultados no serían representativos respecto al género masculino. El rango de edad fue de 20 a 39 años, con una media global de 22,2, y una moda de 21 años.

La puntuación en cada factor fue de 0 a 3 como en las opciones de respuesta de cada ítem. Se consideraron factores o situaciones estresantes aquellos con puntuación media $\geq 1,5$, bastante estresantes ≥ 2 y muy estresantes $= 3$.

La puntuación media de estrés obtenida ha sido 1,48, la media de los alumnos de tercero fue de 1,48 y la de cuarto 1,50. De los 41 ítems evaluados, 19 se consideraron bastante estresantes, ya que obtuvieron una puntuación media superior a la establecida. Las principales situaciones causantes de estrés entre todos los alumnos y que obtuvieron puntuaciones medias ≥ 2 fueron: hacer mal mi trabajo y perjudicar al paciente, hacer daño físico al paciente, confundirse de medicación, meter la pata y pincharse con una aguja infectada. Recibir órdenes contradictorias obtuvo una puntuación 2,08 en los alumnos de tercero y 1,92 en los de cuarto. No encontrar al médico cuando la situación lo requiere 2,08 en los de tercero, frente a 1,65 en cuarto.

Situaciones como hablar del sufrimiento con el paciente (3º curso=1,34 vs 4º curso=1,57), estar con la familia en el proceso de muerte (3º curso=1,13 vs 4º curso=1,57, $p=0,01$), ocultar una mala noticia (3º curso=1,43 vs 4º curso=1,80), realizar procedimientos que producen dolor (3º curso=1,43 vs 4º curso=1,64, $p=0,04$) y recibir una denuncia (3º curso=1,30 vs 4º curso= 1,65) se perciben como más estresantes por los alumnos de cuarto curso. En cambio, encontrarse en una situación sin saber que hacer (3º curso=1,65 vs 4º curso=2,19, $p=0,03$) contagiarse con el paciente (3º curso=1,56 vs 4º curso=1,34), ver empeorar a un paciente que estaba mejorando (3º curso=1,60 vs 4º curso=1,30) y la sobrecarga de trabajo (3º curso=2,5 vs 4º curso=1,42, $p=0,04$) son situaciones de estrés en alumnos de tercero pero no de cuarto, siendo algunos de estos ítems estadísticamente significativos.

Si analizamos los resultados por factores ninguno de ellos alcanzó la puntuación media de 2, los más estresantes fueron la falta de competencia con 1,93, la impotencia e incertidumbre con 1,8 y no controlar la relación con el paciente 1,58. Los factores menos estresantes en ambos cursos fueron los relacionados con la implicación emocional y la relación con los compañeros de trabajo con puntuaciones $<1,5$. No se encontraron diferencias significativas entre las subescalas.

Discusión

Existe una gran variabilidad entre la bibliografía consultada del ámbito de aplicación del cuestionario KEZKAK. Algunos estudios comparan los factores o situaciones generadoras de estrés entre cursos a lo largo de la diplomatura y/o grado. Otros durante todo el periodo de prácticas. Algunos miden el estrés percibido en unidades específicas, como la unidad de hospitalización a domicilio⁶. Blanco compara el estrés percibido por los alumnos en unidades de hospitalización y UC17. Nuestro estudio se ha realizado en una UCI. En cuanto a la metodología algunos autores han utilizado el cuestionario KEZKAK modificado⁶ que consta de 12 ítems frente a los 41 del estándar.

Es sorprendente que nuestros alumnos perciban menor estrés durante el periodo de prácticas que el resto de la bibliografía, la media global está por debajo del valor de corte 1,48, siendo bastante inferior a los resultados de López Medina⁵ con una media de 1,72 y García Rodríguez⁸ de 1,64. Si comparamos el número de situaciones estresantes de nuestros alumnos, en 19 ítems las puntuaciones fueron $\geq 1,5$, mientras que la bibliografía consultada describen 239, 265, 337 y 39 ítems estresores. Siendo las edades de los participantes muy similares en los diferentes estudios.

La participación ha sido muy alta, con una sola pérdida, puede ser debido al hecho de que el cuestionario fuera en formato papel, que la entrega y recogida de cuestionarios fue realizada por las investigadoras y la gran motivación de los alumnos al sentirse valorados y tener en cuenta su opinión.

Las prácticas hospitalarias de enfermería forman parte del proceso de formación y aprendizaje de futuros profesionales, integran conceptos teórico-prácticos y adquirieren destreza. Coincidiendo con otros estudios, los ítems relacionados con "falta de competencia", "la impotencia e incertidumbre" y "no controlar la relación con el paciente" son los factores que causan mayor estrés^{2,3,8,9}. A diferencia de otros autores, en nuestro estudio, el contacto con el sufrimiento ha supuesto un factor poco estresante para los alumnos de tercero. Curiosamente presentan más estrés los alumnos de cuarto en situaciones como tener que hablar de sufrimiento, estar con la familia cuando el paciente se está muriendo o realizar procedimientos que producen dolor, situaciones que se presentan a diario en nuestras unidades. Algunos alumnos de cuarto aún no habían pasado por servicios como cuidados paliativos, oncología, unidad del dolor... Quizás la falta de bagaje y prácticas en dichos entornos, en los que están presentes el sufrimiento y la muerte, no les han permitido adquirir habilidades para afrontar dichas circunstancias. Son inherentes a la profesión de enfermería las situaciones de contacto con el sufrimiento, se evidencia la necesidad de recursos para afrontarlas. Sería

interesante iniciar dicha formación desde el primer año de carrera, para disminuir el nivel de estrés en los futuros profesionales. No hemos encontrado estudios en los que exista dicha diferencia entre alumnos de tercer y cuarto cursos, la bibliografía refleja similar nivel de estrés en la muestra estudiada. Zupiria² afirma que las fuentes de estrés disminuyen a lo largo de la diplomatura. A los alumnos de tercero les produce moderado estrés el empeoramiento del paciente, el contagio a través del paciente y la sobrecarga de trabajo, a diferencia de los alumnos de cuarto^{2,3,8,10}. Coincidimos en que el nivel de estrés en estos aspectos va decreciendo en función del grado formativo. Los alumnos de cuarto, al estar al final de su formación toman conciencia de su próxima entrada en el mercado laboral y de la responsabilidad que conlleva. Puede que al tener más conocimientos y horas de prácticas, sean más resolutivos en la práctica diaria, y por ello perciban menos estrés.

En nuestra comunidad la implantación del grado de Enfermería es relativamente reciente, del año 2013. La mayoría de bibliografía consultada, ha comparado los tres cursos de diplomatura. Rodríguez¹³ analiza a los estudiantes de Grado, y curiosamente, la media de puntuación obtenida es similar a la nuestra. Hay que tener en cuenta que los alumnos de Grado de enfermería cuentan con un año más de formación y de experiencia, podría ser el motivo por el cual disminuye la percepción de estrés entre nuestros alumnos. Una limitación del estudio podría ser el momento en el que se cumplimentaron los cuestionarios, los alumnos ya estaban familiarizados con el entorno, quizás por ello hayan percibido menor estrés. En próximos estudios sería interesante que se realizaran las encuestas antes de iniciar las prácticas en la unidad de cuidados intensivos.

Como conclusiones decir que los alumnos de prácticas en UCI perciben como principales fuentes de estrés la falta de competencia, la impotencia e incertidumbre y no controlar la relación con el paciente. Sería interesante introducir en los planes de estudios intervenciones educativas que ayudaran a disminuir el estrés, favorecer el aprendizaje y adquirir habilidades para afrontar dichas situaciones.

Implicación para la práctica clínica: detectar los factores estresantes de los alumnos durante su aprendizaje, puede ser una herramienta eficaz para gestionar y disminuir fuentes de estrés. Es imprescindible trabajar conjuntamente desde las universidades y centros de prácticas para potenciar la formación de futuros profesionales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Moya Nicolás M, Larrosa Sánchez S, López Marín C, López Rodríguez I, Morales Ruiz L, Simón Gómez A. Percepción del estrés en los estudiantes de Enfermería ante sus prácticas clínicas. *Enermería Global*. 2013;31:232-43.
2. Zupiria-Gorostidia X, Uranga-Iturrioz MJ, Alberdi-Ericea MJ, Barandiaran-Lasaa T, Huitzi-Egileora X, Sanz-Cascanteb X. Equipo de investigación Trikuak Ikerketa Taldea. Fuentes de estrés en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería. Evolución a lo largo de la diplomatura. *Enferm Clin*. 2006;16(5):231-7.
3. Cobo Cuenca AI, Carbonell Gómez de Zamora R, Rodríguez Aguilera C, Vivo Ortega I, Castellanos Rainero RM, Sánchez Donaire A. Estresores y ansiedad de los estudiantes de enfermería en sus primeras prácticas clínicas. *NURE Inv*. 2010; 7(49):1-13 Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/NURE49_proyecto_estresoresp.pdf
4. Zupiria Gorostidi X, Uranga Iturriotz M.J, Alberdi Erize MJ, Barandiaran Lasa M. KEZKAK: cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Gac Sanit* 2003;17(1):37-51.
5. López-Medina I, Sánchez-Criado V. Percepción del estrés en estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Enferm Clín*. 2005;15:307-13.
6. Giménez Tébar JL. Estrés en estudiantes de enfermería durante sus prácticas clínicas en unidad de hospitalización a domicilio. XIII Jornadas de Redes de Investigación en Docencia Universitaria [Recurso electrónico. Alicante: Universidad de Alicante, 2015. ISBN 978-84-606-8636-1, pp. 2742-51.
7. Blanco Daza M. Influencia del tipo de unidad de rotación en el estrés de los alumnos de enfermería. *Evidentia* 2013 abr-jun; 10(42). Disponible en: <http://www.index-f.com.proxy1.athensams.net/evidentia/n42/ev4201.php> Consultado el 1/1/2016.

8. García Rodríguez JJ, Labajos Manzanares MT, Fernández Luque F. Características personales de los estudiantes de enfermería que les hacen vulnerables al estrés. *Revista Enfermería Docente* 2014; enero- diciembre (102): 20-26.
9. López González JM, Orbañanos Peiro L, Cibanal Juan ML. Identificación de estresores en las prácticas clínicas y evolución de los mismos en una promoción de alumnos de enfermería. *Sanid. mil.* 2013; 69 (1): 13-21.
10. Rodríguez Santamaría Y, Alatorre Esquivel MA, Sosa Briones MR, Botello Moreno Y, Reyes Enríquez A, Guajardo Balderas V. Factores generadores de estrés en estudiantes de enfermería durante la práctica clínica. *Desarrollo Científico Enferm.* 2011;19(7):237-41.

AUTORES/AUTHORS:

INÉS BALAGUER PALLARÉS, VÍCTOR M. GONZÁLEZ CHORDÁ, TERESA BALAGUER PALLARÉS, AGUEDA CERVERA GASCH, DESIRÉE MENA TUDELA, PABLO SALAS MEDINA

TÍTULO/TITLE:

Validación de un cuestionario para medir las actitudes de los estudiantes de enfermería ante la seguridad del paciente.

Objetivo: Adaptar y validar la versión argentina del cuestionario Attitudes to Patient Safety Questionnaire (APQS-III) para estudiantes de enfermería. **Material y Métodos:** Estudio observacional, transversal para adaptar de la versión argentina del cuestionario Attitudes to Patient Safety Questionnaire (APQS-III) para estudiantes de enfermería y determinar sus propiedades psicométricas. En primer lugar, se adaptó la versión argentina del cuestionario mediante un grupo nominal formado por 5 expertos. En segundo lugar, el cuestionario se administró con un muestreo por conveniencia a 184 estudiantes de enfermería del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I (Castellón). Se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación varimax. Se estudió la consistencia interna mediante Alpha de Cronbach (α) y la estabilidad temporal con un retest en una muestra de 20 sujetos utilizando el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI). Se solicitó permiso a los autores de la versión original y la versión argentina del cuestionario APQS-III. El estudio se llevó a cabo entre febrero de 2015 y abril 2016. El análisis se realizó con SPSS V21 y se consideró un nivel de significación de $p < 0,05$.

Resultados: La redacción de los ítems de la versión argentina del cuestionario fue revisada por el grupo nominal, se adaptó su contenido y se administró a una muestra de estudiantes con una tasa de respuesta del 96,2% ($n=177$). La prueba KMO ($KMO=0,717$) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($p < 0,001$), confirmaron la aplicabilidad del análisis factorial. El análisis de componentes principales con rotación varimax agrupó los ítems en 6 dimensiones explicando el 53,824% de la varianza total acumulada. Se eliminaron dos ítems con una carga factorial $< 0,3$. La consistencia interna global del cuestionario fue $\alpha=0,711$, eliminándose 5 ítems por aumentar el valor de α en sus respectivas dimensiones. La estabilidad temporal fue $CCI= 0,792$ ($p < 0,001$). El promedio de tiempo requerido para responder el cuestionario fue de 7 a 10 minutos.

Discusión: Se ha obtenido un instrumento que permite conocer las actitudes de los estudiantes de enfermería frente a la seguridad del paciente, compuesto por 22 ítems organizados en 6 dimensiones (Responsabilidad; Organización y comunicación; Trabajo en equipo; Entrenamiento; Notificación; Conciencia). La seguridad del paciente es una de las dimensiones clave de la calidad asistencial y es necesario desarrollar en los futuros profesionales actitudes positivas hacia una cultura de seguridad, incluyendo formación y evaluación pertinentes sobre seguridad del paciente que debe iniciarse en los estudios de grado. Este instrumento puede servir como auto-evaluación de los estudiantes para promover su implicación en cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente así como para evaluar el impacto de estrategias educativas en las actitudes hacia la seguridad del paciente en la formación de futuros profesionales, con evidentes implicaciones en la mejora de la calidad asistencial, aunque con efectos a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

AUTORES/AUTHORS:

Conceição Rainho, Isabel Barroso, Maria João Monteiro, Antonio Muccino, Francesco Germini

TÍTULO/TITLE:

CUESTIONARIO DE ESTRESORES DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS ADAPTACIÓN PARA AL IDIOMA ITALIANO

En Europa, de acuerdo con el Proceso de Bolonia, en el grado de enfermería la práctica clínica constituye el 50% y del programa (Unión Europea y del Consejo del Parlamento Europeo, 2005). La práctica clínica es un componente de la formación de enfermería y muy valorada por los estudiantes de enfermería (Löfmark y Thorell-Ekstrand, 2004). Permite que los estudiantes contacten con la realidad de la profesión de enfermería y desarrollen sus habilidades de pensamiento crítico (Barroso, 2009). Oportunidad al estudiante para desarrollar acciones de enfermería basadas en la evidencia científica (Andrews, Brodie, Andrews, Wong, Thomas, 2005).

Estudios sugieren que hay muchas fuentes de estrés durante el grado en enfermería y la formación en la práctica clínica (Nolan 2008). Durante la Formación de enfermería los estudiantes están expuestos con frecuencia a varios factores estresantes que pueden obstaculizar la aprendizaje (Labrague, 2013). Estudios Indican que los estudiantes perciben alto nivel de estrés en comparación con los estudiantes otros grados (Shriver 2000; Papazisis, Tfollow, Papanikolaou, Vlasidis & Sapountzi-Krepia, 2008). Las prácticas clínicas son un período difícil para el estudiante, la inseguridad física y el stress son situaciones frecuentemente observadas en las prácticas clínicas, afecta a la salud y bienestar y Las relaciones interpersonales, de los Estudiantes de Enfermería (Longarito (2003). En de acuerdo con (Abreu, 2007) el estrés es causado por la falta de experiencia del estudiante, la falta de capacidad para manejar el tiempo en el cuidado y objetivos, a veces demasiado ambicioso, conducir a la pérdida de control por parte del estudiante. En el estudio de Blomberg, Bisholt, Kullen Engström, Ohlsson, Sundler Johansson y Gustafsson, 2014) casi la mitad de los estudiantes (43%) experimentaron alto nivel de estrés durante su práctica clínica.

Es importante que los responsables de formación en enfermería reconozcan las situaciones de estrés de los Estudiantes como la base para su intervención de reducción de la tensión (Admi, 1997).

Zupiria, et al. desarrollaron el Cuestionario KEZKAK de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas que les permite evaluar situaciones estresantes de su práctica clínica y su mantenimiento la variación a lo largo del tiempo.

Métodos: Estudio descriptivo y transversal, que se llevó a cabo durante 2015 y 2016 con la participación de estudiantes de enfermería de Universidades del Centro de Italia.

En el proceso de adaptación cultural de KEZKAK, dos traductores convirtieron la versión portuguesa de KEZKAK al italiano. La equivalencia lingüística de esta versión fue confirmada por la traducción inversa al portugués. Así, los investigadores tuvieron en cuenta: la equivalencia conceptual; la equivalencia semántica y la equivalencia de las medidas se refiere a las propiedades psicométricas de la versión traducida. El cuestionario KEZKAK adaptado, presenta 40 situaciones que supuestamente estresan los estudiantes, estos pueden elegir entre cuatro respuestas en una escala de Likert: nada (0) algo (1), bastante (2) y Mucho (3), las puntuaciones más altas indican intensidad superior de estrés. La versión traducida del cuestionario fue contestada por 166 estudiantes de enfermería que participaron en el estudio de forma voluntaria. La mayoría eran mujeres 99 (59,6%), con una media de edades de 22,6 años (desviación estándar 3,0). Si adoptaron procedimientos legales y éticos. Previamente al cuestionario fueron presentados los objetivos y se preguntó se a los estudiantes aceptaban participar. Como medida de consistencia interna se ha utilizado la alpha de Cronbach, lo cual se calculó para el total del cuestionario. Esto fue sometido a análisis factorial de componentes principales con rotación de Varimax.

Resultados: En cuanto a consistencia interna tiene un valor alto de alfa (0,833). Los 40 ítems fueron sometidos a análisis factorial,

arrojó una solución de 9 factores y la saturación de los ítems varía entre 0,405 y 0,826, que explica el 60,5% de la varianza. El primer factor obtuvo una varianza explicada 10,4%, el segundo 8,9%, los tercero y cuarto 7,8%, el quinto 5,8%, el sexto 5,6%, el séptimo 5,2%, el octavo 4,6%, y el noveno 4,2%.

Los resultados muestran la decisión de utilizar el criterio de retención de ítems cuyas cargas factoriales saturaban en un solo factor, con la excepción del ítem 9, que fue retirado debido a que saturaba en dos factores (F7 y F8) y cuya diferencia fue menor de 0,15. La solución factorial de 9 factores con 40 ítems fue la que mejor se ajustó a los datos de la muestra, pero esta estructura factorial se aleja de la versión portuguesa. Barroso et. al. (2009).

Discusión: La alta consistencia interna de la escala sugiere que se está midiendo un único constructo, estrés de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas, el coeficiente la alpha de Cronbach está de acuerdo con los demás estudios publicados (Barroso et. al. 2009; Zupiria et. al., 2003). De acuerdo con Zupiria el KEZKAK es útil para conocer los principales estresores de las prácticas clínicas. También es necesario desarrollar estudios en el futuro con muestras más grandes y aleatorias. Así como estudios longitudinales para detectar lo que sigue estresando o deja de estresar a los estudiantes, a medida que adquieren experiencia. Desde un punto de vista pedagógico y de educación, esa información de los estudios longitudinales permitirá distinguir entre los estresores que se mitigan y aquellos que se mantienen a lo largo de la vida académica. Los autores del KEZKAK recomiendan que sería interesante probar el cuestionario en otros lugares y comprobar si las ideas principales están recogidas o si convendría añadir algunos ítems o quitar otros. Es importante contar con herramientas para evaluar el estrés en los estudiantes de enfermería durante las prácticas clínicas con el fin de conocer este problema y facilitar la aplicación de estrategias de intervención, en el sentido de reducir la exposición de los estudiantes a situaciones de estrés y promover la salud y bienestar. De esa forma, al adaptar el KEZKAK al idioma italiano podremos contribuir para observar lo que es estresor para los alumnos de enfermería de la práctica clínica, distinguiendo entre lo que es universal y lo que es sociocultural.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Abreu, W. C. (2007). Formação e aprendizagem em contexto clínico. Coimbra: Formasau, 295 p.
- Admi H, (1997). Nursing students' stress during the initial clinical experience. *J Nurs Educ*;36 (7):323-7.
- Admi H, Eilon Y, Renker P, Unhasuta K, 2016. Stress measurement among charge nurses: developing a cross-cultural tool. *J Adv Nurs*. 2016 Apr;72(4):926-35.
- Andrews, G.J., Brodie, D.A., Andrews, J.P., Wong, J., Thomas, B.G. Place(ment) matters: students' clinical experiences and their preferences for first employers. *International Nursing Review*. 2005;52:142–153.
- Blomberg K 1, Bisholt B , KULLEN Engström Um , Ohlsson L , Sundler Um Johansson , Gustafsson M. (2014). experiência sueca dos estudantes de enfermagem de estresse durante a prática clínica. *J Clin Nurs*. 23 (15-16): 2264-71.
- Longarito, C. S. (2002). O ensino clínico: a importância da orientação e a construção do saber profissional. *Revista Investigação em Enfermagem*, 5.
- Labrague, L. (2013). Stress, Stressors, and Stress Responses of Student Nurses in a Government Nursing School. *Health Science Journal*.;7 (4)
- Löfmark A, Thorell-Ekstrand I (2004). An assessment form for clinical nursing education: A Delphi study. *J Adv Nurs*.;48(3):291–298.
- Papazisis G, Tsiga E, Papanikolaou N, Vlasiadis I, Sapountzi-Krepia D. (2008) Psychological distress, anxiety and depression among nursing students in Greece. *International Journal of Caring Sciences*; 1(1), 42 – 46.
- Nolan G, Ryan D. Experience of stress in psychiatric nursing students in Ireland. *Nursing Standard* 2008; 22(43), 35-43.
- Shriver CB, Sott-Stiles A. Health habits of nursing versus non-nursing students: a longitudinal study. *Journal of Nursing Education* 2000; 39(7): 308-314.
- Tully A. Stress, Sources of stress and ways of coping among psychiatric nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health*

Nursing. 2004; 11 (1): 43- 47

Zupiria, Uranga, Alberdi & Barandiaran (2003). Cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. Gaceta Sanitaria, 17 (1); 37-51.

AUTORES/AUTHORS:

M CARMEN OLIVÉ FERRER, ANA MARTINEZ RODRIGUEZ, VICTORIA HERNANDEZ GRIMA

TÍTULO/TITLE:

Diálogos reflexivos profesoras noveles/ profesora experta

Objetivo general indagar en los significados de la experiencia vivida por tres profesoras, en el contexto de un aula universitaria.

Preguntas de investigación ¿Cómo se vive el aprendizaje de ser docente en la universidad enseñando acompañada? ¿Contribuye a la inducción profesional compartir aula profesorado novel y experto?

Métodos

La metodología es cualitativa con enfoque metodológico de auto etnografía (Blanco, 2012). El ámbito de estudio es un aula de la Escuela de enfermería de la Universidad de Barcelona en un grupo de la asignatura Fundamentos históricos, teóricos y metodológicos de enfermería, de 12 créditos y anual. Los sujetos de estudio son la profesora titular y dos profesoras asociadas. Para generar la información cada investigadora-investigada elabora un relato que responde a la cuestión: ¿cómo has vivido compartir aula con una profesora novel/experta? Se hace un primer análisis emergente cruzado y se organiza la información en categorías, generando una narrativa reflexiva que se presenta como resultados.

Resultados

Durante el curso 2014-15 (recuerdo) se incorpora Victoria como profesora asociada, el grupo es de tarde y lo configuran 90 estudiantes. En el curso 2015-16 (actual) es Ana la profesora asociada, el grupo es de mañana y lo conforman 75 estudiantes. Carmina es la profesora titular de la asignatura. La inducción o socialización docente es un proceso continuo de desarrollo profesional y aprendizaje que beneficia a noveles y expertos (Bozu, 2009).

Aceptar o no aceptar ser profesora

Una llamada puede suponer una increíble alegría “solo que pensaras en mí fue suficiente, pensar en ser profesora en un espacio que había abandonado meses antes como alumna fue increíble, la respuesta fue sí, aunque sabía de mi compleja situación personal y familiar” Victoria. También dudas “una mezcla de sentimientos me hizo dudar durante cierto tiempo; sentía interés y respeto, miedo e ilusión. Tardé en tomar la decisión, todo un reto: combinar mi trabajo como enfermera en el hospital, la elaboración de la tesis doctoral y la docencia universitaria ¿Una montaña?” Ana. Quizás el amor por las alturas le llevó a aceptar el reto y aceptar foros más amplios a los que estaba acostumbrada “La docencia me gusta pero en petit comité” Ana. El respeto a la universidad y el miedo al fracaso, no sirve decir que el error forma: “aunque reconozco que el fracaso forma parte del aprendizaje, el inconsciente me genera múltiples luchas de miedos, ilusiones e incertidumbres” Ana.

El sí acompañada

La mentorización docente pretende dar respuestas a las necesidades de inducción profesional del profesorado novel (Bozu, 2009), que puede incorporar incertidumbres y miedos “Cuando empiezas en una profesión tan exigente como la de enseñar, no cabe duda de que cualquier ayuda es poca y todos los consejos que puedes obtener son siempre un regalo” Victoria. El regalo puede ser para quien lleva muchos años de docencia y piensa en el relevo “Al principio me supuso una sensación de tranquilidad, compartir aula suponía la continuidad del proyecto, compartir saberes y hacer escuela” Carmina ¿Siempre se percibe como favorable? “Los retos pueden ser una oportunidad y, tal vez, de la mano de alguien experto resulte más enriquecedor ¿o no? el proceso de aprendizaje en docencia no depende tanto de que la profesora novel comparta aula con una profesora experta sino también de cómo la profesora experta conduce el aprendizaje, lo motiva y, por supuesto, en cómo las dos interactúan y se conectan, la docencia compartida con una profesora experta me ha facilitado superar parte de los obstáculos, aunque creo también hubiera podido entorpecerlos sin una buena guía” Ana.

Fundamentos históricos, teóricos y metodológicos de la enfermería “He redescubierto la asignatura, impartiendo la asignatura yo sola

por primera vez no hubiera tenido la oportunidad de empaparme bien, no sólo del “cómo” sino también del contenido, de vivirlo, reflexionarlo, conectarlo y compartirlo” Ana. “Vivir de nuevo la asignatura fue interesante para mí, pero no entendía el poco interés de los alumnos” Victoria. Una asignatura que requiere un aprendizaje reflexivo y crítico (Alfaro-Lefevre, 2009) “Esta asignatura se debe desarrollar de manera reflexiva y crítica, no puedo imaginarme haciendo clases teóricas y exámenes test, el cuidado debe aprenderse según el significado que se percibe, incorporando experiencias” Carmina.

El desarrollo en el aula

Compartir aula con la responsabilidad de formar “Supone cierto esfuerzo relacional, atender a sus expectativas, respetar sus formas de hacer, respetar su autoridad en el aula, incluirlas en las diferentes interacciones con el alumnado como parte activa, pensar en plural, escuchar e incorporar sus aportaciones y sugerencias, buscar un equilibrio entre el acompañamiento y el empoderamiento, siguiendo sus propios tiempos” Carmina. Que es percibido por Victoria: “su calidad humana, te hace sentir desde el minuto uno que formas parte de su trabajo, que eres importante, porque cuenta contigo, con tus opiniones e ideas” Por su parte Ana dice: “el cómo creamos en el aula, a dos, el cómo aprendo yo, tiene que ver también en cómo creas tú en el aula, en cómo creamos entre nosotras y en cómo transmitimos eso, cómo generamos. Yo aprendo de ti, de tu forma de hacer, pero también tengo la necesidad de adaptarme en el aula a esa manera de hacer y desarrollar, a la vez que debo generar mis propios procesos de aprendizaje, reflexionarlos y trabajarlos. A mí me ha sido costoso a veces encuadrar una sensación de discreta inferioridad en el proceso en el aula. O tal vez, un sentimiento de desconocimiento” Ana. “Compartir aula con Carmina ha sido toda una experiencia vital para mí, un decálogo de lo que creo debe ser un buen profesor” Victoria.

Los tiempos de adaptación y la reflexión sobre la acción

“El hecho de que el proceso haya sido progresivo, de menos a más, ha solventado algunas dificultades y ha resultado facilitador. Los primeros días me sentaba al final de la clase, después poco a poco me incorporé al frente, conducir una sesión compartida y, al final, dividir el grupo y hacer una clase yo sola” Ana. Acompañar en la inducción incluye reflexionar sobre la práctica docente “El hecho de haber compartido, hablado, reflexionado juntas, el hecho de haberme sentido parte de un feedback real, en el que se ha respetado o considerado efectivamente mi tiempo de adaptación a la situación nueva, me ha ayudado a construir y aprender del proceso. La clase compartida también me ha provocado momentos de sensación de falta de control, de falta de dominio sobre el desarrollo de la sesión, no obstante, si puedo poner en una balanza la experiencia de la inseguridad, falta de control y miedo por un lado y el aspecto facilitador, me ha ayudado más que obstaculizado mi formación como docente. Compartir la clase me ha permitido aprender progresivamente, me ha permitido empaparme de esas formas, esa (in) tangible manera de hacer, dejándome a la vez el tiempo de pensar y meditar cómo hacérmelas mías, la misma conducción de las sesiones, compartir tras la sesión, construir las siguientes, ha ayudado a superar esa sensación de inferioridad” Ana. “Me ha hecho ver la importancia de tener empatía y dedicación con los alumnos. Se preocupa por ellos como individuos y por su desarrollo como profesionales y como personas. Se compromete con su aprendizaje, siempre busca nuevos caminos y se esfuerza por conseguirlo. Me ha enseñado a reflexionar, tiene una capacidad extraordinaria de reflexión sobre lo aprendido y sobre su propia enseñanza, que le llevan a enriquecer sus clases y su metodología. Se esfuerza por mejorar pese a las dificultades y a las condiciones adversas” Victoria.

La metodología docente como elemento de motivación

Una docencia centrada en el aprendizaje reflexivo “He aprendido en este año un poco más de cómo motivar en el aprendizaje reflexivo, a la vez que la motivación la sentía yo misma. Las dinámicas de reflexión en el aula, la forma de conducir las sesiones y el poder compartirlo con alguien experto, el construir de forma diferente a la más conocida y, a mi experiencia propia en la universidad como alumna, me ha resultado innovador y ha aportado positivamente a mi proceso. Lo que tengo claro es que, con unas clases tradicionales, no hubiera tenido la oportunidad de aprender en profundidad lo que supone hacer docencia y a reflexionar de forma individual y compartida” Ana. Victoria ha aprendido a diferenciar el aprendizaje de la comprensión y transformar su ilusión en acción docente “Su entusiasmo por aprender, por enseñar y por organizar actividades que motiven a sus alumnos han convertido mi ilusión

en acción" Victoria.

Un estilo propio

Aprender de otra profesora a la vez que se adquiere un estilo propio "El proceso me genera dudas ¿hasta qué punto replico o me construyo? Creo que hacerlo con una experta ha sido positivo porque me ha permitido mirar, aprender y construirme. Supera de largo el difícil encaje de coordinación. Pensar y construir conjuntamente las dinámicas, con las ventajas de hacerlo acompañada por alguien con experiencia, me ha motivado generándome la necesidad de seguir reflexionando sobre cómo hacerlo en un futuro. No solamente se ha tratado de copiar a la experta o aprender de la forma y del contenido, sino que el modo de hacerlo me ha ayudado a generar mi propio proceso" Ana. "He aprendido a ser más generosa, a compartir las reflexiones y los recursos que generamos, su espíritu autocrítico me han mostrado la importancia de desaprender para seguir aprendiendo" Victoria.

Más allá del aula

"Compartir aula ha sido toda una experiencia vital para mí, una experiencia única" Victoria. "Ha sido un año que puedo definir como duro y cansado, de altibajos, de ansiedades, de tender más a preocuparme que a ocuparme, también de desarrollo y progreso en muchos ámbitos. La docencia en la universidad se ha conectado y aportado a otros espacios más conocidos para mí, como en el desarrollo de la práctica clínica y a las actividades de la tesis, que de por sí, no me suponían, mentalmente, tanta necesidad de superación" Ana.

Discusión

Atendiendo a la incorporación al aula podemos ver que se entremezclan sentimientos, tanto por el hecho de asumir la docencia como por la propia asignatura, sentimientos generados por la relación que se establece en el aula por parte de las profesoras (Tomàs & Ion, 2013), las incertidumbres son compartidas, ya que se pone en cuestión la propia profesionalidad (Bozu, 2009). Aunque se habla mucho de equipos docentes tenemos poca cultura de trabajar y compartir saberes (Gómez, Escofet, & Freixa, 2014).

La complejidad se incrementa cuando los grupos de docencia son grandes, es como una obra de teatro en la que se ensaya solo una parte, la que corresponde al guión de la clase, pero es imposible prever las aportaciones del estudiantado. En este escenario se necesitan complicidades, observar, pensar en los otros, ser generosas y dar respuestas acertadas para los diferentes actores, buscar y encontrar la posición adecuada, enseñar y aprender.

La metodología docente contribuye a un aprendizaje significativo de los contenidos de la asignatura y el impartirlos en compañía permite observar y buscar un estilo propio, un construirse como docente. Te sitúa en una posición de vulnerabilidad compartida por el estudiantado, te acerca a su experiencia y es motivador para alcanzar una mayoría de edad docente.

La reflexión crítica dialogada como estrategia de aprendizaje, socialización y empoderamiento, es esencial para la inducción docente, ya que permite contribuir a cubrir las necesidades del profesorado novel (Sanchez, Chiva, & Perales, 2015).

Por lo que podemos concluir que compartir aula, aunque represente un reto personal y profesional, permite un acompañamiento que genera satisfacción y contribuye a la socialización.

No conflicto intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

Alfaro-Lefevre, R. (2009). Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería. Barcelona : Elsevier Masson.

Blanco, M. (2012). Autoetnografía: una forma narrativa de generación de conocimientos. Andamios. Revista de Investigación Social, 49-74.

Bozu, Z. (2009). El profesorado universitario novel y su proceso de inducción profesional. Magis. Revista internacional de investigación en educación, 317-328.

- Gómez, M., Escofet, A., & Freixa, M. (2014). Los equipos docentes en la educación superior ¿Utopía o realidad? *Revista Española de Pedagogía*, 509-523.
- Sanchez, P., Chiva, I., & Perales, M. J. (2015). Experiencia en la formación docente a través de la mentorización. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 54-70.
- Tomàs, M., & Ion, G. B. (2013). Ser o no ser en la Universidad. Un estudio sobre las profesoras. *Pedagogía social. Revista interuniversitaria*, 189-211].

Mesa de Comunicaciones 12: Cuidados maternoinfantiles

Concurrent Session 12: Mother and children care

AUTORES/AUTHORS:

Laura Collados Gómez, Verónica Camacho Vicente, Miriam González Villalba, Gloria Sanz Prades, Beatriz Bellón Vaquerizo

TÍTULO/TITLE:

Percepción del personal de enfermería sobre el manejo del dolor en neonatos

Objetivo

Describir las percepciones del personal de enfermería de Unidades Neonatales sobre el manejo del dolor, conocer el perfil formativo y describir el uso de herramientas de valoración del dolor y de medidas no farmacológicas.

Métodos

Estudio multicéntrico observacional descriptivo transversal, desarrollado durante febrero- septiembre de 2015, en los Servicios de Neonatología de tres hospitales de la Comunidad de Madrid, España.

La unidad de estudio fueron el personal de enfermería (profesional de enfermería y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería [TCAE]) que trabajaba en dichos Servicios de Neonatología, incluyendo las Unidades de Cuidados intermedios de Neonatología, y la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN). Los criterios de inclusión establecidos fueron: personal de enfermería con antigüedad en el Servicio de Neonatología superior a 3 meses. Se excluyeron los participantes que cumplieron el cuestionario en menos del 80% de los ítems.

La recogida de datos se realizó a través de cuestionario de elaboración propia enviado en formato papel o electrónico utilizando la plataforma Survey Monkey®.

El instrumento utilizado fue un cuestionario elaborado por las investigadoras expertas en cuidados neonatales y tras revisión de la literatura sobre el tema. El cuestionario constaba de 10 preguntas agrupadas en cuatro áreas de interés: perfil profesional y formativo, evaluación del dolor, uso de medidas no farmacológicas y percepción del dolor. Además se midieron características demográficas y formativas del personal de enfermería.

Este estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC).

Se realizó un análisis descriptivo global y estratificado por Unidad, categoría profesional y hospital. Se realizó un análisis descriptivo, y analítico para establecer si existía asociación estadísticamente significativa entre las variables a estudio se emplearon Chi2, t-Student y Anova de un factor y sus variantes no paramétricas en caso de ser necesario.

Los datos recogidos se analizaron mediante el programa IBM SPSS® versión 21.0.

Resultados

La muestra consta de 142 profesionales (tasa de respuesta: 55%). El 47,9%(68) afirma que ha recibido formación específica sobre el manejo del dolor. El 39,5%(56) refiere que el dolor se evalúa de forma habitual en su unidad. Tan solo el 43,6% refieren utilizar escalas validadas, siendo la PIPP la más usada. La contención y la succión no nutritiva son las medidas no farmacológicas más usadas, seguidas de la sacarosa. Se identifica la canalización intravenosa como el procedimiento más doloroso (3.94/5).

Conclusión

El manejo del dolor está en vías de mejora, ya sea por la formación, como por la escasa evaluación a través de escalas validadas. Como puntos fuertes en el manejo del dolor, se destaca la mejora en el uso de medidas no farmacológicas, la valoración del mismo, y como áreas a mejorar la formación, el registro del volumen de sacarosa y la valoración con escalas validadas y sistematizada, se describen cómo puntos débiles a mejorar.

En España existen escasos estudios que describan la percepción de los profesionales sanitarios en el control de dolor de población neonatal, precisando describir estrategias comunes, ya que el alivio del dolor es un derecho fundamental del paciente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Carbajal R, Rousset A, Danan C, Coquery S, Nolent P, Ducrocq S, et al. Epidemiology and Treatment of Painful Procedures in Neonates in Intensive Care Units. *JAMA*. 2008;300(1):60-70.
- Ozawa M, Yokoo K. Pain management of neonatal intensive care units in Japan. *Acta Paediatr*. 2013;102(4):366-372.
- Foster J, Spence K, Henderson-Smart D, Harrison D, Gray PH, Bidewell J. Procedural pain in neonates in Australian hospitals: A survey update of practices. *J Paediatr Child Health*. 2013;49(1):E35-E39.
- Wielenga JM, Tume LN, Latour JM, van den Hoogen A. European neonatal intensive care nursing research priorities: an e-Delphi study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2015; 100(1):F66-71.
- Caba F, Benito C, Montes A, Aguilar J, Torre R, Margarit C. Encuesta nacional sobre dolor en las urgencias hospitalarias. *Rev Soc Esp Dolor*. 2014;21(1):3-15.
- Ponsell Vicens ME. Percepciones de los diferentes profesionales de la salud ante el manejo del dolor infantil y atención a la familia en el ámbito de la atención hospitalizada en Mallorca [Tesis Doctoral]. Universitat de les Illes Balears. Departament de Filosofia i Treball Social; 2012.
- Cong X, McGrath JM, Delaney C, Chen H, Liang S, Vazquez V, et al. Neonatal Nurses' Perceptions of Pain Management: Survey of the United States and China. *Pain Manag Nurs*. 2014; 15(4):834-44.
- Martín M, Losa Iglesias M, Silva do Rosario T, Salvadores Fuentes P, Gómez-Arnáu J, Casas Martínez F, et al. Grado de conocimientos y actitudes de la enfermería de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM) ante el dolor: diplomados en enfermería y profesionales. *Rev Soc Esp Dolor*. 2012;19(6):293-300.
- López-Maestro M, Melgar-Bonis A, de la Cruz-Bertolo J, Perapoch-López J, Mosqueda-Peña R, Pallás-Alonso C. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. *An Pediatr (Bar)*. 2014; 81(4):232-40.
- Losacco V, Cuttini M, Greisen G, Haumont D, Pallás-Alonso CR, Pierrat V, et al. Heel blood sampling in European neonatal intensive care units: compliance with pain management guidelines. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2011; 96(1):F65-8
- Stevens B, Yamada J, Lee GY, Ohlsson A. Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 31;1:CD001069.
- Jeong IS, Park SM, Lee JM, Choi YJ, Lee J. Perceptions on Pain Management among Korean Nurses in Neonatal Intensive Care Units. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2014;8(4):261-266.

AUTORES/AUTHORS:

Laura Collados Gómez, Belén Aragonés Corral, Miriam Gonzalez Villalba, Inamaculada Contreras Olivares , M^a Victoria Álvarez Gonzalez, Ana Serrano Heras

TÍTULO/TITLE:

Evaluar la concordancia PIPP y PIPP-R en la valoración del dolor del RNPT sometido a venopunción

Objetivo

Describir la concordancia de la escala Premature Infant Pain Profile Revised (PIPP-R) en la respuesta al dolor en una muestra de recién nacidos pretérminos respecto a escala Premature Infant Pain Profile (PIPP).

Método

Estudio descriptivo observacional transversal de concordancia, realizado en cinco Unidades de Neonatología de Hospitales de la Comunidad de Madrid, España.

La población de estudio son neonatos de 37 semanas o menos de edad gestacional corregida (EGc), peso menor o igual a 2500gramos, a los que se les administra leche materna extraída o sacarosa previamente a la venopunción.

Se registraron variables sociodemográficas, clínicas y relacionadas con la venopunción.

El dolor se mide con la escala PIPP, el cual fue transformado posteriormente a puntuaciones de PIPP-R. Ambas constan de tres grupos de indicadores y un total de siete ítems: 3 conductuales-expresión facial (arruga de la frente, apretar los ojos y fruncir los labios), 2 fisiológicos (variación frecuencia cardiaca y saturación de oxígeno) y 2 contextuales (estado basal y EGc).

La diferencia entre ambas escalas es que en la PIPP-R los indicadores contextuales sólo se contabilizan si en los indicadores fisiológicos y de expresión facial se ha obtenido puntuación, evitando así falsos positivos por edad gestacional (EG) de la PIPP.

Los datos de este estudio son secundarios, extraídos de estudio de investigación financiado en 2012 por ayudas del Subprograma de Proyectos de Investigación en Salud(ISCiii) (PI12/02849).

Dicho estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC), obteniéndose previamente el consentimiento de los padres.

El análisis descriptivo se realizó mediante frecuencias y porcentajes, medianas (DS) o medianas [RIQ].

La concordancia entre la escala PIPP y la PIPP-R se realizó a través de la interpretación gráfica de la diferencia de puntuaciones con el método de Bland y Altman. Utilizando las variables categorizadas de PIPP y PIPP-R se realizó concordancia con el Índice de kappa.

Resultados

La muestra consta de 132 pretérminos. La media de la EG al nacer es 31+1 (2,97)semanas, el 72,7%(96)nació por cesárea y el apgar a los 5 minutos fue 8,55(1,28).

En el momento de la venopunción tenían de mediana 9 días de vida [4-22] y el peso 1580gr [1349-1960].

La mediana de puntuación de PIPP total es de 6 [4-9] y la mediana de la PIPP_R es de 6 [2,25-9].

El índice de Kappa entre la PIPP categorizada y la PIPP revised es de 0,94 ($p < 0,01$). La diferencia de medias entre las escalas es de 0,92 puntos (2,05).

Discusión

Tal como muestra la bibliografía, la concordancia entre ambas escalas es muy buena. Por otro lado la PIPP- revisada puntúa 0,92 puntos menos que la PIPP, discriminando entre los falsos positivos de dolor que otorga la edad gestacional al nacer.

Partimos de la hipótesis que la utilización de la PIPP-R mejora la evaluación del dolor en RNPT, ya que al ponderar por separado la EG y el estado conductual basal evita falsos positivos de dolor en aquellos prematuros que no desarrollan respuestas ante estímulos dolorosos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Harrison D, Bueno M, Reszel J, Harrison D, Bueno M, Reszel J. Prevention and management of pain and stress in the neonate. *Res Rep Neonatol.* 2015;5: 9-16.
- Stevens B, Johnston C, Petryshen P, Taddio A. Premature Infant Pain Profile: development and initial validation. *Clin J Pain.* 1996 ;12(1):13-22.
- Stevens BJ, Gibbins S, Yamada J, Dionne K, Lee G, Johnston C, et al. The premature infant pain profile-revised (PIPP-R): initial validation and feasibility. *Clin J Pain* 2014;30(3):238-243.
- Ballantyne M, Stevens B, McAllister M, Dionne K, Jack A. Validation of the Premature Infant Pain Profile in the Clinical Setting. *Clin J Pain.* 1999;15(4):297-303.
- Jonsdottir RB, Kristjansdottir G. The sensitivity of the premature infant pain profile–PIPP to measure pain in hospitalized neonates. *J Eval Clin Pract.* 2005;11(6):598-605.
- Gibbins S, Stevens BJ, Yamada J, Dionne K, Campbell-Yeo M, Lee G, et al. Validation of the Premature Infant Pain Profile-Revised (PIPP-R). *Early Hum Dev.* 2014;90(4):189-193.
- Hatfield LA, Ely EA. Measurement of Acute Pain in Infants: A Review of Behavioral and Physiological Variables. *Biol Res Nurs.* 2015;17(1):100-111.
- Stevens BJ, Pillai RR, Oberlander TE, Gibbins S. Assessment of pain in neonates and infants. In: Anand KJS, Stevens BJ, McGrath PJ, editor. *Pain in Neonates and Infants.* 3rd ed. Edinburgh: Elsevier; 2007. p. 67-90.
- Duhn LJ, Medves JM. A systematic integrative review of infant pain assessment tools. *Adv Neonatal Care.* 2004;4(3):126-140.

AUTORES/AUTHORS:

Gema Tapia-Serrano, Beatriz Blázquez-García, Elena López-Sastre, Pedro Piqueras-Rodríguez

TÍTULO/TITLE:

Cuestionario de satisfacción a padres de neonatos hospitalizados

INTRODUCCIÓN

La enfermería neonatal se ha caracterizado por incluir a la familia como centro del cuidado junto con el paciente. Esto supone incorporar a los cuidados del paciente, es decir, dotar de mayor protagonismo y empoderar como agencia de cuidados a la familia. Para poder llevar a cabo todo esto, es necesario conocer la realidad de cada familia que tiene a uno o varios miembros ingresados en una unidad neonatal.

Muchos de los neonatos ingresados en las unidades neonatales pasan las primeras semanas de sus vidas hospitalizados, por lo que centrar la atención en factores ambientales y humanos es importante para que los padres se sientan cómodos en un ambiente lleno de incertidumbre. Algunos autores han asociado estos factores con un mayor nivel de satisfacción en los padres: participación en los cuidados (1,3,5,6,8,9,11,12) (manejo y extracción de la leche materna (2), cuidado de su hijo (3)); competencia del personal y eficiencia (1,5,6,8-10) (comunicación, experiencia y confianza, información(3)); apoyo emocional (1,3-5,7,9,10) (tranquilidad, ánimo) y aspectos físicos de la unidad (5,10,12) (luz, ruido ambiental, espacio para cada incubadora, mobiliario).

Este proyecto tiene como objetivo mejorar la acogida y atención a las familias, no sólo pretendemos conocer la opinión de los padres, si no que sirva como guía para mejorar la prestación de cuidados y la calidad de los mismos en la unidad.

OBJETIVOS

- Desarrollar y validar un cuestionario para medir el nivel de satisfacción de padres cuyos hijos permanecían ingresados en vigilancia intensiva neonatal (VIN) y cuidados medios neonatales (CMN).
- Evaluar la satisfacción percibida por los padres de neonatos hospitalizados en VIN y CMN.

MÉTODOS

El presente trabajo se ha realizado en dos fases: en la primera fase se ha desarrollado un estudio piloto, descriptivo y transversal, realizado mediante un cuestionario elaborado Ad-hoc; y durante la segunda fase se realizó un estudio descriptivo y transversal, desarrollado mediante el cuestionario validado en la primera fase.

Muestra

El estudio se desarrolló en el Servicio de Neonatología del Hospital Universitario La Paz (Madrid, España). Este servicio está estructurado en diferentes niveles asistenciales: Reanimación-Transición (8 camas), Cuidados Intensivos Neonatales (CIN) (23 camas), Vigilancia Intensiva Neonatal (VIN) (15 camas), Cuidados Medios Neonatales (CMN) (23 camas) y habitaciones madre-hijo (5 camas). Para este trabajo se incluyeron exclusivamente neonatos ingresados en VIN y CMN. El objetivo en estas unidades es que

las constantes vitales del neonato de riesgo se mantengan en equilibrio. Los cuidados prestados son, en su mayoría, de tipo preventivo, por lo que, se pueden valorar aspectos de satisfacción de los padres relacionados con la participación en los cuidados de su hijo/a.

La muestra del estudio piloto estuvo formada por 10 padres de neonatos ingresados en VIN y en CMN que el día 3 de mayo de 2016 acudieron al hospital. Todos ellos fueron elegidos al azar hasta obtener 10 muestras.

La muestra de la segunda fase estuvo formada por 26 padres de neonatos ingresados en VIN y en CMN que el día 20 de mayo de 2016 acudieron al hospital. Hubo una pérdida, pues los padres no entregaron el cuestionario. Se excluyó a los padres de un neonato que no hablaban ni escribían fluido castellano.

En las dos fases del estudio, se informó y explicó a los padres las características y finalidad del trabajo. Tras la exposición oral, se les pidió consentimiento verbal y todos aceptaron participar en él. Por otro lado, sólo se entregaba un cuestionario por familia, es decir, aquellos padres que tuviesen ingresados dos o más hijos sólo se les proporcionó un documento para rellenar. Todos los cuestionarios fueron anónimos.

Procedimiento

Se diseñó un cuestionario elaborado Ad-hoc, a partir de diferentes aspectos recogidos en estudios similares (9, 10) y otros específicos del servicio. Este cuestionario incluía: 84 ítems, 42 relacionados con los objetivos marcados en el estudio y 42 sobre las características del cuestionario. El tipo de preguntas del que estaba formado el cuestionario eran: 38 de escala Likert, 43 dicotómicas, 2 politómicas y una abierta. Y en cuanto al sentido de los ítems: 21 eran frases afirmativas y 17 negativas.

El cuestionario validado estuvo formado por: 26 ítems (20 de escala Likert, 3 dicotómicas, 2 politómicas, y una abierta). El sentido de las oraciones era: 14 afirmativas y 6 negativas. Los temas tratados sobre la satisfacción de los padres fueron: información recibida, atención emocional y bienestar físico del neonato, competencia profesional y conocimientos del personal, cuidados de enfermería, aspectos relacionados con el espacio físico, participación en los cuidados, información sobre lactancia materna, lactario y sala de padres.

Tratamiento de los datos

La validación del cuestionario, fase 1, se ha analizado mediante el coeficiente de correlación de Pearson y las medias para el cuartil máximo y mínimo. El estudio estadístico de los datos de la fase 2 se ha realizado con análisis de frecuencias, además de, un análisis cualitativo. Este último consistió en la comparación de las respuestas de la pregunta abierta organizándolas y reagrupándolas por áreas temáticas.

RESULTADOS

Desarrollo y validación del cuestionario piloto

Al analizar los resultados de las preguntas tipo Likert del cuestionario piloto se han eliminado los ítems con un coeficiente de correlación de Pearson menor de 0.3. Por otro lado, al realizar las medias para el cuartil máximo y mínimo se han escogido aquellos

ítems con máximas diferencias (mayores o iguales a 1). Por último, se han descartado las preguntas cuya comprensión ha sido negativa por más del 70% de los participantes.

El cuestionario piloto estaba formado por un 55.26% de frases afirmativas y un 44.73% negativas. Tras la validación, estos porcentajes se vieron modificados: 65% afirmativas y 35% negativas.

Nivel de satisfacción de los padres

El 46.2% de los cuestionarios fueron cumplimentados por madres. Por otro lado, el 84.6% de los hijos de los encuestados habían estado ingresados en CIN. Los ítems con mejores puntuaciones sobre satisfacción son aquellos relacionados con la preparación profesional del personal y con los cuidados de enfermería. En cambio, los peor valorados son los referidos al espacio físico y ambiental del box, participación en el baño del niño e información recibida sobre lactancia materna.

Las respuestas de la pregunta abierta se pueden agrupar en cuatro grandes temas: comodidad/confort de los padres en la unidad (sala de padres más grande y sólo para padres, sala de lactancia equipada con más sacaleches y mayor intimidad), aspectos relacionados con el box donde está ingresado su hijo/a (falta de información del funcionamiento del box, sillones más cómodos para poder practicar el método canguro con sus hijos, mayor intimidad para dar el pecho, falta de personal y ruido excesivo en momentos puntuales), aspectos relacionados con el paciente (mayor posibilidad de coger a su hijo/a) y enhorabuena (señalar que tan sólo en uno de los 26 cuestionarios se felicitaba a todo el personal por los cuidados prestados a sus hijos).

Por otro lado, nos parece importante señalar las respuestas de la pregunta abierta de los cuestionarios de la fase 1. Los temas que señalaron los padres fueron: rotación excesiva del personal de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermería), comodidad/confort de los padres en la unidad (sala de padres con las instalaciones más grandes, limpieza, aparatos y utensilios de cocina; limpieza de los baños; y taquillas más amplias), aspectos relacionados con el paciente (tiempo de espera para realizar pruebas excesivo, horario de visita para familiares no compatible con la comida de los padres y la toma del neonato e información sobre vacunas y el alta domiciliaria), quejas de las preguntas negativas del cuestionario (reformular a positivas por falta de comprensión) y enhorabuena (en 3 de los 10 cuestionarios se felicita la labor del personal del servicio).

DISCUSIÓN

La valoración de la satisfacción de cada ítem puede estar sesgada y no responder de forma exclusiva a la satisfacción percibida en VIN y en CMN, dado que el 84.6% de los hijos de los encuestados estuvieron ingresados en CIN. Así mismo, otra limitación es la ausencia de un ítem que recoja la valoración global de la satisfacción, por lo que no se puede encontrar la relación entre dicha satisfacción y la puntuación de cada ítem. La inclusión de dicho ítem permitiría determinar las áreas cuya mejora tendrían mayor impacto en la satisfacción global.

Otro aspecto a señalar es que hay una mayor proporción de felicitaciones por los cuidados prestados a nuestros pacientes en el cuestionario piloto que en la validada (3/10 frente 1/26). Esta última afirmación puede que no sea fiable, pues las muestras de la fase 1 y de la fase 2 son limitadas. Sería necesario realizar más estudios para ampliar el tamaño muestral.

En cuanto a las respuestas de la pregunta abierta, los padres hicieron mayor hincapié en aspectos relacionados con la comodidad y confort de ellos mismos en la unidad, esto podría ser porque el nivel de satisfacción relacionada con los cuidados de enfermería

prestados a sus hijos es alto.

Por otro lado, al hacer la validación del cuestionario piloto, muchas de las oraciones negativas fueron eliminadas tras la validación. Esto puede estar justificado porque las frases negativas suelen requerir mayor comprensión lectora. Los padres cuando rellenan los cuestionarios puede que estuviesen sometidos a estrés o presión, relacionada con el ingreso de su hijo/a o problemas personales, que los investigadores no podían controlar.

Como conclusión, mejorar el espacio físico y ambiental del box, favorecer la participación de los padres en los cuidados y actualizar los conocimientos del personal sobre lactancia materna son medidas que aumentarían la satisfacción de los padres.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Russell G, Sawyer A, Rabe H, Abbott J, Gyte G, Duley L, et al. Parents' views on care of their very premature babies in neonatal intensive care units: a qualitative study. *BMC Pediatr.* 2014;14:230.
2. Concheiro-Guisán A, Cañizo Vázquez D, González Durán ML, González Colmenero E, Durán Fernández-Feijóo C, Fernández Lorenzo JR. Parent-staff communication and breastfeeding support in NICU: a qualitative study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2014;27 Suppl 1:404-5.
3. Latour JM, Duivenvoorden HJ, Tibboel D, Hazelzet JA. The shortened empowerment of parents in the Intensive Care 30 questionnaire adequately measured parent satisfaction in pediatric intensive care units. *J Clin Epidemiol.* 2013;66(9):1045-50.
4. Segre LS, Siewert R, Brock R, Arndt S, O'Hara MW. Listening visits on the neonatal intensive care unit. *Arch Womens Ment Health.* 2013;16 Suppl 1:s24.
5. Capdevila Cogul E, Sánchez Pozón L, Riba García M, Moriña Soler D, Ríos Guillermo J, Porta Ribera R, et al. Assessment of parental satisfaction in a neonatal unit. *An Pediatr.* 2012;77(1):1221.
6. Butt ML, Mcgrath JM, Samra H, Gupta R. An integrative review of parent satisfaction with care provided in the neonatal intensive care unit. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2013;42(1):105-20.
7. Latour JM, Duivenvoorden HJ, Hazelzet JA, Van Goudoever JB. Development and validation of a neonatal intensive care parent satisfaction instrument. *Pediatr Crit Care Med.* 2012;13(5):554-9.
8. Graci A. Rounding system to enhance patient, parent, and neonatal nurse interactions and promote patient safety. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2013;42(2):239-42.
9. Yilmaz F, Atay S, Arıkan D, Güler S. Evaluation of the effect of sociodemographic characteristics on the satisfaction of mothers in neonatal intensive care units in Turkey. *Iran J Pediatr.* 2016;7(1):1-8.
10. Hagen I, Vadset T, Barstad J, Svindseth M. Development and validation of Neonatal Satisfaction Survey –NSS-13. *Scand J Caring Sci.* 2015;29(2):395-406.
11. Franck L, Oulton K, Nderitu S, Lim M, Fang S, Kaiser A. Parent involvement in pain management for NICU infants: a randomized controlled trial. *Pediatrics.* 2011;128(3):510-8.
12. Shahheidari M, Homer C. Impact of the design of neonatal intensive care units on neonates, staff, and families: a systematic literature review. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2012;26(3):260-6.

AUTORES/AUTHORS:

José Arnau Sánchez, María Suarez Cortés, M^a Emilia Martínez Roche, Pilar Madroñal Fernández, Cesar Carrillo , Carmen Soler Morales

TÍTULO/TITLE:

Percepciones y expectativas de las mujeres embarazadas sobre el plan de parto y nacimiento

INTRODUCCIÓN

El embarazo y el parto son las etapas previas a la maternidad. Constituyendo el inicio de la adquisición del rol maternal. La adquisición de rol maternal es un proceso que requiere un trabajo psicológico, social y físico por parte de la mujer (Mercer, 2006). En este proceso la mujer debe ser consciente de que su rol va a cambiar para convertirse en madre de una criatura que necesita de sus cuidados, y que depende de ella. Las decisiones de la mujer van a afectar a su criatura desde el mismo momento en el que se quede embarazada, por lo que deberá tomar las decisiones tras largos periodos de reflexión, teniendo en cuenta sus valores, creencias y expectativas(Ministerio de Sanidad, 2012).

Así pues los Planes de Parto y Nacimiento son un instrumento esencial en la práctica diaria de la obstetricia, tienen como objetivo respetar la autonomía de la mujer, empoderando a las mujeres en todo su proceso de embarazo y parto. (Ministerio de Sanidad 2010; Ministerio de Sanidad 2012).

No obstante su uso es escaso, así el Hospital de referencia, es el segundo en número de partos de nuestra comunidad, atendiendo una media de 7.5 partos al día, y en el año 2012 de un total de 2738 partos, tan solo se registraron 85 Planes de Parto y Nacimiento, lo que supone un 3,1% del total de partos. (Suárez 2015)

El estudio se realizó en el Centro de Salud Barrio Peral de Cartagena, perteneciente al Área II de Salud de la Región de Murcia, ubicado en uno de los barrios más antiguos de la ciudad de Cartagena. El control del embarazo es conforme al Programa de Integral de Atención a la Mujer, el cual establece que la matrona realizará de 6-8 visitas. La primera visita tiene una duración de 15 minutos, y las visitas sucesivas de 5, tiempo insuficiente para llevar a cabo otras actividades que no sean las prefijadas. Así pues el Plan de Parto y Nacimiento no tiene un momento establecido en estas visitas.

OBJETIVOS:

Conocer las expectativas, percepciones y necesidades de las mujeres gestantes en relación al plan de parto y nacimiento, y contribuir a elevar el empoderamiento de las mujeres en su toma de decisiones.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de investigación con enfoque cualitativo basado en la Teoría Fundamentada(Burns & Grove,2012), utilizando como instrumentos un grupo de discusión, y 9 entrevistas semiestructuradas, que dotaron de fluidez a la conversación. Nos apoyamos en el desarrollo de grupos de discusión porque esta técnica extragrupal, macrosociológica y pragmática constituye una estrategia imprescindible en todos aquellos casos en los que se necesita captar con mucha riqueza descriptiva un proceso (Télez, 2007). Se realizó uno conformado por 9 mujeres que acudieron a las clases de preparación a la maternidad y paternidad, gestantes entre 24 y 29 semanas, en primer lugar se les explicó más detenidamente en qué consiste el Plan de Parto y Nacimiento, y se les entregó el documento del Ministerio de Sanidad, ayudándolas a cumplimentarlo.

Así mismo se llevaron a cabo 9 entrevistas en profundidad enfocadas a la búsqueda de información, en un encuentro cara a cara, acerca de los factores que podrían influir en las necesidades, expectativas de las mujeres en el plan de parto y su efecto en la toma de decisiones (San Martin, 2003; Arnau, 2012).

Una vez obtenido el magma de información, se procedió a la transcripción y análisis de contenido. Éste consistió en lecturas reiterativas extraídas a partir de las transcripciones con el propósito de realizar un examen microscópico y seleccionar, focalizar, simplificar, abstraer y transformar los mismos. Posteriormente se procedió a la fragmentación de los datos para manejar las

transcripciones en formato más simple y manejable denominada codificación. Se desarrolló una codificación abierta, axial y selectiva basada en la transcripción de las entrevistas y lectura reiterativa hasta ser desglosadas en unidades pequeñas de significado que constituyeron los códigos. Tras la comparación de los nuevos datos, se agruparon en diferentes categorías y metacategorías que integraron conceptos similares. Así surgieron las categorías centrales del estudio a partir de la saturación teórica de los datos circunscritas a: a) la exploración de las percepciones y necesidades de las mujeres y b) la Identificación de las expectativas de la gestante respecto al plan de parto y nacimiento.

Respecto a las consideraciones éticas, se solicitaron las autorizaciones pertinentes, así como el consentimiento a las mujeres, informándolas acerca de la privacidad y confidencialidad de los datos, según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Como limitaciones del estudio, encontramos el desconocimiento de las mujeres sobre el documento del Plan de Parto y Nacimiento. El presente trabajo no presenta ningún conflicto de interés.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Del análisis del discurso se desprende como Categoría Nuclear: las Percepciones de las mujeres embarazadas sobre el Plan de Parto y Nacimiento. De ésta emergen las siguientes categorías:

a) Explorando las percepciones y necesidades de las mujeres. La cual está conformada por la acción e interacción de las siguientes subcategorías:

1. Adquiriendo mayor conocimiento y seguridad sobre el proceso reproductivo.
2. Deseando el empoderamiento y la autonomía en el parto.
3. Reflexión sobre la futura experiencia del nacimiento.

b) Identificando las expectativas de la gestante respecto al plan de parto y nacimiento. De ésta se derivan:

1. El respeto a las decisiones de la mujer en la secuencia reproductiva.
2. Conformando una simetría en la estructura relacional.

En la subcategoría 1. Adquiriendo mayor conocimiento y seguridad sobre el proceso reproductivo., A tenor de los testimonios, las mujeres representan el plan de nacimiento como una herramienta muy útil para la preparación al parto, dado que contribuye a disminuir "sus miedos" gracias a la información y comunicación que proporcionan (Lundgren, Berg & Lindmark, 2003; Perez & Capitulo, 2005; Lothian, 2006; Simkin, 2007; Kaufman, 2007; De Molina & Muñoz, 2010): "así sabes a lo que vas y lo que te van a hacer", "para quitarnos miedo de los que dice la gente", "para aclarar las dudas", "para tener más información"

En la subcategoría, 2. Deseando el empoderamiento y la autonomía en el parto. Las mujeres expresaron que deseaban que su parto estuviera centrado en ellas mismas y no ser tratadas como un número. Así lo exponen los siguientes testimonios: "yo pensaba que ellos te hacían lo que les daba la gana", "No sabíamos que podíamos opinar", "para saber las opciones que tenemos para poder decidir"

En la subcategoría, 3. Reflexión sobre la futura experiencia del nacimiento; las participantes ponen de manifiesto que el plan de nacimiento no solo les permiten planificar el momento del nacimiento conforme se acerca el evento sino también modificar o revocar el plan de parto parcial o completamente en cualquier momento; constituyendo un proceso de reflexión para la mujer (Lothian, 2006; De Molina & Muñoz, 2010): "se trata de disfrutar del momento de ir a dar a luz, no de pasarlo mal" "faltan unos dos meses, yo puedo poner aquí preferencias, y luego que cambie la situación"

b) Identificando las expectativas de la gestante respecto al plan de parto y nacimiento. De ésta se derivan:

En la subcategoría 1. El respeto a las decisiones de la mujer en la secuencia reproductiva. Las mujeres expresaron un mayor respeto en la toma de decisiones, representando el plan de parto como una herramienta que mantiene al profesional pendiente de los deseos de la mujer en la atención reproductiva: "Ellos luego te hacen lo que quieren, pero con el plan de parto la cosa cambia.." "...si no hubiéramos tenido la hoja esa del plan de parto, (...) hubiéramos dejado que los profesionales nos hicieran lo que quisieran sin saber que hacían y por qué"

En la subcategoría 2. Conformando una simetría en la estructura relacional. Respecto a ello, las informantes aseveran sentimientos encontrados respecto a la conformación de la estructura relacional; por un lado, puede ser un instrumento que distancie aún más las relación clínica entre los profesionales y la mujer, y de otro, podría ser considerado como una forma de conseguir una mayor simetría en la interacción clínica: “te pueden tomar manía”, “mira la lista”, “no sabemos cómo va a ser la actitud de cada persona cuando lleguemos allí”, “Si el entregarlo va a ayudar a otras mujeres, es bueno”.

CONCLUSIÓN

El plan de nacimiento constituye una importante herramienta ofrecida por los profesionales sanitarios (matronas) a la mujer durante la atención prenatal y que es percibida por ella como un medio para conseguir mayor conocimiento acerca de la atención del proceso reproductivo y conocer las estrategias para lograr una estructura relacional que les permita gestionar mejor su parto de acuerdo con sus expectativas.

Asimismo, el plan de parto es representado por las mujeres como un importante instrumento para el respeto en la toma de decisiones de la mujer, y el consiguiente empoderamiento y autonomía de la misma durante el proceso del parto; aspecto muy valorado por las parturientas dado que les permite ajustarse a sus expectativas. Sin embargo, el plan de parto puede llegar a constituir un arma de doble filo, al ser interpretado por los profesionales como una invasión a su conocimiento científico e interferir en sus prácticas asistenciales

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Arnau, J. (2012). Estudio exploratorio de la Humanización en la Atención Perinatal de la Mujer del Área I de Salud de la Región de Murcia. Tesis Doctoral. Murcia: Universidad de Murcia
- Burns, N., & Grove, S. K. (2012). Introducción al proceso de investigación cualitativa. En Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. (págs. 85-89). Barcelona: Elsevier Saunders
- Lothian, J. (2006). Birth plans: the good, the bad, and the future. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* , 35 (2), 295-303.
- De Molina, I. F., & Muñoz, E. S. (2010). El plan de parto a debate. ¿Qué sabemos de él? *Matronas Profesión* , 11 (2), 53-7.
- Kaufman, T. (2007). Evolution of the Birth Plan. *J Perinat Educ* , 16 (3), 47-52.
- Lothian, J. (2006). Birth plans: the good, the bad, and the future. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* , 35 (2), 295-303.
- Lundgren, I., Berg, M., & Lindmark, G. (2003). Is the childbirth experience improved by a birth plan? *J Midwifery Womens Health* , 48 (5), 322-8.
- Lothian, J. (2006). Birth plans: the good, the bad, and the future. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 35(2), 295-303.
- Mercer, R. (2006). Nursing support of the process of becoming a mother. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* , 35 (5), 649-651.
- Ministerio de Sanidad. (2010). Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Vitoria.
- Ministerio de Sanidad. (2012). Plan de Parto y Nacimiento.
- Peart, K. (2004). Birth planning--is it beneficial to pregnant women? *Aust J Midwifery* , 17 (1), 27-9.
- Perez, P., & Capitulo, K. (2005). Birth plans: are they really necessary? Pro and con. *MCN Am J Matern Child Nurs* , 30 (5), 288-9.
- Sanmartín, R. (2003). Observar, escuchar, comparar, escribir. La práctica de la investigación cualitativa. Barcelona, Editorial Ariel.
- Simkin, P. P. (2007). Birth Plans: After 25 Years, Women Still Want To Be Heard. *Birth* , 34 (1), 49-51.
- SMS, S. M. (18 de Noviembre de 2012). Murciasalud. Recuperado el 18 de Noviembre de 2012, de <http://www.Murciasalud.com>
- Suárez Cortés, M; Armero Barranco D; Canteras Jordana M; Martínez Roche ME. Uso e influencia de los Planes de Parto y

Nacimiento en el proceso de parto humanizado. Rev. Latino-Am. Enfermagem. mayo.-jun. 2015;23(3):520-6
Téllez, A (2007). La Investigación Antropológica. Alicante: Editorial Club Universitario
Whitford, H., & Hillan, E. (1998). Women's perceptions of birth plans. Midwifery, 14(4), 248-253

Mesa de Comunicaciones 13: Cuidados a pacientes crónicos

Concurrent Session 13: Chronic Care

AUTORES/AUTHORS:

SARA CHIQUERO VALENZUELA, MARÍA DOLORES LÓPEZ FRANCO, JOSÉ MARÍA GARRIDO MIRANDA

TÍTULO/TITLE:

Eficacia del aceite de oliva virgen extra en la prevención de úlceras por presión: revisión sistemática con metaanálisis

INTRODUCCIÓN: Las úlceras por presión (UPP) conllevan importantes gastos para el sistema sanitario (1) y un impacto significativo en la calidad de vida de las personas que sufren estas lesiones (2). Se estima que el 95% de éstas serían evitables (3), por lo que se manifiesta la necesidad de una atención adecuada y segura en la prevención de las UPP (4).

Los ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) son compuestos oleosos que mejoran el aporte sanguíneo, la elasticidad y el tono de la piel, facilitando la renovación de las células epidérmicas y protegiendo su integridad (5). Sin embargo, los AGHO parecen no ser el único producto utilizado en la prevención de UPP, ya que investigadores han empezado a plantearse la eficacia de otros productos como los ácidos grasos esenciales (AGE) (6). El aceite de oliva es rico en ácidos grasos, siendo el ácido oleico el más abundante (75%) y en menor medida el ácido linoleico y el linolénico (7). Los beneficios del AOVE a nivel cutáneo son variados: aportan hidratación en pieles sanas y contribuyen a repararla en aquellas que están deterioradas de forma rápida. También, por sus propiedades antiinflamatorias permiten acelerar los procesos de curación y cicatrización (8).

Existen en la literatura revisiones sobre la efectividad (9) o eficacia (10) de los AGHO en la prevención de las UPP. Sin embargo, en la actualidad no existen revisiones sobre la eficacia del aceite de oliva.

OBJETIVO: Conocer la eficacia del aceite de oliva virgen extra (AOVE) comparada con los ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) en la prevención de úlceras por presión (UPP).

MÉTODOS: Se realizó una revisión sistemática de la literatura con metaanálisis sobre la eficacia del AOVE en relación a los AGHO en la prevención de las UPP. Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en bases de datos nacionales como internacionales sin límite de fechas ni idiomas: COCHRANE, PUBMED, CINAHL, IME (Índice Médico Español), LILACS (Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud), CUIDEN PLUS, SCOPUS, DARE (Database of Abstracts of Review of Effects), ENFISPO, TESEO, ScienceDirect, NICE (National Institute for Health and care Excellence) y ProQuest. La pregunta de investigación se elaboró en formato PICO: En pacientes con riesgo de desarrollar UPP, ¿el aceite de oliva es al menos tan eficaz como los AGHO para reducir esta lesión? Se utilizaron como descriptores los términos pressure ulcer and olive oil. Criterios de inclusión: ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) que comparen el uso de AOVE y de AGHO en la prevención de las UPP. Los estudios fueron inicialmente seleccionados a partir del título y del resumen del mismo. La revisión de los artículos fue realizada por dos revisores independientemente mediante la guía de valoración crítica del Critical Appraisal Skills Programme (CASP) y la calidad de la evidencia mediante el sistema propuesto por el Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation Working Group (GRADE). Se extrajeron datos generales, sobre la eficacia clínica y sobre la seguridad del producto. Para realizar el metaanálisis (modelo de efectos fijos) se calculó la diferencia de riesgo (DR) como medida de efecto con su intervalo de confianza al 95%. También se midió la heterogeneidad del mismo mediante Q de Cochran y la I².

RESULTADOS: Fueron identificados inicialmente 16 artículos que trataban sobre el uso del aceite de oliva, AGHO y UPP. De ellos, 13 artículos fueron excluidos por no cumplir los criterios de inclusión. Finalmente, tras superar la puntuación CASP>5 y poseer una buena calidad de evidencia, fueron incluidos 2 ECAs. En los estudios incluidos, ambos productos mostraron igual eficacia preventiva. La DR estimada en el metaanálisis incluye el valor 0 en su IC indicando que no hay diferencias entre los grupos de comparación, es decir, se muestra que no existen diferencias en la aparición de UPP si se usa el AOVE o los AGHO. Los efectos adversos también fueron recogidos en ambos, siendo únicamente 2 para AGHO y 1 para AOVE de un total de 1060 pacientes.

DISCUSIÓN: No ha sido hasta hace poco tiempo cuando se ha impulsado la actividad científica y se ha manifestado las bondades del AOVE relacionado con la prevención de las UPP.

Los sujetos incluidos en ambos ensayos presentaron tanto riesgo alto (<=12) como riesgo moderado (<=14) según la escala de

Braden. Además, ambos ensayos utilizaron los mismos productos en las zonas de riesgo, con el mismo formato de presentación. En representación del AOVE, Farmoliva Oleicopiel® y en el caso de AGHO, Mepentol®. Sin embargo, el número de aplicaciones y el tiempo de seguimiento diferían. En el de Lupiáñez fue de 112 días, apareciendo UPP categoría II y en el de Díaz, 30 días donde todas las UPP fueron de categoría I.

Los estudios de no inferioridad se realizan cada vez más frecuentemente y su interés no solo radica cuando una nueva intervención presenta ventajas por su seguridad o administración, sino también por los costes.

Implicaciones para la práctica clínica: El AOVE se presenta como un producto eficaz en la prevención de las UPP que las enfermeras podrían utilizar en los cuidados de las personas en riesgo de padecer esta lesión de la piel.

CONCLUSIONES: La revisión sistemática y el metaanálisis encuentran evidencias de la equivalencia preventiva y la seguridad del AOVE y de los AGHO en la prevención de las UPP. La práctica inexistencia de efectos adversos de estos productos indica su seguridad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Soldevilla-Agreda JJ, Torra i Bou J, 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.
- (2) Gorecki C, Brown JM, Nelson EA, Briggs M, Schoonhoven L, Dealey C et al. Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(7):1175-1183.
- (3) Waterlow J. *Pressure ulcer prevention manual*. Taunton:1996.
- (4) National Institute for Clinical Excellence (NICE). *Pressure Ulcer Prevention: The prevention and management of pressure ulcers in primary and secondary care. The management of pressure ulcers in primary and secondary care. A Clinical Practice Guideline* [Internet]. NICE's Medical Technology Evaluation Programme guidance; 2014 [acceso 1 Marzo de 2016]. <https://www.nice.org.uk/>
- (5) Postigo Mota S, Muñoz Bermejo L, López Herranz M, Castilla Fernández V, Piriz Campos R. Ácidos grasos hiperoxigenados. *Revista Rol de Enfermería* 2011;34(2):134-135.
- (6) García Alcaraz F, Salmerón Cifuentes S, Martínez Nieto M, Tejada Cifuentes F. Eficacia de los ácidos grasos esenciales frente a los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de aparición de úlceras por presión en pacientes institucionalizados. *Metas de Enfermería* 2014;17(4):19-25.
- (7) Roldán-Vendrell M. *Diccionario de términos del aceite de oliva*. 1ª ed. Madrid: Arco Libro, S.L; 2013. Ácido linoleico, ácido linolénico y ácido oleico; p. 12-13.
- (8) Carrillo P. Propiedades del aceite de oliva en el mantenimiento de la integridad cutánea. *Seminario médico* 2009;61(2):61-90.
- (9) Carrera Castro C. Evidencia de la efectividad de ácidos grasos hiperoxigenados para prevención y tratamiento de heridas. *Metas de Enfermería* 2014;17(7):18-23.
- (10) López Escribano A, García Alcaraz F, Jareño Collado P, García Aranos J, García Piqueras N. Eficacia de los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de las úlceras por presión. *Gerokomos* 2007;18(4):39-43.

AUTORES/AUTHORS:

SARA CHIQUERO VALENZUELA, FRANCISCO PEDRO GARCÍA FERNÁNDEZ

TÍTULO/TITLE:

Conocimiento de estudiantes y enfermeras clínicas de Jaén sobre la dermatitis asociada a incontinencia

INTRODUCCIÓN: La dermatitis asociada a incontinencia (DAI) es un serio problema de salud cuya prevalencia en personas hospitalizadas se encuentra alrededor del 27% según un estudio realizado en EEUU (1). Se trata de la lesión más común de las denominadas lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH) (2) y se define como la irritación, inflamación y erosión de la capa más superficial de la piel debido a la exposición continuada a la humedad procedente de la orina y las heces localizada en la zona perineal o perigenital, glúteos, y muslos (3,4). Bajo esta situación, se ve aumentado el riesgo de infección, de lesiones por fricción y úlceras por presión (UPP) (5-7), apareciendo en muchas ocasiones dichas lesiones simultáneamente y complicando así su diferenciación y posterior abordaje.

En 2005 el European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) diferenció por primera vez las lesiones por humedad de las UPP, ya que hasta entonces habían sido consideradas como equivalentes (8). Sin embargo, la evidencia empírica recogida en la literatura señala que, a pesar de las guías y directrices facilitadas por sociedades científicas y diferentes autores, existen problemas relacionados con la diferenciación entre los primeros estadios de las UPP y la DAI (6-12).

Con la intención de saber si estudiantes y enfermeras clínicas conocían esta lesión y sus características identificativas se llevó a cabo este trabajo de investigación ya que identificar de forma correcta cualquier lesión es la mejor manera de abordarla.

OBJETIVO: Determinar el nivel de conocimientos que tienen estudiantes y enfermeras clínicas acerca de la dermatitis asociada a incontinencia.

MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo transversal utilizando un cuestionario auto-administrado en la Universidad y el Complejo Hospitalario de Jaén en 2015. La población de estudio fueron estudiantes de enfermería de 3º y 4º curso y enfermeras clínicas de unidades donde la DAI es más prevalente (cuidados intensivos, medicina interna, neumología, cirugía, traumatología y pluripatológicos). El tamaño de la muestra fue determinado tras la realización de un estudio piloto. Se recogieron diferentes variables sociodemográficas y para conocer el nivel de conocimientos. El cuestionario constaba de 20 preguntas sobre los aspectos identificativos de la DAI siguiendo el modelo teórico desarrollado por García-Fernández et al. (9) (causa, localización, forma, necrosis, profundidad, bordes y color). Fue evaluado por tres expertos nacionales en heridas crónicas para elaborar su versión final. El análisis de datos fue secuencial univariante de tipo descriptivo de las variables de estudio y bivariante para el contraste de hipótesis utilizando la prueba paramétrica T – Student, ANOVA y el coeficiente Rho de Spearman para las variables cuantitativas tras comprobar los criterios de normalidad mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se trabajó con un nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS: El número de cuestionarios cumplimentados fue de 226 (142 de estudiantes y 82 de enfermeras clínicas). La mayoría de los participantes eran mujeres 75% (n=168). La edad media fue de 30,83±12,44 años con un rango entre los 20 y 60 años. La media del nivel de

conocimientos fue $72,08 \pm 11,39$. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,006$) en el nivel de conocimientos de los estudiantes de enfermería y las enfermeras clínicas. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el sexo, el curso académico, el destino de prácticas, la vía de acceso a la universidad, la experiencia, la formación y la unidad asistencial. La causa y la localización fueron los aspectos más acertados y la forma, la posibilidad de necrosis y el color los menos acertados.

DISCUSIÓN: La DAI es una lesión bastante desconocida que ha sido y es frecuentemente infravalorada y confundida con las UPP. Esto se traduce en una gran variabilidad clínica, en resultados deficientes y en costes evitables para el Sistema Sanitario.

Tanto estudiantes como profesionales necesitan mejorar sus conocimientos sobre estas lesiones para poder prevenirlos y tratarlos de forma adecuada. Para el abordaje de cualquier herida crónica, la valoración y la identificación son los puntos de partida que deben conocerse para poder garantizar unos cuidados de calidad.

La investigación pone de manifiesto que existe variabilidad en la práctica clínica, que la habilidad para identificar las lesiones de la piel es una tarea complicada y que mejora con el conocimiento, la formación y el entrenamiento.

Implicaciones para la práctica clínica: Este trabajo muestra la necesidad de trabajar en el terreno de la identificación de la DAI frente a otras, dado el vacío que existe en nuestro medio y la dificultad que presenta la correcta diferenciación de las lesiones de la piel.

CONCLUSIONES: El nivel de conocimientos estudiantes y enfermeras clínicas acerca de la DAI es aceptable. La distinción entre UPP y DAI es compleja, mostrando peores resultados en las preguntas más relacionadas con las UPP.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Junkin J, Selekof JL. Prevalence of incontinence and associated skin injury in the acute care inpatient. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2007 May-Jun;34(3):260-269.
2. Torra i Bou, Joan Enric, Rodríguez Palma M, Soldevilla Agreda JJ, García Fernández FP, Sarabia Lavín R, Zabala Blanco J, et al. Redefinición del concepto y del abordaje de las lesiones por humedad: Una propuesta conceptual y metodológica para mejorar el cuidado de las lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH). 2013.
3. Gray M. Incontinence-related skin damage: essential knowledge. *Ostomy Wound Manage* 2007 Dec;53(12):28-32.
4. Beeckman D, Campbell J, Campbell K, Chimentão D, Coyer F, Domansky R, et al. Proceedings of the Global IAD Expert Panel. Incontinence-associated dermatitis: moving prevention forward. 2015.
5. Segovia-Gómez T, Bermejo Martínez M, García-Alamino JM. Úlceras por humedad: conocerlas mejor para poder prevenirlos. *Gerokomos* 2012;23(3):137-140.
6. Kottner J, Halfens R. Moisture lesions: interrater agreement and reliability. *J Clin Nurs* 2010;19(5-6):716-720.
7. Beeckman D, Van Lancker A, Van Hecke A, Verhaeghe S. A Systematic Review and Meta-Analysis of Incontinence Associated Dermatitis, Incontinence, and Moisture as Risk Factors for Pressure Ulcer Development. *Res Nurs Health* 2014;37(3):204-218.
8. Defloor T, Schoonhoven L, Fletcher J, Furtado K, Heyman H, Lubbers M, et al. Statement of the European Pressure Ulcer Advisory Panel—pressure ulcer classification: differentiation between pressure ulcers and moisture lesions. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing* 2005;32(5):302-306. .
9. García Fernández F, Ibars Moncasi P, Martínez Cuervo F, Perdomo Pérez E, Rodríguez Palma M, Rueda López J, 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. 2006.

10. Beeckman D, Schoonhoven L, Verhaeghe S, Heyneman A, Defloor T. Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: literature review. *J Adv Nurs* 2009;65(6):1141-1154.

11. Mahoney M, Rozenboom B, Doughty D, Smith H. Issues related to accurate classification of buttocks wounds. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2011 Nov-Dec;38(6):635-642.

12. García-Fernández FP, Agreda J, Verdú J, Pancorbo-Hidalgo PL. A New Theoretical Model for the Development of Pressure Ulcers and Other Dependence Related Lesions. *Journal of Nursing Scholarship* 2014;46(1):28-38.

AUTORES/AUTHORS:

Miguel Coronado Gutiérrez, Marina Rodríguez Organista, Carlos Blanco López, Óscar Álvarez López, Marta Pérez López, Hilario Hernández Ovejero

TÍTULO/TITLE:

IMPACTO DE LA FIBRODISPLASIA OSIFICANTE PROGRESIVA EN EL BIENESTAR DEL AFECTADO Y SU CUIDADOR

OBJETIVOS

Para la consecución del trabajo de campo se plantearon un objetivo general y cuatro objetivos específicos.

Objetivo general

Describir la experiencia personal de varios afectados de fibrodisplasia osificante progresiva de España.

Objetivos específicos

- Conocer la autopercepción de los afectados de fibrodisplasia osificante progresiva sobre la carga que generan a su cuidador principal.
- Describir los cambios en las relaciones interpersonales de los afectados de fibrodisplasia osificante progresiva.
- Describir la experiencia del cuidado por parte de los cuidadores principales de afectados de fibrodisplasia osificante progresiva.
- Conocer el nivel de ansiedad, depresión y sobrecarga del cuidador principal de afectados de fibrodisplasia osificante progresiva.

MÉTODOS

Para dar respuesta a los objetivos planteados, se elaboró un estudio de diseño descriptivo de trayectoria fenomenológica, en base a las experiencias compartidas por los participantes del estudio mediante sus testimonios, adicionando datos numéricos resultantes de la valoración de diferentes esferas.

El estudio se compone de dos análisis, para los cuales se empleó metodología cualitativa.

- Análisis I: En el primer análisis, con el propósito de describir la experiencia personal de convivir con la fibrodisplasia osificante progresiva, conocer la autopercepción de carga sobre su cuidador principal por parte de los afectados y describir el proceso de adaptación a la sociedad, se realizaron entrevistas individuales a los afectados de FOP.
- Análisis II: En el segundo análisis, con la finalidad de describir el nivel de ansiedad, depresión y sobrecarga del cuidador, se realizó una entrevista individual al cuidador principal de cada uno de los participantes del Análisis I.

Se trata de un estudio de ámbito nacional. Dada la limitada incidencia y la gran dispersión geográfica de la fibrodisplasia osificante progresiva, el estudio se contempló para todo el territorio de Estado.

El estudio se realizó entre los meses de Junio de 2015 y Abril de 2016.

Para el primer análisis (Análisis I) se contó con la colaboración de 6 afectados por fibrodisplasia osificante progresiva y el segundo (Análisis II) con el correspondiente cuidador principal de cada uno de los afectados. Se realizó una entrevista en profundidad, de carácter individual a cada sujeto de estudio, tras la firma del correspondiente Consentimiento Informado.

La población del estudio estaba constituida por todos los afectados de FOP de España y sus respectivos cuidadores principales. De los 24 afectados con diagnóstico cierto de FOP en España, exclusivamente 17 están bajo estudio y seguimiento por el Departamento de Enfermedades Raras del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).

La selección de los participantes del Análisis I fue intencional, buscando la participación de aquellos sujetos cuyos perfiles presentaran diferentes características sociales y/o personales ajustadas a los objetivos del estudio, especialmente relacionadas con la capacidad de convivir con la FOP, las relaciones interpersonales y las limitaciones encontradas en la sociedad.

Las principales características que condujeron la selección de los participantes del Análisis I, fueron:

- Fibrodisplasia Osificante Progresiva. Puesto que el estudio versa sobre las vivencias de personas afectadas por esta enfermedad, se consideró como requisito imprescindible incluir sujetos afectados por fibrodisplasia osificante progresiva.

- Género. Se consideró relevante conocer la participación de afectados de ambos sexos.
- Edad. Al pretender valorar el impacto de la enfermedad, desde múltiples ángulos de vista en la experiencia diaria, se requiere una visión integral de todos los aspectos que diariamente experimenta un afectado por fibrodisplasia osificante progresiva, por lo que se incluyó afectados de diferentes edades con el fin de obtener diferentes interpretaciones, en función de la edad del afectado.
- Cuidador principal. Puesto que el estudio tiene alcance sobre los cuidadores principales de los afectados por fibrodisplasia osificante progresiva, se creyó oportuno conocer el parentesco de los afectados con sus respectivos cuidadores principales, con la idea de conocer las potenciales diferencias de los testimonios en función del grado de parentesco.

El número total de afectados localizados a los que se accedió en el tiempo establecido fue de 8, pero ante la negativa de 2 de ellos a participar (2 hombres), el número definitivo de participantes del análisis se redujo a 6, siendo la dispersión geográfica una variable a destacar.

La entrevista del Análisis I se estructuró conforme a las siguientes categorías principales, hecho que permitió la aproximación y estructuración de la información.

1. Estado de salud: Úlceras por presión, caídas y alteraciones bucodentales.
2. Cuidador principal: Actividades básicas de la vida diaria, necesidades asistenciales y soporte emocional.
3. Relaciones interpersonales: Social, familiar, personal.
4. Diagnóstico.
5. Perspectivas de futuro.
6. Creencias.
7. Apoyo económico.
8. Búsqueda de asociacionismo y contacto con otros afectados.

Atendiendo a los criterios de credibilidad y confirmabilidad establecidos por Guba y Lincoln en 1985, se ha incorporado una estrategia de calidad específica como la comprobación con los participantes, a los que se les mostró el resultado de las transcripciones y del informe final de resultados, manifestando su aprobación con el tratamiento dado a la información.

El estudio se ha realizado respetando en todo momento el anonimato de los participantes, respetando los principios bioéticos, aplicables a la investigación en ciencias de la salud, según Beuchamp y Childress, a destacar, los de beneficencia, no maleficencia y autonomía. La naturaleza del estudio se ha basado en la participación voluntaria de los sujetos, así como la capacidad de poder abandonarlo cuando lo estimaran oportuno. Los datos aportados por los participantes han sido tratados con absoluta confidencialidad, impidiendo la asociación entre los resultados del estudio y los sujetos. Exclusivamente el investigador principal del estudio tiene acceso a los testimonios y datos numéricos.

Para la obtención y tratamiento de los datos personales de los participantes, se contemplaron los preceptos establecidos por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, especialmente durante la protección y custodia, deber de secreto de los datos facilitados y la diversa documentación en formato audio y papel que integra el sumario de cada participante con los que se ha trabajado. Los participantes fueron codificados alfanuméricamente de forma inmediata, omitiendo aquellas características que pudiera facilitar su posterior reconocimiento, de acuerdo a la legislación vigente, Ley 14/2007, de 3 de Julio, de Investigación Biomédica, para ello, se retiraron nombres, apellidos y localidades de residencia, puesto que dada la limitada incidencia de la FOP, la localización específica de cada afectado es una variable que podría facilitar la identificación de algún participante del estudio, por lo que se mencionaron exclusivamente las Comunidades Autónomas a las que pertenece cada participante.

Previo a la realización de las entrevistas, se entregó un Consentimiento Informado escrito a todos los participantes, otorgando éstos su autorización al estar conforme con las especificaciones del mismo.

RESULTADOS

De los diferentes resultados alcanzados en cada análisis del estudio pueden extraerse las siguientes conclusiones, que sintetizan

aquellos aspectos más relevantes que dan respuesta a los objetivos planteados en el estudio.

Dando respuesta al objetivo general

- La mayoría de los afectados se consideran personas sanas y fuertes, siendo conscientes del impacto que ha supuesto la enfermedad en sus vidas y las restricciones que les ha ocasionado en su día a día, a la vez que son conocedores de la progresión de la enfermedad y el futuro previsible.
- Adquiere una especial entidad la figura de la madre como cuidadora principal y punto de referencia personal para los afectados, al ser ésta su gran apoyo desde el inicio de la enfermedad.

Dando respuesta a los objetivos específicos

- Los afectados han experimentado limitaciones en sus relaciones interpersonales, fundamentalmente las externas al ámbito familiar, condicionadas por la necesidad de ayuda y el impacto de la enfermedad en su autonomía personal.
- Los afectados reconocieron una importante sobrecarga sobre su cuidador principal, relacionada con la evolución de la enfermedad y el grado de discapacidad asociado a ésta.
- Los cuidadores principales manifestaron sentirse desbordados en el cuidado del afectado, señalando fundamentalmente razones personales como la edad o la propia situación de enfermedad, alineándose con la autopercepción de los afectados.
- Los cuidadores han referido un alto índice de ansiedad y depresión, relacionadas con la necesidad de demostrar entereza frente a los afectados, evitando generarles un conflicto personal. Esta situación ha condicionado que varios cuidadores tuvieran prescritos tratamientos ansiolíticos y/o antidepresivos.
- Los cuidadores han identificado pérdidas en aspectos relevantes de sus vidas y en sus propios intereses individuales, viéndose interrumpidos por la dedicación de cuidado a su familiar, llegando a perder el sentido de la propia vida.

Las enfermedades genéticas óseas constituyen uno de los grupos más numerosos e importantes dentro de la gran diversidad de trastornos considerados como "enfermedad rara". La mayoría de las enfermedades raras se manifiestan a edades tempranas. Su carácter crónico vincula a los afectados al sistema sanitario de por vida, tratándose frecuentemente de enfermedades irreversibles, degenerativas e incapacitantes, cuya evolución, tratamiento y secuelas deterioran la calidad de vida del afectado y su entorno familiar, así como sus posibilidades de integración en la sociedad.

Como consecuencia de la baja prevalencia y el desconocimiento de estas enfermedades, las personas afectadas y sus familias sufren sentimientos de incertidumbre, desamparo, angustia y otras manifestaciones psicológicas.

Estas personas, además de enfrentarse al problema de una patología difícil de diagnosticar, puesto que se trata de enfermedades graves y poco comunes, disponen de poca información sobre su patología y la dispersión geográfica genera un aislamiento del afectado y su familia.

Dentro del grupo de las enfermedades raras destaca la fibrodiasplasia osificante progresiva, uno de los desórdenes genéticos del hueso más singulares y la causa más grave de osificación ectópica en humanos. También se trata de una gran desconocida, tanto en la sociedad como entre los profesionales sanitarios. Sin embargo, la importancia de este singular trastorno, en términos de impacto sanitario y social, va mucho más allá de lo que indicaría su rareza.

La magnitud, variedad y significado de las alteraciones fisiopatológicas de la FOP la configuran como un modelo idóneo para investigar los cuidados en pacientes con alteraciones de la movilidad. Entre otros, los resultados de dicha investigación podrán ser aplicados, con toda probabilidad, en procesos de gran prevalencia e impacto sanitario como son las enfermedades neuromusculares degenerativas y/o progresivas, con las que comparte, en sus estadios más avanzados, una pérdida significativa de la movilidad y dificultad para realizar funciones básicas, como la respiración y la ingesta de alimentos.

Los resultados del estudio son aplicables en la valoración y atención personalizada de personas afectadas por enfermedades raras, como los afectados de fibrodiasplasia osificante progresiva, y sus cuidadores principales, permitiendo identificar la respuesta y el afrontamiento de los individuos ante su situación vital.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Hüning I, Gillissen-Kaesbach G. Fibrodysplasia ossificans progressiva: Clinical course, genetic mutations and genotype-phenotype correlation. *Mol Syndromol*. 2014; (5): 201-211.
2. Pignolo R, Shore E, Kaplan FS. Fibrodysplasia Ossificans Progressiva: Clinical and Genetic Aspects. *Orphanet J Rare Dis*. 2011, 6: 80.
3. Morales Piga A, Bachiller Corral J, Trujillo Tiebas MJ, Villaverde Hueso A, Gamir Gamir ML, Alonso Ferreira V et al. Fibrodysplasia ossificans progressiva in Spain: Epidemiological, clinical, and genetic aspects. *Bone*. 2012; 51: 748-755.
4. Morales Piga A, Bachiller Corral FJ, Sánchez Duffhues G. Is fibrodysplasia ossificans progressiva a vascular disease? A groundbreaking pathogenic model. *Reumatol Clin*. 2014; 10 (6): 389-395.
5. Gorji R, Li F, Nastasi R, Stuart S. Fibrodysplasia ossificans progressiva: anesthetic management in complex orthopedic spine procedures. *J Clin Anesth*. 2011; 23: 558-561.
6. Kitterman JA, Strober JB, Kan L, Rocke DM, Cali A, Peeper J et al. Neurological symptoms in individuals with fibrodysplasia ossificans progresiva. *J Nuerol*. 2012; 259 (12): 2636-2643.
7. Kaplan FS, Zasloff MA, Kitterman JA, Shore EM, Hong CC, Rocke DM. Early Mortality and Cardiorespiratory Failure in Patients with Fibrodysplasia Ossificans Progressiva. *J Bone Joint Surg Am*. 2010; 92 (3): 686-691.
8. Kaplan FS, Chakkalakal SA, Shore EM. Fibrodysplasia ossificans progressiva: mechanisms and models of skeletal metamorphosis. *Dis Model Mech*. 2012; 5: 756-762.
9. Pignolo RJ, Shore EM, Kaplan FS. Fibrodysplasia Ossificans Progressiva: Diagnosis, Management and Therapeutic Horizons. *Pediatr Endocrinol Rev*. 2013; 10 (2): 437-448.
9. European Medicines Agency. Public summary of opinion on orphan designation. Palovarotene for the treatment of fibrodysplasia ossificans progressiva. 12 Enero 2015.
10. Matsumoto Y, Hayashi Y, Schlieve CR, Ikeya M, Kim H, Nguyen TD et al. Induced pluripotent stem cells from patients with fibrodysplasia ossificans progressiva show increased mineralization and cartilage formation. *Orphanet J Rare Dis*. 2013; 8: 190-204.
11. Miao J, Zhang C, Wu S, Peng Z, Tania M. Genetic abnormalities in Fibrodysplasia Ossificans Progressiva. *Genes Genet Syst*. 2012; 87: 213-219.
12. Morales Piga A, García Ribes M, Arribas Álvaro P, Casado Álvaro C, Posada de la Paz M, Bachiller Corral J. ¿Hay lugar en atención primaria para las enfermedades poco frecuentes? El caso de la fibrodysplasia osificante progresiva. *Aten Primaria*. 2013; 45 (6): 324-328.

AUTORES/AUTHORS:

Ana Folch Ayora, Loreto Macia Soler, María Isabel Orts Cortes, Carmen Hernández Carcereny, Nuria Seijas Babot, Victoria Andreu Guillamon, Desamparados Bernat Adell, Aurora Esteve Clavero, Yolanda Lapeña Moñux

TÍTULO/TITLE:

Estudio descriptivo de la EPOC en Castellón, últimos 5 años.

Los datos epidemiológicos de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en Castellón, son escasos e inexistentes, siendo el objetivo principal de esta investigación conocer el perfil y el impacto asistencial que genera la EPOC en el Hospital Universitario General de Castellón (HUGC), hospital de referencia provincial.

Metodología: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo con revisión de historias clínicas desde 2009 hasta 2013, de todos los pacientes que ingresaron en el HUGC con el diagnóstico principal de EPOC (GRD088). Variables: sociodemográficas (sexo, edad), duración media del ingreso, ingresos hospitalarios, reingresos y servicio del ingreso (neumología, corta estancia, medicina interna, cardiología, otros), comorbilidades (número de comorbilidades y tipo de comorbilidad; hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, cannabis, otras drogas), tratamientos terapéuticos (nebulizadores y aerosoles, oxigenoterapia, corticoides intravenosos, antibióticos intravenosos, otros) y procedimientos diagnósticos (gasometría arterial, electrocardiografía, espirometría, radiografía de tórax, otros), mortalidad. Se realizó un análisis descriptivo, frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas; medidas de tendencia central y dispersión para las cuantitativas e intervalos de confianza (IC) del 95%. El protocolo de investigación fue aprobado por el comité de bioética del HUGC.

Resultados: 1121 personas ingresaron en el periodo del estudio con el GRD088, con una edad media de $75,5 \pm 11,5$ años IC95% (73-75), donde el 75% eran hombres. La media del ingreso se situó en $7,1 \pm 5,5$ días y una tasa de reingreso anual de $n=171$ (20%). Los ingresos medios de pacientes con EPOC fueron de $229 \pm 1,4$ pacientes, siendo el año 2012 ($n=273$) y el año 2009 ($n=248$) los años con mayor número de casos, concentrándose los mismo en los meses de enero (15%), febrero (12%) y marzo (11%). Con una tasa de mortalidad del 19%. Si atendemos a las características patológicas de los pacientes la media de comorbilidades fue de $6,0 \pm 2,1$ IC95% (5-6) comorbilidades, donde el 90% de los pacientes presentan alguna comorbilidad, siendo las de mayor prevalencia las de tipo cardíaco (64%), endocrino-renales (20%) y las oncológicas (5%). Así pues los tratamientos terapéuticos de la EPOC más utilizados fueron la terapia nebulizada / inhalada (39%) y la oxigenoterapia (37%) y de los procedimientos diagnósticos la gasometría arterial (79%) y el electrocardiograma (48%).

Discusión: Perfil del paciente EPOC en Castellón similar al estudio IBEREPOC (Soriano JB, et al 2007) EPISCAN (Ancochea J, et al 2009); (Navarro A, et al 2015). Los reingresos anuales por agudización (Sullivan SD & Ramsey SC, 2000) y la media de ingresos anuales, datos similares a otros estudios (Connors AF, et al 1996), (Mushlin AI, et al 1991). Existiendo variabilidad en el número de días de ingreso, como en el estudio de (Otero I, et al 2002) con un ingreso medio de 4,8 días. Los criterios de temporalidad de los ingresos muestran que durante los meses de invierno se concentran un mayor número de ingresos por agudización (Otero I, et al 2002), (Weiss KB, et al 1990) Ocurriendo también con otras enfermedades pulmonares como el asma (Khot A, et al 1984). Elevado número de comorbilidades, datos puestos en relieve en otros estudios (Mapel DW, et al 2000), siendo las de tipo cardíaco (Van Manen, et al 2001) las más prevalentes. Siendo un factor de empeoramiento del pronóstico de la enfermedad. Según la Estrategia Nacional del paciente con EPOC es importante mejorar la asistencia de los pacientes con EPOC como consecuencia del elevado número de ingresos, el elevado número de comorbilidades y como consecuencia su afectación en la calidad de vida y la mortalidad de este tipo de enfermos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Ancochea J, Badiola C, Duran-Tauleria E, Garcia Rio F, Miravittles M, Muñoz L, et al. [The EPI-SCAN survey to assess the prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Spanish 40-to-80-year-olds: protocol summary]. *Arch Bronconeumol*. Elsevier; 2009;45(1):41–7.
- Connors AF, Dawson N V, Thomas C, Harrell FE, Desbiens N, Fulkerson WJ, et al. Outcomes following acute exacerbation of severe chronic obstructive lung disease. The SUPPORT investigators (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments). *Am J Respir Crit Care Med*. 1996;154(4 Pt 1):959–67.
- Khot A, Burn R, Evans N, Lenney C, Lenney W. Seasonal variation and time trends in childhood asthma in England and Wales 1975-81. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1984 28;289(6439):235–7.
- Mapel DW, Hurley JS, Frost FJ, Petersen H V., Picchi MA, Coultas DB. Health Care Utilization in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Arch Intern Med*. American Medical Association; 2000;160(17):2653.
- Mushlin AI, Black ER, Connolly CA, Buonaccorso KM, Eberly SW. The necessary length of hospital stay for chronic pulmonary disease. *JAMA*. 1991;266(1):80–3.
- Navarro A, Costa R, Rodriguez-Carballeira M, Yun S, Lapuente A, Barrera A, et al. Prognostic assessment of mortality and hospitalizations of outpatients with advanced chronic obstructive pulmonary disease. Usefulness of the CODEX index. *Rev Clin Esp*. 2015
- Otero González I, Blanco Aparicio M, Montero Martínez C, Valiño López P, Vereá Hernando H. Características epidemiológicas de las exacerbaciones por EPOC y asma en un hospital general. *Arch Bronconeumol*. Elsevier; 2002;38(06):256–62.
- Soriano JB, Miravittles M. Datos epidemiológicos de EPOC en España. *Archivos de Bronconeumología*. 2007. p. 2–9.
- Sullivan SD, Ramsey SC T AL. The economic burden in COPD. *Chest*. 2000;117: S5-S9.
- Van Manen J., Bindels PJ., IJzermans C., van der Zee J., Bottema BJA., Schadé E. Prevalence of comorbidity in patients with a chronic airway obstruction and controls over the age of 40. *J Clin Epidemiol*. 2001;54(3):287–93.
- Weiss KB. Seasonal trends in US asthma hospitalizations and mortality. *JAMA*. 1990 2;263(17):2323–8

Sesión de Comunicaciones Orales Breves II

Session of Oral Brief Presentations II

AUTORES/AUTHORS:

Pablo Martínez Angulo, Manuel Rich Ruiz

TÍTULO/TITLE:

Efectos de una intervención reflexiva sobre la imagen de autonomía profesional en estudiantes de enfermería.

OBJETIVO

El presente estudio tiene como objetivo: Evaluar los cambios producidos en un grupo de estudiantes de enfermería participantes en una experiencia de aprendizaje crítico, en términos de reestructuración e integración de formas “emancipadoras y autonomizantes de ver la enfermería”.

METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo un estudio antes-después (o pre-post) de un sólo grupo. Los sujetos de estudio han sido los estudiantes de primer curso del Grado de Enfermería de la Universidad de Córdoba.

La variable respuesta antes y después de la exposición de los sujetos a la intervención fue definida como el deseo de control, medido mediante la versión española de la escala de Burger y Cooper (Calvo et al., 2012). Sobre la variable intervención, la experiencia de aprendizaje crítico, fue diseñada siguiendo los trabajos de Allen (1990).

Para la recogida de datos, se utilizó un cuestionario inicial que contenía la información identificativa del sujeto y la escala mencionada anteriormente. Esta escala fue contestada antes del inicio de la actividad y a las 3 semanas de su finalización [retest]. El cuestionario [con escala] fue entregado en mano y autocumplimentado por el propio alumno.

El bagaje sobre preconcepciones y prejuicios que el alumnado tenía sobre la realidad enfermera [previa a la actividad], los cambios en la conciencia de opresión/autonomía y las emociones provocadas, se han recogido mediante un diario reflexivo que el alumno realizaba tras finalizar la actividad. Para identificar las emociones provocadas se utilizó la rueda de emociones de Plutchik (2003). Para detectar cambios en el deseo de control se ha realizado una comparación de medias para datos apareados; y para analizar la información recogida mediante diario reflexivo, un análisis textual mediante el método de comparaciones constantes.

Previo a la recogida de datos, los participantes fueron informados por los investigadores del trabajo y cumplieron el consentimiento informado.

RESULTADOS

El análisis de los datos refleja un deseo de control alto, con una puntuación global de 55,65 en la escala de Burger y Cooper [rango 15-75]. Este deseo de control no presenta asociación significativa con ninguna de las variables explicativas [edad, sexo, estudios elegidos en primera opción, modalidad y calificación de acceso]. Al comparar las puntuaciones antes y después de la intervención, no aparecen diferencias significativas en la puntuación global. En cambio sí aparecen diferencias en las dimensiones autonomía y poder e influencia, que aumentan de 10,10 a 12,20 y de 9,53 a 12,58 respectivamente.

En cuanto a las preconcepciones y prejuicios sobre la realidad enfermera existentes en el alumnado, las descripciones repiten con frecuencia el mismo patrón: mujer profesional, de mediana edad, que realiza técnicas. Reconocen que se trata de una visión sesgada de la realidad, fruto de sus experiencias personales; y que en cierto modo, contiene muchos de los estereotipos que después serían analizados en el taller de imagen pública.

El conocimiento explícito de estos estereotipos y el análisis de sus implicaciones [subordinación, opresión, etc.] les produce daño; a pesar de lo cual, son capaces de mirar hacia el pasado [para buscar las razones de la realidad actual] y hacia el futuro [para identificar posibles soluciones].

No obstante, esta conciencia de control interno, y este proceso de transformación de ideas, aparecen acompañados de numerosas emociones. En cuanto a las negativas, las más repetidas fueron el enfado, ira, miedo y tristeza. Entre las positivas, tenemos el optimismo, confianza, interés y admiración.

DISCUSIÓN

La imagen técnica y escasamente autónoma descrita por los estudiantes antes de su incorporación al título, es similar a la

encontrada en otros estudios (Albar & Sivianes-Fernández, 2015), donde los alumnos resaltan el rol de asistencia en hospitales, ayudar al enfermo, sacar sangre, etc.

Sin embargo, los altos niveles de deseo de control encontrados en nuestro estudio contrastan con estudios previos, que sitúan el deseo de control en niveles bastante más bajos (Martín Sanz et al., 2014). Si bien estos datos corresponden a alumnos de otra titulación [grado en Psicología].

Respecto al variado abanico de emociones que han sido provocadas con la intervención, justifican [sin duda] la importancia de conocer y gestionar las emociones (Barba Téllez, 2012) cuando, [como ocurre en nuestra intervención], el aprendizaje pretende ir más allá de la realidad [existente] para ver aquello diferente a las pautas dadas e, incluso, cuando se pretende revelar las intencionalidades ocultas.

Respecto a la validez interna del estudio, señalar que al no existir grupo control, no se puede asegurar que los cambios aparecidos sean debidos a la propia intervención u otras intervenciones/factores no controlados. Además, es necesario tener en cuenta que la respuesta puede estar inducida por el conocimiento de los participantes de que se les está estudiando.

A pesar de ello, los resultados del estudio permiten aconsejar la introducción del constructivismo aplicado a los procesos de enseñanza-aprendizaje en los estudios de enfermería como una herramienta útil para fomentar formas “emancipadoras y autonomizantes de ver la enfermería”, tan necesarias aún actualmente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

LISTA DE REFERENCIAS

- Albar, M. & Sivianes-Fernández, M. (2015). Percepción de la identidad profesional de la enfermería en el alumnado del grado. *Enfermería Clínica*, 26(3), 194-98.
- Allen, D. G. 1990. The curriculum revolution: Radical revisioning of nursing Education. *Journal of Nursing Education* 29: 312–316.
- Barba Téllez, M. (2012). EL DIAGNÓSTICO DEL APRENDIZAJE EMOCIONAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS. *Didasc@Lia: Didáctica Y Educación*, 3(1), 85-101.
- Calvo, J., Sanz, N., Sánchez-Iglesias, I., & Díaz, M. (2012). Measuring the Desire for Control: a Spanish Version of Burger and Cooper's Scale. *Span. J. Psychol.*, 15(03), 1432-40.
- Plutchik, R. & Plutchik, R. (2003). *Emotions and life*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Martín Sanz, N., de Miguel Calvo, J., & Gómez Barriada, P. (2014). EL EFECTO DEL DESEO DE CONTROL EN EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS. *International Journal Of Developmental And Educational Psychology*, 2(1), 345-52.

AUTORES/AUTHORS:

VERONICA VELASCO GONZALEZ, MANUEL FRUTOS MARTIN

TÍTULO/TITLE:

Planificación de un programa educativo e informativo sobre el Trabajo de Fin de Grado en Enfermería

Objetivos: Consolidar y mejorar la calidad docente de cada una de las diferentes opciones de realización del Trabajo de Fin de Grado (TFG), mediante la elaboración de un programa educativo e informativo.

Material y Métodos: Estudio descriptivo y transversal, realizado a los alumnos de 1º, 2º y 3º de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Valladolid.

Se ha diseñado un cuestionario online con las variables: edad, sexo, curso, forma de acceso a la universidad; conocimientos previos sobre tratamiento de textos, análisis estadístico, búsquedas bibliográficas, formatos y estructura de los TFG; preferencia de la organización de las sesiones formativas y materias de interés. Fue distribuido a través del campus virtual entre el 29 abril – 29 mayo de 2016.

Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS V.23. Las variables cualitativas se presentan en forma de porcentajes y frecuencias y las continuas en medias y desviación estándar (DE). Se siguió la Ley Orgánica 15/1999, Protección de Datos de Carácter Personal.

Resultados: La media de edad fue de 21,4 años (DE \pm 5,2), rango de edad 18-46 años. El 81,0% (n=102) fueron mujeres, que accedieron a la universidad a través de los estudios de bachillerato; 77,0 % (n= 97).

Más del 70% (n=126) refirió tener conocimientos avanzados en el uso de gestores de textos y presentaciones; por el contrario, para el resto de variables: análisis estadístico, búsquedas bibliográficas, formatos y estructura de los TFG, más de un 50% indicó poseer conocimientos bajos, destacando un 89,7% (n=113) sobre el uso del SPSS. En relación con los resultados anteriores, las materias más demandadas por los alumnos del estudio para mejorar sus conocimientos en el desarrollo de su TFG fueron en aproximadamente un 50% el uso de hojas de cálculo, búsquedas y gestores bibliográficos; y con un 84,1% (n=106), los diferentes formatos del TFG y la estructura de cada uno.

71 alumnos (56,3%) preferían realizar las sesiones educativas e informativas distribuidas en varias jornadas.

Discusión e implicaciones para la práctica: La integración de la asignatura Trabajo Fin de Grado (TFG) en el Plan de Estudios del Título de Grado en Enfermería, ha generado diversos cambios en la organización y distribución de la docencia universitaria, así como un nuevo rol de los alumnos y docentes. Hasta ahora, se han creado guías docentes de estas asignaturas, pero debido a la diversidad de formatos que pueden tener los TFG de Enfermería, los contenidos e incluso actividades a realizar en cada uno de ellos son diferentes. Por lo tanto, para consolidar y mejorar la calidad docente para el aprendizaje de los estudiantes e impulsar acciones orientadas al desarrollo profesional docente, es necesaria la elaboración de programas educativos e informativos de cada una de las diferentes opciones de realización del TFG, adaptados a sus conocimientos previos.

Una adecuada formación aumenta la motivación de los alumnos, mejorando y facilitando el desarrollo de la realización de los TFG, y

potencia la investigación enfermera en trabajos de investigación originales e inéditos.

El uso de estos programas como herramientas de aprendizaje podría ser difundido a otras Facultades de Enfermería, e incluso ser adaptadas a otras carreras o ramas de conocimiento.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. (Boletín Oficial del Estado, número 260 de 30 de octubre de 2007).
2. Real Decreto 861/2010, de 2 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. (Boletín Oficial del Estado, número 161 de 3 de julio de 2010).
3. ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. (Boletín Oficial del Estado, número 174 de 19 de julio de 2008).
4. Guía Docente del TFG 2015-16. Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería. Valladolid; 2016.

AUTORES/AUTHORS:

Matilde Arlandis Casanova, María del Carmen Hernández García, Jezabel Fernández Sarró

TÍTULO/TITLE:

Percepción de los estudiantes de Grado sobre la adecuación horaria y la utilización de la metodología enfermera

Introducción

Las competencias que los estudiantes deben adquirir en el Grado de Enfermería se asientan en la atención integral a la persona y en el cuidado (1). Con el Espacio Europeo de Educación Superior, para valorar el volumen del trabajo total de los estudiantes de Grado se ha incorporado el Crédito Europeo (ECTS), que abarca horas presenciales y no presenciales (2) (3) Tanto la adecuación horaria, el número de créditos y la utilización de la metodología propia de la disciplina enfermera en las asignaturas cursadas son aspectos objeto de estudio influyen en la preparación profesional enfermera (4).

Objetivos**General**

Conocer la percepción de los estudiantes de grado de Enfermería sobre la adecuación de su Plan de estudios.

Específicos

Analizar la opinión de los estudiantes sobre las horas indicadas en la guía docente y el trabajo no presencial realizado.

Examinar la utilización de diagnósticos enfermeros.

Explorar la apreciación de los estudiantes sobre la aplicación de los modelos y de la filosofía enfermera.

Método

Para la realización de este estudio se ha utilizado un diseño observacional-descriptivo-transversal.

Se realizaron búsquedas en bases de datos enfermeras y biosanitarias; empleando los descriptores (Student) como término libre AND (Degree of Nursing) AND (Organization) AND (Perception) como términos del tesoro.

Participaron estudiantes de la Universidad Autónoma de Madrid, del curso académico 2015-2016 (1º semestre).

Se establecieron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

Aceptar colaborar en el estudio

Estudiantes matriculados a tiempo completo de 3º curso.

Criterios de exclusión

No aceptar formar parte del estudio

Pertenecer a otros cursos de Grado.

Estudiantes matriculados a tiempo parcial.

Materiales

1. Cuestionario de variables sociodemográficas, de elaboración propia.

2. Cuestionario sobre la aplicación horaria presencial y no presencial en el Grado de Enfermería, de elaboración propia. Y Cuestionario sobre la percepción de los estudiantes acerca del Grado de Enfermería, de elaboración propia. Ambos cuestionarios han sido validados. La medición de cada ítem fue realizada con una escala tipo Likert de 1 a 4 puntos; siendo 1: totalmente en desacuerdo, 2: ligeramente en desacuerdo, 3: ligeramente de acuerdo y 4: absolutamente de acuerdo.

Resultados

Han participado un 91% de mujeres, y un 9% de hombres, con edades comprendidas entre los 21-25 años (98%). Un 85% de los alumnos encuestados opinan que sus estudios están basados en un modelo enfermero, y el 75% indica el uso de diagnósticos enfermeros en las asignaturas aplicadas al cuidado.

Un 74% expresan que existe una filosofía común de Enfermería en el Plan de Estudios.

En Metodología de la Investigación el 64% solicitan 40 horas más no presenciales. En Enfermería de la infancia y la adolescencia un 76% demandan 50 horas más. Por último en Enfermería de la mujer el 74% consideran que está proporcionada.

Los estudiantes opinan en más de un 50% que la evaluación continuada no favorece la comprensión de las asignaturas.

Discusión

El Plan de estudios recoge un enfoque biopsicosocial y la filosofía del cuidado. La percepción de los estudiantes es que están alcanzando las competencias enfermeras acorde al paradigma de la integración.

En cuanto a la adecuación de las horas no presenciales utilizadas la solución es aumentar los recursos humanos docentes realizando así actividades presenciales en el aula, y disminuyendo la carga no presencial.

La aplicación de Bolonia a coste cero implica una disminución de la calidad de vida para estudiantes y profesores.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

(1) Título de Grado en Enfermería. ANECA. [Acceso 07 de Agosto 2014]. Disponible en:

http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf

(2) Delgado Ana María coord. Competencias y diseño de la evaluación continua y final en el espacio europeo de educación superior. Ministerio de Educación y Ciencia. Dirección General de universidades. Disponible en

http://www.usal.es/~ofeees/ARTICULOS/competencias_evaluacion_eees_mec.pdf

(3) Zabalza MA. Programa de Formación permanente del profesorado universitario. Trabajar por competencias. Implicaciones para la práctica docente. Universidad de Sevilla, curso 2004-2005. Disponible en

http://www.uhu.es/convergencia_europea/documentos/metodologia/Zabalza.pps

(4) Arlandis M.; Díaz ML.; Hernando M.F.; Sellán M.C. Evaluación de la percepción de los estudiantes de Enfermería en la adquisición de competencias. III Jornadas de Profesorado de Centros Universitarios de Enfermería: València 5 y 6 de Febrero de 2009.

AUTORES/AUTHORS:

Montserrat Faro-Basco, Xavier Palomar Aumatell, Maria Carme Sansalvador-Comas, Olga Isern-Farrés

TÍTULO/TITLE:**ADQUISICION DEL CONOCIMIENTO DURANTE LA EXPERIENCIA CLÍNICA SIMULADA: EL ROL DEL DEBRIEFING**

La simulación clínica de complejidad alta se ha ido incorporando en la formación de profesionales de la salud, especialmente médicos y enfermeras. Existen diversos estudios que muestran la experiencia de utilizar esta metodología de enseñanza-aprendizaje sobre todo en el pregrado.

Kolb (1984) considera la observación reflexiva como una parte esencial del modelo de aprendizaje. Rudolph JW, Simon R, Raemer B i Eppich WJ, (2008) indican que el análisis y la reflexión posterior a una experiencia clínica simulada es la base real de este tipo de aprendizaje. Según estos autores es en el debriefing donde se produce el aprendizaje significativo para los estudiantes.

En el debriefing se lleva a cabo una reflexión guiada por un tutor o facilitador con el objetivo de analizar, dar sentido y aprender de una experiencia vivida (Fanning RM, Gaba DM, 2007). El debriefing ayuda a comprender, analizar y sintetizar conceptos técnicos para mejorar su rendimiento en futuras situaciones clínicas, a la vez que facilita el aprendizaje y desarrollo de habilidades no técnicas, como el liderazgo, el trabajo en equipo, la toma de decisiones, la asignación de roles i tareas, la gestión de crisis, etc.

En la literatura encontramos diferentes modelos de debriefing y estilos de facilitadores. Todos ellos pretenden guiar la reflexión hacia un modelo sistemático que permita a los participantes aprender y modificar comportamientos basados en la experiencia.

Objetivo:

Analizar en qué momento de la experiencia de simulación clínica adquieren el conocimiento los estudiantes de tercer curso del grado en enfermería entre setiembre y diciembre del curso 2015-16

Metodología:

Se realizó un estudio descriptivo transversal con los estudiantes matriculados en la asignatura Prácticum III del Grado en Enfermería, durante el curso 2015-16. Para la recogida de datos, se elaboró un cuestionario de conocimientos sobre el síndrome coronario agudo, que era el escenario a desarrollar en el aula de simulación. Este constaba de 10 preguntas tipo test con 4 opciones de respuesta, de las cuales solo una era la correcta. Se incluyeron también datos sociodemográficos (edad, genero, curso académico). Los estudiantes respondieron el mismo cuestionario de conocimientos en tres momentos de la simulación: antes de empezar la simulación, después de desarrollar el escenario clínico simulado (antes de empezar el debriefing) y al finalizar el debriefing. Los estudiantes estaban informados sobre el tema que se trataría en la simulación, pero no del escenario clínico concreto. Disponían del algoritmo de actuación en el paciente con síndrome coronario agudo-código IAM durante el desarrollo del caso clínico. El análisis de los datos se realizó con el paquete informático SPSS 21, comparando las medias con el test de ANOVA con un nivel de significación estadística del 5% bilateral.

Resultados: Se obtuvieron un total de 104 respuestas. El 81,73% eran mujeres y el 18,27% eran hombres. La media de edad era de 23,7 años. Si analizamos los resultados de forma global la nota media del primer test de conocimientos fue de 6,30, en el segundo se obtuvo una nota media de 5,81 y en el tercero de 6,66 con significancia estadística con una $p=0,011$ Si el análisis se realiza por sexos, las mujeres obtuvieron 6,29 de nota media en el primer test, de 5,65 en el segundo y de 6,6 en el tercero, con diferencias significativas de $p=0,009$. Los hombres obtuvieron una puntuación de 6,36 en el primer test, de 6,52 en el segundo y de 6,94 en el tercero, siendo estadísticamente no significativo con una $p=0,666$.

Discusión: Los resultados obtenidos indican diferencias significativas entre las notas de los tres cuestionarios, siendo el tercer cuestionario el que tiene una mayor puntuación, esto nos hace pensar que durante el debriefing mejoran los conocimientos. Destacar que la nota media del cuestionario que se realiza inmediatamente después de la realización del caso simulado, obtiene la menor nota de los tres, este hecho se puede atribuir a que después de realizar la simulación, los niveles de estrés en los estudiantes son

elevados apareciendo muchas dudas sobre su actuación, que los llevan a cambiar las respuestas que en el primer cuestionario habían seleccionado. Los resultados obtenidos indican la importancia del debriefing en la adquisición de conocimientos y aprendizaje en el contexto de la simulación clínica. Por este motivo, en el debriefing de todas las simulaciones que se lleven a cabo, se incluirán preguntas y orientaciones que garanticen la adquisición de conceptos y conocimientos que se pretenden reforzar con el escenario clínico diseñado.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Alonso Felpete. AJ. (2005). Simulación Clínica en enfermería. (data d'accés 14 de maig de 2013) disponible en http://www.humv.es/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=215.
- Bland, A.J., Topping, A. and Wood, B. (2011) A concept analysis of simulation as a learning strategy in the education of undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*. 31: 664-670.
- Cantrell MA. (2008). The importance of Debriefing in Clinical Simulations. *Clinical Simulation in Nursing*. 4, e10-e23.
- Fanning R., Gaba D. (2007). The role of debriefing in simulation-based learning. *Society for simulation in Healthcare*. 2 (2): 115-125.
- Fraga J.M. (2010). Debriefing (Periodo de Reflexion). (data d'accés 10 de juliol 2012) disponible a www.simmx.org/simmx.
- Garcia Soto N., Nazar-Jara C., Corvetto-Aqueveque, M. (2014). Simulación en anestesia: la importancia del debriefing. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 37 (3): 201-205.
- Kolb DA. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Kolb DA., Fry R. (1975) *Toward and applied theory of experimental learning*. In: Cooper C (ed.) *Theories of Group Process*. London: John Wiley.
- Riancho J., Maestre JM., del Moral I., Riancho JA. (2012). Simulación clínica de alto realismo: una experiencia en el pregrado. *Educ Med*; 15 (2): 109-115.
- Rudolph JW., Simon R., Raemer DB., Eppich WJ. (2008). Debriefing as formative assesment: Closing performance gaps inmedical education. *Acad Emerg Med*. 11:1010-1016.
- Rudolph JW., Simon R., Dufresne R. Et al. (2006). There's no such thing as ?Non judgemental? debriefing. A theory and method for debriefing with good judgement. *Simul Healthcare*.1: 49-55.
- Saiz A., Susinos T. (2014). El desarrollo de profesionales reflexivos: una experiencia en la formación inicial de médicos a través de simulación clínica. *Revista de Docencia Universitaria*. 12 (2): 453-476.
- Wilford A., Doyle TJ. (2009). La simulación en la enseñanza de la Enfermería. *Metas de Enfermeria*. 12(8):14-18.

AUTORES/AUTHORS:

Isabel Barroso, Rui Lameirão, Maria João Monteiro, Conceição Rainho

TÍTULO/TITLE:

Bienestar Psicológico de los Profesores de Educación Secundaria Obligatoria

El bienestar Psicológico de los profesores de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) es fundamental para la promoción del aprendizaje y desarrollo integral de los alumnos, así como la calidad de vida de los profesores. El Bienestar Psicológico, es considerado como experiencia subjetiva o emociones positivas. Presenta una visión de la vivencia en forma plena y la realización del potencial humano, comprometido con lo funcionamiento pleno y realización de actividades de desarrollo personal (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002). Considerando la importancia y las características del trabajo docente, sus condiciones laborales y la naturaleza de su actividad, donde la propia potenciación de aspectos positivos será de gran relevancia para sentirse bien. Esta actitud positiva del profesor y la capacidad para generar un trabajo pedagógico pleno además de motivador hacia el aprendizaje. El profesor está abierto a nuevas experiencias y puede darse cuenta de su propio potencial o que implica tener un sentido de competencia y dominio del medio circundante, percepción de continuo desarrollo, una capacidad empática en el sentido de establecer relaciones humanas positivas (Seligman, 2005). Así, para cumplir adecuadamente la función pedagógica, el profesor debe estar y sentirse bien.

1.Objetivo: Analizar la relación entre el bienestar psicológico de los profesores de ESO Y las variables sociodemográficas y profesionales.

2.Métodos: Estudio, observacional, descriptivo y transversal. La población del estudio eran profesores que imparten clases a alumnos de enseñanza secundaria, de cuatro escuelas públicas de Vila Real, Portugal. Participaron en el estudio 157 profesores, la recogida de datos ocurrió de Noviembre de 2015 hasta Enero de 2016, se realizó mediante un cuestionario. Se adoptaron procedimientos ético-legales. Los participantes fueron informados del propósito del estudio y que podrían interrumpir a cualquier momento. Se han utilizado las variables: edad, género, estado civil, nivel de educación, años de trabajo en la docencia, el número de clases de enseña; para evaluar el bienestar psicológico de los profesores se utilizó el cuestionario general de bienestar psicológico en la versión reducida (QGBEP-R) que incluye seis ítems, variando entre 0 y 5 puntos. Después de invertir tres de los ítems, fueron todos sumados para obtener el score total; puntuaciones más elevadas indican un mejor nivel de bienestar. La consistencia interna del instrumento fue determinada por el coeficiente alfa de Cronbach (0,880). Para correlacionar las variables cuantitativas se ha utilizado la correlación de Pearson y la prueba de t Student cuando se compararon medias de dos grupos independientes, se adoptó un intervalo de confianza al 95%. En la análisis estadística se utilizó el SPSS 22.0®.

3.Resultados:

Entre los 157 profesores estudiados tenían una media de edades de $49 \pm 6,3$ años, 109 (69,5%) eran del sexo femenino, con relación al estado civil, la mayoría 116 (73,9%) eran casados y 103 (65,6%) afirmaron tener el grado, con una media de años de trabajo en la docencia de $24,7 \pm 7,1$, impartiendo una media de asignaturas de $1,7 \pm 0,9$. Cuando analizamos el bienestar de los profesores, la media fue de $2,9 \pm 0,9$, en una escala de 0 a 5 puntos. Los resultados muestran que la comparación de las medias del bienestar en función del sexo, la puntuación de la media era significativamente más elevada en los hombres (media=3,2), con relación a las mujeres (media = 2,8); ($t= 2,4$; $de=155$; $p<0,05$). Cuando relacionamos el bienestar de los profesores con el número de asignaturas impartidas, observamos una correlación negativa baja, pero significativa ($- 0,209$; $p<0,05$), lo que indica que el bienestar disminuye con el aumento del número de las asignaturas, que los profesores imparten.

4.Discusión: Los resultados muestran que los profesores, presentan nivel de bienestar psicológico ligeramente por encima del punto medio de la escala y el promedio de bienestar de los hombres es significativamente superior al de las mujeres, existen estudios que

reportan la relación entre el bienestar y el sexo, Ferreira, 2015;

La posibilidad de conocer el bienestar de los profesores permitirá implementar medidas, desde la forma en que cada profesor puede operar en un contexto educativo determinado, dándole un sentido, sin desmerecer que existen importantes aspectos, culturales y organizacionales que deben ser atendidos para el bienestar del profesor y su labor pedagógico. (Cornejo & Quiñónez, 2007; Picado, 2009).

Este estudio permitió conocer el bienestar de los profesores y su relación con los factores sociodemográficos y socio profesionales. Lo que podrá ser importante para la gestión de los recursos humanos, con el fin de mejorar la gestión de la carga de trabajo de los profesores dando condiciones para motivar a sus alumnos a implicarse en los procesos de enseñanza aprendizaje (Pozo, Monereo & Castelló 2005). También podrá contribuir a una buena relación de trabajo, la buena práctica educativa, tener consecuencias positivas para la salud y el bienestar de los profesores y dar relevancia a las potencialidades y aspectos positivos de los profesores, promoviendo así su bienestar.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Ferreira, C. (2015). Caracterização da Saúde Mental numa população jovem do concelho da Póvoa de Varzim: da psicopatologia ao bem-estar. Dissertação de mestrado não publicada, apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Cornejo, R & Quiñónez, M. (2007): "Factores asociados al malestar/bienestar docente". Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación. REICE, 5 (5).

Keyes, C. L. M., Shmotkin, D. y Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022.

Pozo, J.I., Monereo, C. y Castelló, M. (2005). El uso estratégico del conocimiento. En: Coll, C., Palacios, J. y Marchesi, A. (Comp.) *Desarrollo psicológico y educación. 2. Psicología de la educación escolar*. Madrid: Alianza. Psicología y Educación.

Picado, L. (2009). Ser professor: do mal-estar para o bem-estar do docente. Obtenido el 16 de agosto, 2016, de <http://www.psicologia.com.pt>.

Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic Happiness*. Nueva York: Free Press.

AUTORES/AUTHORS:

Solanger Hernández-Méndez, Nuria Moreno-Clemente, José Manuel Robles Brabezo, José Ángel Cano-Rojo, Laura Casanova-Navarro, Juan Miguel Cayuela-Hernández, Salvador Alfredo Saura-Lucas, Guadalupe De Gracia-Gomez, Bartolome Gonzalez-Sánchez

TÍTULO/TITLE:

EVALUACIÓN DEL GRADO DE ADHESIÓN AL LAVADO DE MANOS DE LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL RAFAEL MÉNDEZ DE LORCA

INTRODUCCIÓN: La higiene de manos se define como la medida de higiene consistente en la eliminación mediante arrastre de la flora presente de manera transitoria en la piel de las manos. Se considera una de las más eficaces en la prevención y control de la transmisión de enfermedades infecciosas dentro del ámbito hospitalario¹. A pesar de lo sencillo y coste-efectivo de la recomendación, el apego de los profesionales de la salud a esta medida, en general, es menor a 60%. Existe una relación directa entre la adherencia a las guías de higiene de manos y la tasa de infección nosocomial. La guía de higiene de manos de la OMS de 2009 hace énfasis en la estandarización de instrumentos para la evaluación de adherencia²⁻⁶. Cabe señalar, que a nivel local, se realizó un estudio observacional en el hospital universitario Rafael Méndez de Lorca, para medir la adherencia del lavado de manos por parte del profesional sanitario en el año 2014, en el cual se obtiene como resultados que un 20,3% de los profesionales observados realizan el lavado de manos con agua y jabón, frente a un 3.7% que prefiere la fricción de las manos con solución con base alcohólica, significando un 24% de adherencia general al lavado de manos, es decir, un 76% omiten la realización de la higiene de manos. Aunque el dato puede variar dependiendo del momento observado, siendo el primer momento el menos realizado por parte de los profesionales y el tercero el preferido para realizar la higiene de mano. En el mismo se concluyó, que la adhesión de la higiene de manos en los cinco momentos que la OMS propone es baja. Las categorías profesionales que más realizan la HM son las auxiliares de enfermería y los enfermeros. En este estudio se sugiere realizar un plan de mejora para la higiene de manos, así como, prestar formación y evaluación continua a los profesionales siendo este un determinante clave para la mejora de la HM⁷.

OBJETIVO: Evaluar la adhesión de la higiene de manos en los profesionales del Hospital General Universitario Rafael Méndez del Área III de Salud Lorca de la Región de Murcia, después de la implantación de medidas y estrategias de mejora. Específicos. Determinar la adhesión de la higiene de manos según la acción realizada por categoría profesional. Describir el nivel de cumplimiento general de la acción higiene de manos del total de profesionales. Determinar el nivel de cumplimiento del lavado de manos según la unidad hospitalaria evaluada. Describir el nivel de cumplimiento de la Indicación HM según categoría profesional y los cinco momentos.

MATERIAL Y MÉTODO: Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal, de la adherencia de la Higiene de Manos por los profesionales, después de la implantación de un conjunto de medidas institucionales (Formación, control del consumo, recordatorios en el lugar de atención, celebraciones, entre otras). Esta observación se llevó a cabo en las Unidades de hospitalización médico quirúrgicas, mediante una recogida de datos primaria, durante los meses de Febrero, Marzo y Abril de 2016. La muestra estuvo constituida por un total de 135 profesionales y 585 oportunidades.

RESULTADOS: Se ha obtenido un 27% de los profesionales observados realizan el lavado de manos con agua y jabón, frente a un 20% que prefiere la fricción de las manos con producto de base alcohólica, es decir un 47% de los profesionales realizan la acción correctamente y un 53% omiten la realización de la higiene de manos, aunque el dato puede variar dependiendo del momento observado. La categoría profesional que más adhesión presenta al lavado de manos con agua y jabón, son las auxiliares de enfermería con un 43,55%, seguidas de las enfermeras (26,8%). En el caso de la fricción de manos con solución hidroalcohólica los médicos (con una adhesión del 26,59%) junto con los enfermeros (24,4%) son los que más utilizan esta técnica. Por otro lado, la

categoría profesional que menos realiza la acción de la higiene de manos son los celadores, con un 86,22% de omisión, como se muestra en la figura. El momento en el que menos adherencia a la higiene de manos hay por parte de todos los profesionales es el momento uno.

CONCLUSIONES: La adhesión de la higiene de manos en los cinco momentos que la OMS propone aún es baja (con un 47% de adherencia), siendo las auxiliares y los enfermeros las categorías profesionales que más realizan la HM. Si comparamos con estudios realizados anteriormente en el mismo contexto (Adherencia general 24%), se observa un aumento de la adherencia, gracias a estrategias y acciones de mejora realizadas en el hospital, por tanto se sugiere continuar con estas acciones para seguir aumentando la adherencia a la HM por parte de los profesionales. Implicaciones para la práctica: La higiene de manos es reconocida como la medida más importante para prevenir la infección nosocomial, ya que el principal vehículo de transmisión son las manos de los profesionales sanitarios, por lo que la barrera más importante y eficaz para prevenir y controlar las IRAS es la higiene de manos, por lo tanto, mejorar su adherencia contribuye a mejorar la calidad de los cuidados y los resultados en salud de los pacientes significativamente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Hospital Santos Reyes. Lavado higiénico de manos [Internet]. Burgos: Junta Castilla y León. [Citado: 20 Mayo 2016] Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/calidad/lavado-higienico-manos>.
2. Organización Mundial de la Salud. Manual técnico de referencia para la higiene de manos. World health organization [Internet]. Ginebra: OMS, 2009. [Citado: 30 de Abril de 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102537/1/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf.
3. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria (borrador avanzado): resumen [Internet]. Ginebra: OMS; 2005. [Citado 20 Mayo 2016]. Disponible en: http://www.amepreventiva.es/higienemanos/Documentos/Directrices_de_la_OMS_sobre_higiene_de_las_manos.pdf.
4. Hernández S, Casanova L, Cayuela JM, Cano JA. Evaluación del grado de adhesión al lavado de manos de los profesionales del hospital Rafael Méndez de Lorca. Libro de Ponencias y Comunicaciones. Murcia: Somuca: 2015.
5. Organización Mundial de la Salud. Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos [Internet]. Ginebra: OMS, 2009. [Citado 20 de Mayo de 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102536/1/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf.
6. Manual de referencia para observadores. Proyecto de atención limpia es una atención segura. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. [Citado 15 Mayo de 2016]. Disponible en: http://www.amepreventiva.es/higienemanos/documentos/anexo_17_manual_referencia_observadores.pdf.
7. OMS. La higiene de las manos en la asistencia ambulatoria y domiciliaria y en los cuidados de larga duración: guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos y del modelo "Los cinco momentos para la higiene de las manos". [Internet]. Ginebra: OMS, 2013. [Citado: 15 de Mayo 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84918/1/9789243503370_spa.pdf
8. OMS. Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud: Resumen Primer Desafío Global de Seguridad del

Paciente Una Atención Limpia es una Atención Segura. Ginebra: OMS; 2009.

9. Hernández S. Estrategia de mejora de la higiene de manos en el Área iii de salud de Lorca 2015. Acciones 2016. Informe técnico no publicado Lorca: Área III de Salud; 2016.

AUTORES/AUTHORS:

Alexandra Coutinho, Amâncio Carvalho, Conceição Rainho

TÍTULO/TITLE:

Percepción de la salud general de las mujeres portuguesas en la Región Norte

Salud y la enfermedad son dos conceptos dinámicos y multidimensionales y que pueden ser influenciados por los agentes internos y externos, de tal forma que una baja percepción del estado de salud se asocia con la evolución de la enfermedad progresiva y en consecuencia con un peor pronóstico (Lacruz y Lacruz, 2007).

Por este motivo, la percepción que las mujeres tienen sobre su estado de salud puede ser un indicador realista de la misma, siendo un proceso mediante el cual el individuo organiza la información sensorial en información significativa (Ross, 2010).

Diversos estudios que analizaron la influencia de ciertos factores en la percepción de la salud de la mujer, han permitido llegar a ciertas conclusiones, como por ejemplo el hecho de que un bajo nivel educativo se asocia con una percepción más negativa del estado de salud, ya que el grado de alfabetización está vinculada a la forma en como las mujeres usan la información que les proporcionan los profesionales de la salud para el desarrollo de estrategias que contribuyan a una mejor calidad de vida, pues para cada nivel educativo se asocian ciertos hábitos y actitudes de salud (Monteiro, 2011).

Objetivos: Los objetivos son: i) determinar la consistencia interna de la escala de percepción general de la salud en una muestra de mujeres portuguesas con edades comprendidas entre los 45 y los 69 años de edad; ii) relacionar las características sociodemográficas con la percepción general de la salud.

Métodos: La investigación se ha llevado a cabo con 350 mujeres portuguesas usuarias de los servicios de salud de las unidades funcionales de salud de adultos, ACES Douro Sul. Se diseñó un estudio cuantitativo, transversal, correlacional y retrospectivo, en donde los datos fueron recogidos a través de un cuestionario que incluía la versión reducida del instrumento original General Health Questionnaire (QSG), compuesta por 12 ítems cuya puntuación total oscila entre 1 (ninguna) como mínimo, y 4 (mucho más de lo normal), el nivel máximo de percepción, en el caso de ítems negativos; en el caso de los ítems positivos, varían de 1 (más de lo normal) a 4 (mucho menos de lo normal)

Cuanto menor sea la puntuación, mejor será la percepción global de la salud.

La consistencia interna del instrumento determinada por el alfa de Cronbach oscila entre 0.82 y 0.90. Para evaluar la relación de variables cuantitativas se usó la correlación de Spearman y para observar la comparación de medidas en nuestras variables independientes se utilizaron la prueba Mann-Whitney y la prueba de Kruskal-Wallis, optándose por un rango de confianza al 95 %. Se han adoptado procedimientos para garantizar la confidencialidad de la información recogida.

Resultados: Las mujeres presentaban una media de edades de 55,9 años con desviación estándar 7.0. De las 350 mujeres, 278 (79,4%) eran casadas, y 157 (44,9%) afirmaron tener una situación profesional activa y 154 tenían escolaridad básica (44,0%).

Al comparar la percepción de la salud de acuerdo con el estado civil, se observó que las casadas tienen una mejor percepción general de la salud que las divorciadas y las viudas, y que las diferencias de medias entre los grupos fueron estadísticamente significativas ($p = 0,02$). Las mujeres con más años de escolaridad tenían una mejor percepción general de la salud ($\rho = -0,153$; $p = 0,04$). Cuando se relacionó percepción general de la salud con el hecho de que si las mujeres habían realizado una mamografía de rastreo cada dos años, se observa que estas últimas tenían una significativamente mejor percepción general de la salud ($t = -2,347$; $p = 0,022$).

Discusión: En este estudio se utilizó una versión reducida del cuestionario de la percepción de salud general, que evidenció muy buena coherencia interna.

Así, se puede constatar que existe una relación entre la escolaridad de las mujeres y la percepción general de salud, y también entre el estado civil y la percepción general de salud. Estos resultados serán ofrecidos a las unidades de salud donde se desarrolló este

estudio, para que en las aulas de educación para la salud, en el ámbito de las consultas de enfermería de salud de la mujer, pueda ofrecerse mas apoyo a aquellas que muestran una percepción general de salud mas baja.

Es importante estudiar la percepción general de la salud, porque entonces tendremos informaciones que nos permitirán desarrollar una intervención razonada y contribuir a la calidad de vida y el bienestar de las mujeres portuguesas.

En resumen, este estudio hizo surgir la necesidad de realizar nuevos estudios para permitir un mayor conocimiento acerca de la percepción del estado de salud de las mujeres portuguesas, para que los profesionales de la salud se vuelvan más activos en lo que se refiere a la salud de las mujeres.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Goldbeng, D.P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T.B., Piccinelli, M., Gureje, O. & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*, 27, 191-197

Lacruz, M.G., Lacruz, A.I.G. (2007). Percepción de la salud según sexo y edad. *Revista de Ciencias Sociales Universidad de Costa Rica*, 3, 183-195.

Monteiro, R.F.N. (2011). Bem-estar no trabalho e percepção de saúde: estudo realizado com auxiliares de geriatria no norte de Portugal. *Dissertação de Mestrado não publicada, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto.*

Ross, K. (2010). Assessing differences in perceptions and actual Health status: a National cross-sectional analysis. *Dissertação de Mestrado não publicada, Kansas State University, Kansas.*

AUTORES/AUTHORS:

FERNANDO JESÚS PLAZA DEL PINO

TÍTULO/TITLE:

CLAVES EN LA EXPERIENCIA DE HOSPITALIZACIÓN DE LOS PACIENTES MARROQUÍES

Con la inmigración la diversidad cultural ha aumentado, sobre todo en los últimos años. Desde el año 2000 España ha presentado una de las mayores tasas de inmigración del mundo pese a que en el último año se ha constatado un descenso del 0,8% de la población extranjera residente en España (INE, 2016). En Almería, provincia donde se ha realizado el estudio, se estima que viven unos 80.000 musulmanes, un 12% de la población total, siendo las personas de origen marroquí el grupo más numeroso. Muchos estudios han puesto de manifiesto las consecuencias de la diversidad cultural y lingüística en los cuidados que se ofrecen en los servicios sanitarios (Hoye and Severinsson 2008; Nielsen and Birkelund 2009; Almutairi, McCarthy and Gardner 2015) lo que nos ha impulsado a acercarnos a la experiencia de hospitalización de los pacientes de origen marroquí.

OBJETIVOS

- Indagar en los condicionantes que marcan la experiencia de hospitalización de los pacientes marroquíes en el hospital.
- Acercarnos a las implicaciones que en la práctica enfermera tienen estos condicionantes.

MÉTODOS

Estudio cualitativo, el método de estudio ha sido la teoría fundamentada.

Recogida de datos

Entrevistas semiestructuradas en profundidad y grupos de discusión. El número de informantes tuvo un propósito teórico.

Informantes

Marroquíes con al menos un ingreso hospitalario en la provincia de Almería. La participación ha sido voluntaria.

Análisis de los datos

Se ha seguido la metodología de la teoría fundamentada para generar categorías centrales partiendo de los primeros códigos encontrados.

Finalmente se realizaron los grupos de discusión con el objetivo de contrastar los resultados obtenidos en las entrevistas.

RESULTADOS

Se han realizado 38 entrevistas y 4 grupos de discusión con 32 participantes.

Agrupación de códigos:

Desde las primeras entrevistas pudimos ir agrupando los códigos en torno a cuatro grandes ejes que facilitaron enormemente el análisis y su presentación; comunicación, relaciones, cultura-tradiciones y áreas de mejora.

Encontramos tres claves que han condicionado enormemente la experiencia y el discurso sobre la hospitalización de nuestros informantes. Presentamos algunos de las manifestaciones de nuestros informantes que ejemplifican cada una de ellas:

- Necesidad de una pronta recuperación de la salud.

Yo no tengo que decir nada, yo estaba enfermo y fui al hospital para curar y me curaron, eso es lo importante, nada más (Hombre de 36 años)

Solo pensaba en que tengo que ir al invernadero, hay mucho que hacer (Hombre de 34 años)

- La confianza.

Yo la verdad es que no entendía nada. Yo me encontraba sometido a lo que decía el personal, a lo que me querían hacer, de verdad que no tenía decisión personal para decir u oponerme, solo tenía que confiar en ellos sabiendo que son profesionales que me iban a sanar (...) no tenía ninguna preocupación, sólo pensaba en el futuro; que me iban a curar, sanar y ya está. (Mujer de 31 años, no habla español)

Lo que me preocupaba mucho es qué pasaría, sólo le pedía a Dios que le diera a las enfermeras sabiduría para curar eso que tengo ahí y que me saque esta enfermedad afuera y me sane (Hombre de 27años)

- "Ser uno más".

Muy bien, cuando entré por Urgencias me atendieron muy rápido, la analítica, todo, me tenían que operar y lo hicieron en el mismo día. Desde el alta yo voy a las revisiones y muy bien. En general me ha gustado mucho como se portaron conmigo. (Mujer de 35 años).

Para los marroquíes la familia siempre está con el enfermo para lo que necesite, eso es igual que vosotros, los españoles es igual que los marroquíes (Mujer de 28 años)

DISCUSIÓN

Tres claves marcan la experiencia de hospitalización de los pacientes marroquíes:

La causa que originó el proceso migratorio; la falta de recursos económicos, por lo que su prioridad es la recuperación de la salud para poder volver a trabajar.

Su confianza en los profesionales de la salud y el sistema sanitario, que va más allá del concepto islámico del tawakkul (la confianza en Alá), y les lleva a aceptar tratamientos de los que no son informados o a minimizar y justificar conductas discriminatorias por parte de los profesionales que los cuidan.

La necesidad de "ser uno más"; algunas de las respuestas que obtuvimos se explican por el llamado sesgo de deseabilidad social (Metroscopia, 2011), se tendía a exagerar la conformidad con lo que se percibe como normas socialmente aprobadas y valoradas, lo que puede haber marcado las respuestas de muchos de nuestros informantes que necesitan dejar de ser "el diferente" para normalizar sus vidas y sentirse integrados en la sociedad de acogida.

Las claves que marcan la experiencia de hospitalización de nuestros informantes las valoramos positivamente, pero este hecho no nos puede hacer obviar las debilidades que se tienen en la atención a estos pacientes como son la barrera idiomática y las conductas discriminatorias de algunos profesionales (Plaza del Pino, 2010). Hay que trabajar para vencer los prejuicios y estereotipos que pudieran existir hacia estos pacientes con formación intercultural de la enfermería (Plaza del Pino y Soriano, 2009) y, con la ayuda de mediadores-traductores interculturales, salvar las barreras culturales e idiomáticas que puedan existir.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Almutairi A, McCarthy A and Gardner G. (2015). Understanding cultural competence in a multicultural nursing workforce: Registered nurses' experience in Saudi Arabia. *Journal of Transcultural Nursing* 26(26): 16–23.
- Hoye S and E Severinsson. (2008). Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study. *Intensive and Critical Care Nursing* 24: 338-48.
- INE, 2016. Población a 1 de julio de 2016. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np980.pdf> Consultado el 10/08/2016.
- Metroscopia. (2011). Valores, actitudes y opiniones de los inmigrantes de religión musulmana. Quinta oleada del barómetro de opinión de la comunidad musulmana de origen inmigrante en España. Mº del Interior.
- Nielsen B and R Birkelund. (2009). Minority ethnic patients in the Danish healthcare system: A qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 10: 1-7.
- Plaza del Pino FJ y Soriano E. (2009). Formación de los profesionales de enfermería: Cuidar en la sociedad multicultural del siglo XXI. *Index de Enfermería*, 18(3): 190-194.
- Plaza del Pino, FJ. (2010). Cuidando a pacientes musulmanes. Las fronteras de la Enfermería en la comunicación intercultural. Almería: Universidad de Almería.

AUTORES/AUTHORS:

CARLOS BLANCO LÓPEZ, HILARIO HERNÁNDEZ OVEJERO, LORETO BUENO GALLEGO, MIGUEL CORONADO GUTIÉRREZ, LUIS POZO CORTÓN, ELENA CHAMORRO REBOLLO

TÍTULO/TITLE:

¿Cuál es la experiencia de vida de las familias con miembros afectados por el Síndrome de Angelman?

Introducción: Las enfermedades raras son aquellas que presentan una escasa incidencia y una baja prevalencia, a lo que se une un diagnóstico complicado y una etiología multifactorial. Una de ellas es el Síndrome de Angelman que constituye un raro y severo trastorno neurológico crónico de origen genético. De forma general, se caracteriza por reunir cuatro síntomas o características propias que permiten una primera sospecha del síndrome, y que son severo retraso mental, afasia o incluso ausencia total del habla, marcha espástica, y una conducta marcada por una elevada excitabilidad y accesos de risa fácilmente provocados e incluso inapropiados de acuerdo con el momento en el que se producen, siendo ésta última la más frecuente de las características.

Objetivos: Describir el impacto del diagnóstico en las familias, así como sus vivencias y experiencias en el curso de la enfermedad. Como objetivos secundarios se plantea valorar la integración en la sociedad de los afectados y analizar el papel de las asociaciones de familiares.

Material y métodos: Estudio cualitativo de carácter descriptivo basado en el método fenomenológico y el principio inductivo para, por medio de entrevistas semiestructuradas, captar las experiencias y opiniones de los familiares de pacientes con Síndrome de Angelman socios de distintas asociaciones de ámbito local y nacional del territorio español.

Resultados y discusión: El momento del diagnóstico junto con la falta de información produce un fuerte impacto emocional en las familias. La incertidumbre con la que viven la enfermedad limita sus expectativas de futuro y sus actividades a largo plazo. La baja prevalencia de las enfermedades raras condiciona unos mayores niveles de ansiedad para los padres de hijos afectados por el síndrome de Angelman en relación con otras patologías más prevalentes que pudieran tener manifestaciones similares. El movimiento asociativo es un pilar de la inclusión social, y las asociaciones constituyen una ayuda esencial para estas familias durante todo el proceso si bien su función se ve limitada conforme progresa el curso de la enfermedad. Uno de los objetivos para los profesionales y cuidadores de los pacientes con SA es favorecer la integración social, que debe comenzar en el mismo núcleo familiar.

Implicaciones para la práctica clínica: El diagnóstico de una enfermedad rara como el síndrome de Angelman genera una situación de estrés, temor y desamparo a los familiares de los pacientes, a menudo agravada por la escasa formación de los profesionales sanitarios. Las asociaciones de familias desempeñan una labor fundamental en el periodo de estudio diagnóstico y en la adaptación al mismo. Los profesionales de la Enfermería tienen un importante papel, ya sea en Atención Primaria o Especializada realizando un seguimiento de la evolución del paciente y su familia y facilitando la interconexión entre estas familias con otras de referencia y/o con las diversas asociaciones. Visibilizar a los pacientes afectados por las enfermedades raras podría ser un objetivo a cumplir entre los ejercicios llevados a cabo por los profesionales sanitarios y las asociaciones de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Avellaneda A, Izquierdo M, Torrent-Farnell J, Ramón JR. Enfermedades raras:

enfermedades crónicas que requieren un nuevo enfoque sanitario. *Anales Sis San Navarra* [revista en Internet]. 2007 Ago [consultado 15 Dic 2015]; 30(2): 177-190.

2. Arias Pastor M, Del Barrio JA, Pérez Gil E. Capítulo VII: Síndrome de Angelman. En: Del Barrio JA. *Síndromes y apoyos, panorámica desde la ciencia y desde las asociaciones*. Madrid: FEAPS, 2006. p. 191-223.

3. Williams C, Peters S, Calculator S. Información acerca del Síndrome de Angelman [monografía en Internet]. 7ª ed. 2009 Ene. Disponible en: <http://www.diazcaneja.com/wp-content/uploads/2012/05/documento-deASF.pdf>

4. Bower BD, Jeavons PM. The 'Happy Puppet' Syndrome. *Arch Dis Child*. 1967 Jun; 42(223): 298-302.

5. Brun C, Artigas J. *Síndrome de Angelman: del gen a la conducta*. Valencia: Nau Llibres; 2005.

6. Bird L. Angelman síndrome: review of clinical and molecular aspects. *Appl Clin Genet*. 2014 May; 7: 93-104.

7. Pesántez Cuesta G, Ríos de Pesántez M, Bettio D, Dalla Bernardina B. Síndrome de Angelman. Detección temprana a través del electroencefalograma. *Revista de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador*. 2001 Jul; (66): 35-42.

8. Bautista Salido I. Los niños/as con Síndrome de Angelman. *Revista Digital Enfoques Educativos* [revista en Internet]. 2010 Nov; 71: 30-44. Disponible en: http://www.enfoqueseducativos.es/enfoques/enfoques_71.pdf

9. Faife Abril LC, Mayo Chirino IV. Síndrome de Angelman. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2012; 28(3): 331-339.

10. Solera Jiménez S. Tratamiento fisioterápico de los niños con Síndrome de Angelman. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*. 2013; 5(2): 1-52.

11. Díaz-Caneja Sela P. Atención temprana en el síndrome de Angelman. La importancia de la comunicación. En: *X Jornadas de Atención Temprana en Andalucía*. Sanlúcar de Barrameda, Andalucía, España; 2013: 1-13.

12. Fontani S. Strategie comunicative per allievi con Sindrome di Angelman: aspetti educativi e didattici. *Annali online della Didattica e della Formazione*

Docente. 2016; 8(11): 144-162.

13. Tan WH, Bird L. Pharmacological therapies for Angelman syndrome. Wien Med Wochenschr. 2015 Nov: 1-14.

14. Del Barrio JA, Castro A. Infraestructura y recursos de apoyo social, educativo y sanitario en las enfermedades raras. An Sist Sanit Navar. 2008; 31 Supl 2: 153-163.

AUTORES/AUTHORS:

M. Angeles Gonzalez Fernandez, Maria Gonzalez Gallego, M. José Ramos Carbajo, Rosa I. Alvarez Diez, Henar R. Bobillo del Amo, Guadalupe Posadilla Alonso , M. Rosario López Pérez, Olga Álvarez Robles, M.Eugenia González García

TÍTULO/TITLE:

ANÁLISIS PUNTO DE PARTIDA PARA LA EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN PREVENCIÓN PRIMARIA DE OBESIDAD INFANTIL

INTRODUCCIÓN

La obesidad y el sobrepeso infantiles se asocian a múltiples complicaciones, aumentan la mortalidad infantil y son importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades de alta morbimortalidad en la edad adulta (1). Prevenirla en la infancia es primordial. Según el estudio Aladino la prevalencia, en España en 2013, de la obesidad infantil era del 15% y la tendencia es al aumento en las próximas décadas, especialmente en varones y pre púberes (2).

En la Revisión Sistemática “¿Hay alguna intervención efectiva en Sobrepeso y Obesidad infantil? de Sánchez-Alonso RI et al, 2008, Banco de Evidencias Sacyl, se incluyó como documento aceptado a revisión la Guía de Buenas Prácticas elaborada por Registered Nurse´s Association Ontario (RNAO), hallando en ella evidencias de estudios concluyentes con intervenciones a nivel individual, familiar, escolar e incluso comunitarias (3).

Nuestra institución ha optado por implantar (4) esta Guía-RNAO para prevenir en nuestro ámbito este problema de salud pública reconocido por el Ministerio de Sanidad y Consumo en la estrategia NAOS.

OBJETIVO/S

Objetivo General: Conocer la situación comunitaria sobre la que se realizará una intervención basada en la evidencia sobre la población escolar del Área de Salud para la prevención Primaria de obesidad infantil, derivada de la implantación de la Guía de Buenas Prácticas RNAO.

Objetivos Específicos:

1. Disponer del Mapa escolar de la población de 3 a 12 años en el curso escolar 2015-2016.
2. Conocer el patrón de adherencia a la dieta mediterránea en la infancia.
3. Conocer el patrón de actividad física y descanso de la población a estudio.

METODOLOGÍA

Ámbito desde Atención Primaria en el ámbito comunitario - escolar.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Sujetos participantes: Población escolar educación infantil y primaria de ocho centros escolares; 2.584 niños/as.

Muestreo 178 niños de un Colegio perfil seleccionado criterios oportunidad y representatividad.

Variables estudiadas:

o Socio demográficas: tramos edad 3- 5 años y 6-12 años.

o De medida Resultados/Dependientes: Actividad física (buena, regular, baja) y Calidad de dieta (muy baja, necesario mejorar patrón y calidad óptima).

o Variables independientes: horas de sueño, horas de pantalla, horas de actividades aire libre y adherencia a la dieta mediterránea.

Los Instrumentos usados para la recogida de datos:

Cuestionarios INTA (cuestionario actividad física y descanso)

Cuestionario Enkid modificado (cuestionario adherencia a la dieta mediterránea)

Procedimiento: Mediante alianza institucional obtenemos el mapa del alumnado de los colegios de nuestra zona de salud.

Mantenemos reuniones en el colegio seleccionado con padres y profesores para explicarles el alcance del proyecto que estamos llevando a cabo e implicarles en la realización de los cuestionarios con los escolares.

Análisis de datos: Se vuelcan datos de los cuestionarios en tabla Excel. Analizados resultados según instrucciones de cuestionarios validados sobre tiempos y hábitos alimentarios, se miden las variables dependientes por categorías establecidas, se analizan frecuencias y porcentajes. Para variables independientes en infantil se calculan medias.

RESULTADOS

En la Zona se ubican 8 colegios que imparten Educación Infantil (EI) tramo de 3 a 6 años, y Educación Primaria (EP) tramo de 6 a 12 años. El Número de alumnos/colegio oscila desde los 8 a los 143 niños/colegio en EI (total 792) y entre los 32 y 434 en EP (1.792).

Por curso es sensiblemente mayor la población escolar en EP ($X=37.3$) que en EI ($X=33$). Casos analizados 124 (33 EI y 91 EP).

En Niños/as EP:

ACT física: Buena 34%; Regular 50.5%; Baja 2.2 % y NS/NC: 14.8%.

Calidad de Dieta: Calidad Óptima 51.6%; Necesidad Mejorar 44%; Calidad Muy Baja 4,4%.

En Niños/as EI:

Media tiempo de sueño 10.45 horas.

Tiempo de pantalla 45.72 minutos y juegos al aire libre 104.92 minutos.

Calidad de Dieta: Calidad Óptima 57.6%; Necesidad Mejorar 39.4%. NS/NC 3%.

DISCUSIÓN

Conocemos el patrón de adherencia a la dieta mediterránea de los escolares, en el que destaca que tanto en el tramo etario de 3 a 5 años como en el de 6 a 12 años, casi la mitad necesita mejorar la dieta y en mayor medida en el segundo.

En cuanto a la actividad física de los niños de 6 a 12 años, sólo en un tercio aproximadamente es adecuada y en el tramo etario de 3 a 5 años a medida que el niño crece disminuye el tiempo de sueño, el de juegos al aire libre y aumenta el tiempo de pantalla.

Para la práctica clínica nos aporta evidencia de la necesidad de actuar sobre estos dos factores modificables que juegan un importante papel en la prevención primaria de la Obesidad Infantil, mediante intervenciones derivadas de la adopción de las correspondientes recomendaciones en la práctica para el cuidado a la familia y la comunidad, de efectividad demostrada procedentes de Guías de Buenas Prácticas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Prevención obesidad infantil. Guía de buenas prácticas en enfermería. Asociación profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO). Mayo 2014.
2. Estudio ALADINO 2013: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2013. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2014.
3. Sánchez-Alonso R.I, González- Fernández MA, Veledo MP, Guzmán-Fernández MA. ¿Hay alguna intervención efectiva en Sobrepeso y Obesidad infantil?. Rev. Sist. Evidencia. 2009 oct-dic;6(28)
4. Herramienta de implantación de las Guías de Práctica Clínica. Traducción de Investén (Marzo 2009). Disponible en <http://www.evidenciasencuidados.es>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Evaluación del crecimiento de niños y niñas. Argentina, 2012.

5. Valdes- Pizarro J, Royo- Bordonada MA. Prevalence of childhood obesity in Spain; National Health Survey 2006-2007 Nutr Hosp. 2012; 27(1):154-160.

6. Díaz -Martínez X, Mena C, Chavarría P, Rodríguez- Fernández A, Valdivia-Moral PA. Nutritional condition of school children according to physical exercising, feeding and schooling of the family Revista Cubana de Salud Pública. 2013;39(4):640-650

7. 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 al ingesta de alimentos como factores de riesgo de malnutrición en escolares. Act. Pediatric Esp. 2009; 67(10):493-497.

8. 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.

AUTORES/AUTHORS:

Margarita Puigvert Vilalta, Dolors Juvinya Canal, Carme Bertran Noguer

TÍTULO/TITLE:

Satisfacción de los enfermos con EPOC en la consulta de atención primaria.

Objetivo: Conocer la satisfacción de las personas con EPOC en relación a la atención recibida en la consulta atención primaria (AP) por parte de los profesionales de la salud.

Métodos: Estudio descriptivo, cuantitativo y de corte trasversal, se realiza en dos Centros de Salud, del Instituto Catalán de la Salud: Girona-2, ámbito urbano, Girona-4, ámbito urbano y rural. La población adulta es de 31.180 habitantes.

Población de estudio: Personas diagnosticadas de EPOC que acuden de visita en los dos centros.

Muestra: Personas con EPOC, mayores de 15 años pertenecientes a los Centros de Salud. Se excluyeron personas con EPOC y que además presenten alguna patología psiquiátrica, problemas cognitivos, en fase terminal y aquellas que declinan la participación.

Variables: Edad, sexo, estado civil, situación laboral, situación de convivencia, país de procedencia y Cuestionario Baker.

Calculo de la muestra: teniendo en cuenta que, la población de estudio, cerca de dos terceras partes son hombres, hacen falta 66 sujetos en el grupo de mujeres y 132 en el grupo de hombres. Se estima una tasa de perdidas del 10%. Esta agrandaría de la muestra permite estimar la mediana de la población estudiada con una precisión de 0,8 unidades para hombres y 1,15 para mujeres. Calculo realizado con programa Granmo versión 5.

Se realizó un análisis descriptivo de los datos y posteriormente un análisis inferencial. El nivel de significación estadística se establece para el valor de $p < 0,05$. El intervalo de confianza es del 95%. Se ha utilizado el paquete estadístico SPSS versión 17.0.

El estudio, aprobado por el Comité de Ética de Investigación IDIAP. Los participantes se les explicaban: estudio, objetivo y en que consistía su participación, carácter voluntario y confidencial, se pedía consentimiento.

Resultados: participaron 198 personas con EPOC, 132 son hombres, (66,5%). La edad mediana de 74 años, con un rango entre 13 y 91 años. La edad no sigue una distribución normal, se desvía a edades más avanzadas. La mayoría de los sujetos tienen entre 60 y 85 años.

El 15,15% de participantes vive solo, el 14,64% trabaja y el 6,56% son extranjeros.

El 84,8% viven en familia, de estos el 29,2% son mujeres y el 70,8% son hombres.

Hay mas mujeres que hombres que viven solas y ser mujer y vivir sola es estadísticamente significativo ($p=0,003$).

La información sobre el grado de satisfacción de los profesionales valorada a través del cuestionario Baker, valora cuatro aspectos en la consulta, la profundidad de la relación, el tiempo de dedicación, las curas que se ofrecen i la satisfacción global.

Los resultados evidencian un alto nivel de satisfacción. Las enfermeras obtiene un valor máximo de 80 el valor mínimo es de 37, la mediana de 66,1 i la DS 7,58. Los médicos el valor máximo es de 81, el valor mínimo es de 34, la mediana de 61,8 y la DS 9,79.

En la comparación entre los dos grupos profesionales, los encuestados están más satisfechos con las enfermeras, obtienen 45 puntos (98,5%) versus los médicos un 96%. Por debajo de 45 puntos se encuentra el 1,5% de enfermeras en comparación con el 4%

de médicos.

La dimensión mejor valorada son los cuidados que ofrecen los profesionales en la consulta. Mediana 34,5 para enfermeras y 31,1 para médicos, seguida de la satisfacción global 11,2 puntos de mediana en los dos grupos.

La profundidad de la relación: mediana 10,6 para enfermeras versus 9,1 para médicos. El tiempo de dedicación a la consulta: puntuación mediana: 9,7 para enfermeras y 10,3 para médicos.

La escala global, la puntuación por sexos es similar. Existe correlación positiva y significativa entre la satisfacción y la edad. Cuanto mas edad tiene las personas, mas satisfechas están de los profesionales que los atienden $p < 0,001$.

Existe relación estadísticamente significativa entre la situación familiar y la satisfacción total $p < 0,01$. Es decir las personas que viven en familia valoran mejor la atención recibida en la consulta. Las personas no activas están más satisfechas de la atención recibida en la consulta que las personas que trabajan. Existe relación significativa entre la nacionalidad y la satisfacción $p < 0,001$. Es decir las personas autóctonas están más satisfechas de la atención en la consulta que las personas extranjeras. Pero no existe relación significativa entre la situación de convivencia i la satisfacción total ($p = 0,9$).

Discusión:

Los pacientes con MPOC tienen la percepción que la enfermera le dedica menos tiempo del deseado estos resultados coinciden con los publicados por Artigas et al., podría explicarse en la agenda, se destina el mismo tiempo para todas las personas, en la realidad las personas mayores precisan más tiempo que las jóvenes y la educación para a la salud también. Difieren de Alamán, en la profundidad de la relación, la dimensión que obtiene la puntuación más baja, la persona atendida no conoce bien a la enfermera. La investigación aporta que la satisfacción repercute positivamente con la persona enferma. La aplicabilidad de resultados, están orientados a mejorar la atención que ofrecen los profesionales en la consulta en AP.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés relacionado directa o indirectamente con los contenidos del manuscrito

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

1 Gavilan Moral E. Factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores. Medicina Familiar Andalucía. 2009 octubre.

2 Villar Balboa I, Carrillo R, Regi M, Marzo M, Arcusa M, Segundo M. Factores relacionados con la calidad de vida de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva. [Online].; 2014 [cited 2014 febrer 27]. Available from: HYPERLINK http://ac.els-cdn.com/S0212656713002734/1-s2.0-S0212656713002734-main.pdf?_tid=3bc8b04e-e50f-11e3-ac7d-00000aab0f01&acdnat=1401134114_92f9c98e77345e0c0f340bc53b0a95f5 .

3 Zamora-Sánchez J, Perez G, Mendoza MD, Guerrero MM . Calidad de vida percibida de los pacientes complejos en un programa de gestión de casos en atención primaria de salud . [Online].; 2012 [cited 2013 agost 7]. Available from: HYPERLINK <http://zl.elsevier.es/es/revista/enfermeria-clinica-35/pdf/90157264/S300/>.

4 Vicente Galindo MP, Calidad de vida en pacientes con osteoporosis en atención primaria. [Online].; 2011 [cited 2013 agost 9].

Available from: HYPERLINK

file:///C:/Documents%20and%20Settings/margarita/Mis%20documentos/Downloads/76-280-1-PB.pdf.

5 Rodriguez-Pecci MS, De la Fuente J, Montero A, Sanjurjo AB, Sanchez P, Fernandez F. Enfermedad pulmonar obstructiva: diferencias entre hombres y mujeres. [Online].; 2012 [cited 2013 juliol 28]. Available from: HYPERLINK

http://www.medicinabuenaosaires.com/revistas/vol72-12/3/207-215-MED3-3.pdf.

AUTORES/AUTHORS:

Maria Herranz Vazquez, Margarita Puigvert Vilalta, Enrique Nevado Alvarez, Montserrat Jover Mallo, Carmen Puigvert Vilalta, Maria Asunción Picart Nogue

TÍTULO/TITLE:

ESTUDIO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LAS COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Introducción:

La Hipertensión Arterial (HTA) es considerada por la Organización Mundial de la Salud como la primera causa de muerte a nivel mundial, con cifras cercanas a 7 millones de personas al año. Afecta aproximadamente a uno de cada cuatro adultos y reduce la esperanza de vida entre 10 y 15 años (1,2).

Un reporte reciente de la American Heart Association (2014) establece que la HTA es el principal factor de riesgo poblacional porcentual para las enfermedades cardiovasculares, con un 40,6%, seguido por el consumo de tabaco (13,7%), la alimentación poco saludable (13,2%), la inactividad física (11,9%) y niveles de glicemia anormales (8,8%) (3).

Objetivo:

Identificar las complicaciones cardiovasculares (CV) de los enfermos con hipertensión arterial (HTA) en atención primaria (AP). Conocer los factores de riesgo modificables (FRM) relacionados con la HTA.

Métodos:

Se realiza un estudio observacional, descriptivo y cuantitativo de corte trasversal.

La muestra es de conveniencia, el periodo de recogida comprende del 1 al 29 de febrero de 2016. Se incluyen los pacientes mayores de 15 años, diagnosticados de hipertensión arterial que acuden a tres consultas de enfermería, del centro de salud de Salt, que pertenece a la región sanitaria de Girona. Previo consentimiento.

Se excluyen las personas que declinan su participación.

Análisis de los datos

Para la recogida de datos se utiliza una hoja de diseño propio. Las variables del estudio son: edad, sexo, raza, Índice de Masa Corporal (IMC), alcohol, tabaco, Accidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo de Miocardio (IAM), Valvulopatía, Arritmia Completa por Fibrilación Auricular (ACxFA), Insuficiencia Cardíaca (IC), Insuficiencia Renal (IR) y retinopatía.

Se realiza un análisis descriptivo de los datos y posteriormente un análisis inferencial. Se considera un efecto significativo si alcanza $p < 0,05$. Los cálculos se realizan con el paquete estadístico SPSS versión 17.0.

Resultados:

La muestra fue de 129 personas, el 51,9% eran hombres, el 86,8% de raza caucásica, la edad mediana fue de 69 años, con una DS 14,7, el Rango fue de 61 años, con un valor mínimo de 31 y máximo de 92. Por patologías el 28,7% padecía DM2, el 24,8% tenía ACxFA, el 20,9% presentaba IR, el 20,2% sufría de IC, el 14,7% padecía Retinopatía, el 9,3% tenía AVC, el 5,5% presentaba Valvulopatía y el 3,9% sufría de IAM. Por Factores de Riesgo Modificable, el IMC mediana era de 28,5 con una DS 5,39, el rango de IMC fue de 28,96 con un valor mínimo de 19,14 y máximo de 48,1, el 18,3% eran bebedores con consumo de riesgo y el 12,4% eran fumadores. La relación de la HTA con los FRM no fue estadísticamente significativa. Sin embargo se encontraron diferencias estadísticamente significativa entre los FRM tabaco y alcohol $p < 0,000$ También se observó una relación estadísticamente significativa entre la HTA y la IC $p < 0,005$ y por último existe diferencias estadísticamente significativas entre la HTA y la ACxFA $p < 0,004$

Discusión:

Los resultados confirman las complicaciones CV en los enfermos con HTA para todas las edades y los dos grupos étnicos estudiados (caucásica y africana). Los estudios observacionales consultados demuestran la relación existente entre los valores de Presión Arterial (PA) y las complicaciones CV y renales, así como la correlación con la morbilidad o mortalidad. También reportan que la monitorización ambulatoria PA tiene un papel relevante (4,5).

Se detecta que las complicaciones aparecen con mayor frecuencia a partir de los 60 años. Lira reporta que el tratamiento farmacológico por sí solo no ha logrado cifras de PA adecuadas pero existen iniciativas internacionales que demuestran la efectividad de las medidas no farmacológicas para su control y adherencia a su tratamiento (6).

Los cambios de estilos de vida necesitan de empoderamiento para una mayor gestión de la enfermedad. Según Weschenfelder y Gue indican que la Estrategia de Salud de la Familia constituye un instrumento de intervención importante, las intervenciones propuestas por el equipo multiprofesional pueden producir resultados positivos. Se observó la necesidad de valoración de nuevos conceptos de salud-enfermedad y participación del usuario de salud en la elaboración de un plan de intervención, con estímulo al abandono del consumo de tabaco y del uso abusivo de alcohol, reducción de peso entre aquellos con sobrepeso, implementación de actividades físicas, reducción del consumo de sal, aumento del consumo de hortalizas y frutas, además de la disminución en el consumo de alimentos grasos, entre otros, para estimular el auto-cuidado promoviendo una mejora en la calidad de vida de la población (7).

Implicación para la práctica clínica:

La HTA es una enfermedad muy prevalente, con repercusión socio-sanitaria. La actividad que desarrolla la enfermera en la consulta, está orientada a ayudar a retrasar o evitar las posibles complicaciones CV. Los resultados sugieren la necesidad de incorporar a los pacientes de forma activa en el proceso de cambio de estilo de vida respetando sus decisiones.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses relacionado directa o indirectamente con los contenidos del manuscrito.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**Bibliografía:**

1 Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la HIPERTENSIÓN en el mundo. Día mundial de la Salud 2013.

Documento N° WHO/DCO/WHd/2013.2. Accedido el 24 julio 2014. Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?ua=1

2 Bancalari R, Díaz C, Martínez-Aguayo A, et al. Prevalencia de hipertensión arterial y su asociación con la obesidad en edad pediátrica. Rev Med Chil. 2011 Jul; 139(7):872-9.

3 Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin et al. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Executive summary: heart disease and stroke statistics--2014 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2014 Jan 21; 129(3):399-410.

4 Martínez Amoros A, La hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular. ¿Urge revisar el paradigma? Med Clin (Barc). 2011;136(7):295-297. Accedido el 19/01/2016. Disponible en <http://www.elsevier.es/medicinaclinica>

5 Barrios V, Escobar C, Calderon A, Alonso Moreno FJ, Pallares V Galgo A. Perfil clínico y grado de control de la presión arterial de la población hipertensa asistida en atención primaria en España: ¿hay diferencias entre la población joven y la más mayor?. Rev Esp Cardiol. 2013;66(10):822-229.

6 E.U. Lira C, MT. Impacto de la hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular. Revista Clínica Conde 2015;26(12):156-163. Accedido el 19/01/2016. Disponible en [<http://www.elsevier.es>].

. MED. CLIN. CONDES - 2015; 26(2) 156-163]. [REV. MED. CLIN. CONDES - 2015; 26(2) 156-

7 Weschenfelder Magrini, D; Gue Martini J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. Enfermería. global; 2012 abr; 11(26):344-353.

AUTORES/AUTHORS:

Victor Manuel Alvarez Zurdo, Maria del Pilar Marqués Macias, Ana Benito Pérez, Rosa Mª García Martín, Roberto Aldrich García, Carmen Vian Barón, Modesta Mulero San José, Almudena Cantalejo Martin, Laureano López Gay

TÍTULO/TITLE:

Medicación y Estilos de vida versus Estilos de vida. Prevención de complicaciones en pacientes con hiperglucemia.

Justificación: La diabetes Tipo 2 (DT2) es de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. La IDF estima que el número de adultos con DT2 en Europa pasará de 56 millones (8.5% de la población entre 20-79 años) en 2013 a 69 millones (10.3%) en 2035 (1). Con los criterios diagnósticos actuales una proporción significativa de diabéticos recién diagnosticados presentan ya complicaciones microvasculares. Es más, distintos estudios poblacionales han encontrado que una proporción no desdeñable de individuos disglucémicos (aproximadamente el 12%) muestran ya lesiones retinianas características de la diabetes en el primer examen (2).

Objetivos: 1º Evaluar la efectividad de un programa combinado de intervención farmacológica con metformina, linagliptina o linagliptina + metformina y modificación de estilos de vida (dieta y ejercicio), frente a solo modificación de estilos de vida de 2 años de duración, sobre diferentes parámetros objetivos de afectación microvascular en adultos con alto riesgo de diabetes detectada mediante un programa de cribado. Secundarios: Identificar entre las personas con hiperglucemia aquellas que tienen más probabilidades de desarrollar complicación diabética, determinar si existe relación entre grado de adherencia a las intervenciones, grado de control metabólico y cambios en la progresión del daño microvascular (IPM), determinar si el tratamiento precoz combinado afecta a la calidad de vida autopercebida de los pacientes.

Metodología: Ensayo Clínico multicéntrico. Pacientes de 45-74 años con alto riesgo de diabetes detectada durante un programa de cribado y sin evidencia clínica de enfermedad cardiovascular, ni deterioro de la función renal o hepática. Muestra 114 pacientes.

Intervención: programa combinado de estilos de vida y tratamiento farmacológico (metformina, linagliptina o metformina+linagliptina vs placebo).

Fases del estudio. 1: Cribado: se revisan historias clínicas de 3590 pacientes a los que se aplica criterios de inclusión. Captación oportunista del riesgo de diabetes en Atención Primaria que incluye escala validada FINDRISK >14 puntos y determinación de glucemia en ayunas y a las 2h de una PSOG, confirmación del riesgo de diabetes (Glucemia Alterada en Ayunas (GAA) o Intolerancia a la Glucosa (IG) o ambas y criterios de inclusión y exclusión. Determinación del perfil bioquímico básico y evaluación del perfil cardio-metabólico del (visitas 1 y 2). 2. Intervención: Evaluación basal y desarrollo de la intervención farmacológica y de estilos de vida, duración 24 meses. Principales variables de evaluación: cociente A/V de la retina, cociente albúmina/creatinina en orina y función sudomotora, cambios en calidad de vida auto percibida, análisis de la efectividad de la intervención combinada mediante comparación prepost tratamiento.

Resultados preliminares. Visitas 1y2: 114 SOG de 2 tiempos (32 normotolerantes (28.07%), 27 diabetes no conocida (23.69%), IG ó GAA o ambas 53 (46.49%), no SOG 2(1.75%). Glucemia basal media 115,35 con DE \pm 41.08, glucemia 2h media 156.84 con DE \pm 56,75. Findrisc \geq 14 98. Aceptan participar 18 personas. Tras finalizar la visita 2, quedan 6 personas excluidas:1 cataratas, 2 rechazan, 2 diabetes, 1 normotolerante. 3ª visita 11 personas incluidas con medicación y educación en estilos de vida+1 en espera de terminar protocolo para aleatorización.

Discusión. La experiencia previa en el Centro de Salud de Arévalo en otros proyectos de prevención de diabetes tipo 2 (proyecto DE_PLAN 2006-2014) (3), nos ha llevado a la conclusión de que la puesta en marcha de programas de prevención de diabetes tipo 2 es relevante en la práctica tanto para detectar un alto porcentaje de diabetes no conocida como para evitar la progresión de la enfermedad y sus complicaciones. Diversos estudios han demostrado que las modificaciones de estilos de vida reducen significativamente el desarrollo de DT2 en un 58% en sujetos de alto riesgo (4, 5). Sin embargo, cerca de la mitad de los

participantes no consiguieron alcanzar niveles normoglucémicos solo con la intervención sobre estilos de vida y 1/3 progresaron a DT2 en 10 años (4). Aunque parece que podrían relacionarse los cambios en el estilo de vida con la reducción de retinopatía diabética fundamentalmente (6), no existe evidencia suficiente en cuanto al resto de complicaciones microvasculares. Las recomendaciones sobre intervención con metformina en las personas con intolerancia a la glucosa se basan en la opinión de expertos solamente, y no hay ensayos clínicos que muestren que la metformina previene complicaciones de la diabetes en las personas con IG (7,8). Hasta la fecha no hay suficientes estudios que combinen los diferentes tipos de tratamiento en el control de la diabetes tipo 2 y sus complicaciones microvasculares, por lo que este estudio, en el que participamos con otros centros a nivel europeo (estudio ePredice) es importante a la hora de evaluar las diferencias entre distintos tipos de tratamiento y su repercusión en estos aspectos. El presente estudio ha recibido ayuda por parte de la Gerencia Regional de Salud de la Junta de Castilla y León (GRS 1165/B/15). No existe conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 6th Edition. International Diabetes Federation, Brussels, Belgium, 2013.
- 2. Diabetes Prevention Program Research Group. The prevalence of retinopathy in impaired glucose tolerance and recent-onset diabetes in the Diabetes Prevention Program. *Diabet Med* 2007; 24:137 -144
- 3. Marqués Macías M P, Cantalejo Martín A, Fernández Sánchez S, García Hernández M N, García Martín R M, Laguna Peláez C, et al. Prevención de la Diabetes tipo 2 a través de un programa estandarizado de educación para la salud en atención primaria. *Metas Enf.* 2009; 12(5): 58-64
- 4. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, Valle TT, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, et al. Finnish Diabetes Prevention Study Group. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med.* 2001 May 3;344(18):1343-50
- 5. The Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002;346(6):393-403
- 6. Q. Gong & E W, Gregg & J. Wang & Y. An & P. Zhang & W. Yang & H. et al. Jiang Bennett Long-term effects of a randomised trial of a 6-year lifestyle intervention in impaired glucose tolerance on diabetes-related microvascular complications: the China Da Qing Diabetes Prevention Outcome Study. *Diabetologia* 2011; 54:300 -307.
- 7. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2011. *Diabetes Care.* 2011 Jan;34 Suppl 1:S11-61.
- 8. G. Schernthaner , A. H. Barnett, D. J. Betteridge, R. Carmena , A. Ceriello, B. Charbonnel , M. Hanefeld, R. Lehmann , M. T. Malecki, R. Nesto, V. Pirags, A. Scheen, J. Seufert, A. Sjöholm, A. Tsatsoulis, R. DeFronzo. Is the ADA/EASD algorithm for the management of type 2 diabetes (January 2009) based on evidence or opinion? A critical analysis. *Diabetologia* 2010; 53:1258–1269.

AUTORES/AUTHORS:

M^a FUENSANTA HELLÍN GIL, M^a PILAR FERRER BAS, RAQUEL CHUMILLAS HERRERO, GEMA AMADOR LÓPEZ, JOAQUÍN CARRILLO ORTEGA, ROSA M^a JIMÉNEZ FERNÁNDEZ, ROSARIO ZARAGOZA ESPINOSA, JUAN MANUEL LUCAS GÓMEZ, PABLO FERNÁNDEZ ABELLÁN

TÍTULO/TITLE:

INFLUENCIA DE UN PROTOCOLO EN LOS CUIDADOS, CONSUMO Y GASTO DE LOS PACIENTES CON PRODUCTOS ABSORBENTES POR INCONTINENCIA

Introducción: La incontinencia urinaria es un problema frecuente en la población adulta, sobre todo en mujeres (la padecen entre el 10%-30%), y ancianos, siendo la segunda causa de internamiento en geriátricos. Es uno de los problemas más frecuentes en la institucionalización del anciano, o que suele acompañar a otros procesos, asociándose a problemas higiénicos y sociales que contribuyen a deteriorar la calidad de vida del individuo. En ancianos institucionalizados, estas cifras varían entre el 40 y 60%, de los cuales el 33,7% son mayores ingresados en unidades de larga estancia. Más del 50% de los pacientes con incontinencia tienen deterioro cognitivo, déficit de movilidad e incapacidad para trasladarse con seguridad, siendo uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de dermatitis y lesiones por humedad, y relacionándose con la aparición de un mayor número de úlceras por presión en la región perineal y sacra, infecciones, sepsis, etc. Además de las consecuencias físicas y psicológicas que provoca, también genera un aumento en el uso de los recursos sociales, familiares y sanitarios. En nuestra área de salud, en el año 2013, sólo en dispositivos absorbentes, se consumieron un total de 296.735 dispositivos absorbentes, que suponen un gasto de 55.537 euros.

Objetivo: Evaluar el impacto que la implantación de un protocolo de cuidados al paciente con incontinencia, que precisa de productos absorbentes, basado en evidencia científica, tiene sobre la situación del paciente (calidad de vida, aparición de complicaciones, etc.), y sobre la institución sanitaria (ahorro del consumo y gasto, ajuste del personal en función de la carga de trabajo, etc.).

Metodología: Estudio cuasiexperimental posttest con grupo control, prospectivo, desarrollado en dos unidades de hospitalización de adultos de Medicina Interna, con alta ocupación de pacientes incontinentes que precisan de productos absorbentes. En la unidad experimental, se implantó el protocolo de cuidados al paciente incontinente, tras realizar sesiones formativas con el personal de enfermería (enfermeras y auxiliares). El protocolo, basado en evidencia científica, fue creado por un grupo de trabajo multidisciplinar y aprobado por la Comisión de Cuidados. En la unidad control, se siguió el procedimiento habitual al paciente incontinente, comparando las dos unidades. La muestra se ha calculado mediante comparación de proporciones, con una seguridad del 95% y un poder estadístico del 80%, estimando que la aplicación de cuidados a pacientes con incontinencia que precisan productos absorbentes es eficaz en un 70%, que la aplicación de cuidados a estos pacientes mediante el protocolo creado será del 90%, y las pérdidas del 25%. La muestra utilizada fue de 161 mediciones en cada grupo, total 322 mediciones. Las variables del estudio fueron: edad, sexo, tipo de incontinencia, producto absorbente que precisa, aparición de complicaciones relacionadas, frecuencia de cambios del producto absorbente, consumo y gasto relacionado con los productos absorbentes. Para la recogida de datos, se diseñó una base de datos relacionados con la adecuada aplicación del protocolo, categorizada en sus respuestas para facilitar su análisis posterior. El producto absorbente y la frecuencia de cambios se conoció a través de la valoración de enfermería realizada a todos los pacientes al ingreso en la unidad, y tras aplicar el Índice de Severidad de la Incontinencia y la Escala de Medida de Lesión Perianal, tal y como se expone en el protocolo.

Resultados: El tipo de incontinencia detectada fue mayoritariamente mixta (urinaria y fecal), prevaleciendo el uso de pañales elásticos tanto de día como de noche en la unidad control, que sólo usa ese tipo de pañal, y en la unidad experimental la pauta más frecuente fue utilizar pañales elásticos de día e introducir el tipo supernoche para la noche. En la unidad experimental no se han producido complicaciones asociadas a incontinencia, la frecuencia de cambios fue cada 4 horas, existiendo pocas diferencias entre los distintos

turnos. La categorización del paciente según el Índice de Severidad fue de muy grave en 129 pacientes, y según la Escala de Valoración Perianal, 160 pacientes presentaron heces formadas y/o orina en piel intacta, lo que requiere una frecuencia de cambios cada 8 horas, cambiándose en la práctica con más frecuencia. Se han consumido 882 productos absorbentes, que suponen un coste de 272 euros. En la unidad control se han detectado 23 eritemas y 18 dermatitis con o sin infección, tienen una frecuencia de cambios poco homogénea que no permite organizar el trabajo de las auxiliares de enfermería, y el consumo fue de 1046 productos absorbentes, que suponen un gasto de 293 euros.

Discusión: Al aplicar el protocolo se consigue una frecuencia de cambios más regular que facilita la organización del trabajo en planta, se presentan menos complicaciones, disminuyendo el consumo y el coste asociado a productos absorbentes, al mismo tiempo que se mantiene la calidad de los cuidados. Estos resultados coinciden con otros estudios en cuanto a los beneficios de protocolizar el cuidado de estos pacientes.

Implicaciones para la práctica: Con el protocolo se mejora la calidad de vida de los pacientes incontinentes, la organización laboral del personal de enfermería y la gestión relacionada con la incontinencia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ruiz Cabello, C. Valoración de un protocolo de incontinencia urinaria en una consulta de enfermería de atención primaria. *Enfermería Clínica*. 2000; 10(2): 57-62.
2. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Procedimiento operativo estandarizado de Manejo de la Incontinencia. *Procedimientos de Enfermería*. Versión 0.7.
3. Palomar-Llatas, F. et al. Estudio del uso de dispositivos absorbentes en pacientes incontinentes institucionalizados aplicando una escala de valoración de dermatitis de pañal por humedad. *Enfermería dermatológica*. 2013; 20: 14-30.
4. Nieto Blanco, E. et al. Efectividad de un ensayo clínico sobre cuidados enfermeros para la incontinencia en mujeres. *Actas Urológicas Españolas*. 2007; 31(5):493-501.
5. Segovia-Gómez, T.; Bermejo Martínez, M.; García-Alamino, J.M. Úlceras por humedad: conocerlas mejor para poder prevenirlas. *Gerokomos*. 2012; 23(3).

AUTORES/AUTHORS:

Paula Parás Bravo, Maria Elena Gonzalez Jarraque, Aranzazu Moral Herranz, Ana Maria Palacios Romero, Maria Asuncion Sanz Jimenez, Maria Portal Mañeru, Mercedes Rodriguez Rodriguez, Alexandra Parás Bravo, Ruben Saiz Caverro

TÍTULO/TITLE:

Técnica de relajación muscular en el cuidado de la ansiedad y el dolor del paciente oncológico.

Objetivo: determinar el impacto de la técnica muscular progresiva en pacientes oncológicos con ansiedad, dolor y nauseas.

Método: estudio multicéntrico en 10 hospitales del Sistema nacional de Salud. Población a estudio: Pacientes oncológicos mayores de 18 años con sintomatología ansiosa y ansiedad. Intervención: técnica de relajación muscular progresiva en una sesión de 1 hora con seguimiento telefónico posterior de 1 mes de duración. Se recogieron variables sociodemográficas, medicas, relacionados con el proceso oncológico y con la intervención. Al analizar los resultados se clasifico a los pacientes en 4 clústeres en función de sus características.

Resultados: Observamos que con respecto a la sintomatología ansiosa entre el 94.44% y el 100% de los pacientes consideraban que la técnica les ayudaba a controlar la ansiedad. Además, supuso una reducción objetiva del consumo de ansiolíticos de hasta el 38.24% de los pacientes y del consumo de hipnóticos de hasta el 22.50% de los pacientes.

Aquellos pacientes que, además padecían dolor, consideraron que la técnica les ayuda a controlar el dolor entre un 8.47% y 12.50% de los casos. Además, también supuso hasta en un 34.61% de los pacientes una reducción de la analgesia.

No experimentaron mejoría aquellos pacientes que además de sintomatología ansiosa referían nauseas. Únicamente 2 de los 140 pacientes con nauseas experimentaron mejoría. Ningún paciente tenía emesis anticipatoria en la que media principalmente la ansiedad.

Discusión: Entre el 94.44% y el 100% de nuestros pacientes también refirieron una mejora de la ansiedad.

Beard(1) tambien halló diferencias estadísticamente significativas en las mediciones de ansiedad pre-post de los grupos en tratamiento con Reiki y relajación con respecto al grupo control.

Isa (2,3) también estudió el efecto de la relajación muscular en los pacientes con cáncer de próstata con ansiedad y estrés hallando diferencias significativas a los 4 y a los 6 meses.

Otras terapias complementarias también han demostrado su eficacia para controlar la ansiedad. El yoga ha demostrado reducir el nivel de ansiedad , inicial y final, tras una intervención de 8 semanas, de forma significativa medido con el cuestionario STAI(4). Con respecto a la acupuntura, el estudio previamente comentado sobre pacientes con cáncer de mama, obtuvo una mejora significativa en la escala HADS en aquellos pacientes con tratamiento semanal(5).

Este impacto de la relajación muscular sobre el control de la ansiedad también ha sido estudiado en pacientes no oncológicos como pueden ser las mujeres embarazadas(6), el miedo al dentista(7), la hipertensión pulmonar(8) o la esquizofrenia(9).

En ninguno de los estudios previamente comentados se estudió el consumo de psicofármacos que en nuestra muestra se redujo hasta en un 38.24% de los pacientes que consumían ansiolíticos y hasta en un 22.50% de los pacientes que consumían hipnóticos.

El dolor en nuestra muestra se vio reducido únicamente entre el 8.47% y el 12.50% de los pacientes, lo que conllevó una reducción en el consumo de analgésicos en hasta un 34.61% de los pacientes. Ni Beard(1) ni Andersen(10), que estudiaron la relajación, estudiaron el dolor, sin embargo, la literatura sugiere que aquellas técnicas en las que media la relajación, como pueden ser la musicoterapia o el yoga, favorecen su control(4,11,12).

Con respecto a las náuseas, no se produce una mejora en los pacientes de nuestra muestra a pesar de que la literatura sugiere que la relajación influye en su control(13).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Beard C, Stason WB, Wang Q, Manola J, Dean-Clower E, Dusek JA et al. Effects of complementary therapies on clinical outcomes in patients being treated with radiation therapy for prostate cancer. *Cancer*. 2011 Jan 1;117(1):96-102.
2. Isa MR, Moy FM, Abdul Razack AH, Zainuddin ZM, Zainal NZ. Impact of applied progressive deep muscle relaxation training on the level of depression, anxiety and stress among prostate cancer patients: a quasi-experimental study. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013;14(4):2237-42.
3. Isa MR, Moy FM, Razack AH, Zainuddin ZM, Zainal NZ. Impact of applied progressive deep muscle relaxation training on the health related quality of life among prostate cancer patients a quasi experimental trial. *Prev Med* 2013;57(Suppl):37.
4. Ulger O, Yagli NV. Effects of yoga on the quality of life in cancer patients. *Complement Ther Clin Pract* 2010 May;16(2):60-63.
5. Molassiotis A, Bardy J, Finnegan-John J, Mackereth P, Ryder DW, Filshie J, et al. Acupuncture for cancer-related fatigue in patients with breast cancer: a pragmatic randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2012 December 20;30(36):4470-4476.
6. Bastani F, Hidarnia A, Kazemnejad A, Vafaei M, Kashanian M. A randomized controlled trial of the effects of applied relaxation training on reducing anxiety and perceived stress in pregnant women. *J Midwifery Women Health*. 2006; 50:36-40.
7. Lundgren J, Carlsson SG, Berggren U. Relaxation versus cognitive therapies for dental fear-a psychophysiological approach. *Health Psychol*, 2006;25(3):267-273.
8. Li Y, Wang R, Tang J, Chen C, Tan L, Wu Z, et al. Progressive muscle relaxation improves anxiety and depression of pulmonary arterial hypertension patients. *Evid Based Complement Alternat Med* 2015;2015:792895.
9. Chen WC, Chu H, Lu RB, Chou YH, Chen CH, Chang YC et al. Efficacy of progressive muscle relaxation training in reducing anxiety in patients with acute schizophrenia. *J Clin Nurs*. 2009 Aug;18(15):2187-96
10. Andersen C, Rorth M, Ejlersen B, Stage M, Moller T, Midtgaard J, et al. The effects of a six-week supervised multimodal exercise intervention during chemotherapy on cancer-related fatigue. *Eur J Oncol Nurs* 2013 June;17(3):331-339.
11. Payne RA. *Relaxation Technique. A practical handbook for the health care profesional*. Barcelona: Paidotribo; 2002.
12. Firoozabadi MD, Rahmani H. Prevention of nausea and vomiting: methods and utility after surgery in cancer patients?. *Asian Pac J Cancer Prev* 2015;16(7):2629-2635.

AUTORES/AUTHORS:

María del Carmen Araez Lazaro, Víctor Manuel Pérez Cortijos, Isabel María García Rodríguez, Solanger Hernández-Méndez

TÍTULO/TITLE:

Nivel de Ansiedad y Depresión ante las pruebas diagnósticas en pacientes oncológicos en el Servicio de Radiodiagnóstico

Objetivos: Evaluar el grado de ansiedad y depresión que representa la realización de pruebas diagnósticas en pacientes oncológicos y su relación con edad, sexo y si es primera vez o sucesiva.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, transversal. La población estuvo constituida por los pacientes oncológicos que acudieron al servicio de radiodiagnóstico del Hospital Rafael Méndez de Lorca para realizarse un estudio radiológico. Se realizó un muestreo intencionado entre los meses de abril y mayo del 2016. Las variables estudiadas fueron: sociodemográficas: edad y sexo; si era primera vez que se realizaba la prueba o era sucesiva. Para la recogida de la información se utilizó el cuestionario validado Hospital Anxiety and Depression Escala (HADS). **Análisis Estadístico:** Descriptivo e inferencial.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 72 casos, de los cuales se excluyeron 2 por no cumplir los criterios de inclusión, quedando 70 casos, de los cuales 41,4% eran hombres y 58,6% mujeres. La edad media fue de 56,09 años (Rango: 23-82). En cuanto a las variables estudiadas, el 65,7% presentaba un nivel de ansiedad >8 puntos, lo cual significaba el punto de corte establecido en los distintos estudios consultados. EL 34,3% no presentaba nivel de ansiedad. En cuanto a la depresión, se ha mantenido el mismo punto de corte >8. EL 78,6% no presentaban depresión y 21,4% tenía cifras elevadas de depresión.

Conclusiones: La realización de pruebas diagnósticas genera ansiedad de forma significativa, el nivel de depresión es inferior al nivel de ansiedad en nuestra muestra. Pudiendo concluirse que existe un impacto emocional elevado asociado a la realización de estas pruebas.

Implicaciones para la práctica: La evaluación del nivel de ansiedad y depresión de los pacientes oncológicos que van a realizarse pruebas bien para confirmar el diagnóstico, descartarlo, o realizar un seguimiento de la enfermedad, puede ayudar a determinar las intervenciones o cuidados necesarios para prevenirla y/o manejarla adecuadamente en base a la situación de cada paciente, antes, durante y después de la realización de las pruebas diagnósticas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

x

Sesión de Comunicaciones Orales Breves III

Session of Oral Brief Presentations III

AUTORES/AUTHORS:

LIDIA LOPEZ HERRERO, MIRIAM VELASCO MANSO, LINO SOUTO ILLOBRE, ROSA ISABEL SANCHEZ ALONSO, GEMMA PRIETO DE LAMO

TÍTULO/TITLE:

PERFIL CLÍNICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL DE LOS PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS.

OBJETIVOS:

- 1.- Describir las variables clínicas y funcionales de las personas institucionalizadas en las residencias de la 3ª edad de la provincia de Ávila con IU.
- 2.- Estudiar los factores clínicos y funcionales asociados a la IF.

MÉTODOS:

Diseño: estudio descriptivo transversal (febrero-marzo 2016).

Ámbito: 46 residencias de la 3ª edad de la provincia de Ávila.

Sujetos: Los 1067 sujetos institucionalizados en residencias de la 3ª edad con IU de los que se recibió la base de datos con todas las variables cumplimentadas.

Variables: Dependiente: IF. Independientes: sexo, edad, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), nº de fármacos crónicos, consumo de diuréticos, uso de sonda nasogástrica (SNG), movilidad, deterioro cognitivo y Barthel.

Procedimientos: 1.- Elaboración de la base de datos para su recogida; 2.- Envío de un email a los responsables de los centros con la base de datos y la información del estudio; 3.- Recogida de datos; 4.- Envío de los datos al equipo investigador; 5.- Fusión de los datos en una única base de datos; 6.- Análisis de datos.

Análisis de datos: análisis descriptivo univariante (mediante proporciones para las variables categóricas y la mediana (P50) y rango intercuartil (RI) para las variables cuantitativas por no seguir una distribución normal) y bivalente para conocer las variables asociadas a la IF (Ji-cuadrado para las variables categóricas y U Mann-Whitney para las cuantitativas no normales). Todas las pruebas se han realizado con un nivel de confianza del 95% a nivel bilateral. El paquete estadístico utilizado fue el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 20).

RESULTADOS:

De los 2241 pacientes institucionalizados en residencias de la 3ª edad con IU, 1067 sujetos (47,6%) tenían todas las variables de estudio cumplimentadas.

De estos 1067 sujetos el 74,1% eran mujeres y la mediana de edad fue de 87 años (RI=10).

El 60,6% tenían HTA, el 23,3% DM y el 53,2% tenían prescrito algún fármaco diurético. La mediana de fármacos crónicos prescritos fue de 7 (RI=5) y el 27,3% tenían 10 o más fármacos prescritos. El 3,3% eran portadores de SNG y el 61,1% padecían deterioro cognitivo.

Respecto a la valoración de la dependencia, el 6,8% eran independientes, el 51,2% asistidos parciales y el 42% asistidos totales, siendo el P50 del Barthel de 35 (RI=55). El 67,7% eran capaces de mantenerse en pie.

El 3,3% (35 sujetos) tenían IF y las variables que resultaron asociadas a ella fueron la toma de diuréticos (sí diuréticos: 30,4% vs no diuréticos: 65,1%, $p=0,007$), la dependencia (independiente: 0%, asistido parcial: 24,3% vs asistido total: 92,9%, $p<0,005$), la capacidad de mantenerse en pie (sí se mantiene en pie: 44,4% vs no se mantiene en pie: 91,7%, $p=0,003$), el deterioro cognitivo (no deterioro cognitivo: 8,7% vs sí deterioro cognitivo: 76,7%, $p<0,005$) y la puntuación de la escala Barthel (P50 en incontinentes: 20 vs no incontinentes: 60, $p<0,005$).

No se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre el resto de variables de estudio y la IF.

DISCUSIÓN:

Tras la realización de nuestro estudio, se ha evidenciado que de las personas con IU residentes en centros de la tercera edad de Ávila, aproximadamente dos tercios padecían HTA y una cuarta parte eran diabéticos. Sufrían de algún tipo de deterioro cognitivo casi dos terceras partes y casi todos tenían algún grado de dependencia. Respecto a la medicación, más de una cuarta parte tomaban 10 o más fármacos prescritos de forma crónica y más de la mitad consumían algún tipo de diurético.

La prevalencia de IF es mayor en sujetos con deterioro cognitivo, mayor nivel de dependencia y que no pueden mantenerse en pie,

mientras que en sujetos que tomaban diuréticos, la prevalencia de IF es menor.

Los resultados de nuestro estudio son concordantes con otros estudios, en los que se asocia la IF a deterioro cognitivo y funcional.^{1,2}

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA:

Tener conocimiento de las características clínicas y demográficas de nuestros pacientes incontinentes institucionalizados permitirá una mejor gestión de los recursos materiales para tratar de forma efectiva este problema, que deteriora la calidad de vida y predispone a una mayor morbimortalidad.

Los resultados obtenidos en este estudio servirán de punto de partida para futuras investigaciones.

Este estudio no posee conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Jerez-Roig J, Souza DL, Amaral FL, Lima KC. Prevalence of fecal incontinence (FI) and associated factors in institutionalized older adults. Arch Gerontol Geriatr. 2015 May-Jun;60(3):425-30.
2. Stenzelius K, Mattiasson A, Hallberg IR, Westergren A. Symptoms of urinary and faecal incontinence among men and women 75+ in relations to health complaints and quality of life. Neurourol Urodyn. 2004;23(3):211-22.

AUTORES/AUTHORS:

Eva Tizón Bouza, Alba Elena Martínez Santos, Jose Ángel Pesado Cartelle

TÍTULO/TITLE:

Conocimiento enfermero sobre prevención, diagnóstico y cuidados de úlceras de extremidad inferior en el Área de Ferrol

OBJETIVO: Determinar el grado de conocimiento sobre recomendaciones y últimas evidencias en prevención, diagnóstico y cuidados de las úlceras de extremidad inferior (UEI) de los profesionales de Enfermería (PE) de la zona geográfica del Área Sanitaria de Ferrol (ASF).

MÉTODOS: Estudio descriptivo, transversal, observacional y multivariado de regresión logística. Población a estudio: PE con labor asistencial en Hospital y Centro de Atención Primaria (CAP) del ASF, o Centro Sociosanitario (CS) con concierto con ASF en suministro y uso de productos de cura en ambiente húmedo (n=274). Se obtiene muestra significativa en cada nivel asistencial (n=205; p<0,05, d=0,5).

Se obtiene permiso del Comité Autonómico de Ética de Investigación de Galicia y autorización de acceso a la población a estudio en el ASF y en cada CS. Se respetan las normas éticas y legales aplicables.

Se diseña cuaderno de recogida de datos ad hoc basado en recomendaciones de máxima evidencia y consenso de expertos: 31 ítems en 6 bloques (100 variables).

Análisis estadístico multivariado e inferencial mediante contrastes de hipótesis y regresión logística. La puntuación total de conocimiento se establece asignando a las frecuencias absolutas de respuestas acertadas porcentajes divididos en cuartiles: 0%-25% (conocimiento muy bajo), 26%-50% (conocimiento bajo), 51%-75% (conocimiento medio) y 76%-100% (conocimiento alto).

RESULTADOS: El análisis multivariado conjunto de las variables ratifica que las variables con capacidad independiente para predecir el conocimiento del PE sobre UEI son: conocer GPC, protocolos o documentos de consenso (p=0.001)(OR 2.8; 95% IC 1.5-5.3), así como saber calcular el ITB (p=0.005)(OR 2.5; 95% IC 1.3-4.7) y conocer sus valores (p<0.001)(OR 3.8; 95% IC 1.8-7.8), siendo esta última la más decisiva.

El 92% utiliza algún tipo de TIC; 93,2% accede a internet en trabajo; 87,3% en su Smartphone. 94,1% considera útil la creación de una app sobre cuidados de UEI; 91,3% la utilizaría.

DISCUSIÓN: El nivel de "Conocimiento de las UEI" se revela bajo. La escasa "Identificación de la etiología de la UEI" (27,3%), concuerda con lo evidenciado por Berzoti Gonçalves²⁶.

El conocimiento, acceso e identificación de GPC, protocolos o documentos de consenso es bajo, al igual que lo reflejado por otros autores^{12,25,27,28}. Pese al incremento de estos documentos y su accesibilidad, esta información se desconoce por algunos PE o no ha sido asimilada²⁸.

El 100% de PE afirman que debe tenerse en cuenta la calidad de vida de personas con UEI, pero la utilización del cuestionario adaptado CCVUQ-e es muy baja (5,9%). Esto es atribuido a falta de formación o tiempo que perciben como barrera para analizar estudios publicados o implementar investigación^{26,28,29}.

Se puede afirmar, significativamente, que los PE de más de 22 años de experiencia, más de 49 años, y con trabajo en CAP, acceden más a GPC, protocolos y documentos de consenso, utilizan más el cuestionario CCVUQ-e e identifican mejor el valor ITB. El conocimiento sobre ITB se considera bajo-medio, y concuerda con lo afirmado por Ylönen¹².

El desempeño profesional en CAP es un determinante favorable, dato similar al de Zarchi¹³. Se ha encontrado asociación estadística en el grado de conocimiento en el bloque "Tratamiento de la UEI", atribuible a la variable "Lugar dónde desarrollan su labor", que responde a favor de los profesionales que trabajan en AP.

El 62% de los PE afirman haber recibido formación sobre UEI en los últimos 5 años, cifra que se asemeja a la de Granados Matute²⁹ y Suárez Alonso²⁵, pero que se aleja de la de Beaskoetxea Gómez² (91,2%). El factor que más influye en el conocimiento del PE

sobre las HC es la formación^{2,26,27}, duplicándose el porcentaje de conocimientos de UEI en personal formado respecto a los que no han tenido formación. Existe asociación estadística en el grado de conocimiento en los bloques “Diagnóstico de la UEI”, “Tratamiento de la UEI” y “Prevención de la UEI” atribuible a la variable “Ha recibido formación sobre UEI en los últimos 5 años”. De este mismo modo, los PE con formación identifican mejor las UEI y conocen y afirman tener acceso a documentos en mayor proporción.

La utilización y acceso a las TIC se pueden considerar muy altas, así como la utilidad y utilización de una posible app enfermera sobre UEI, cuya creación parece indispensable para acercar la evidencia al PE de forma permanente^{12, 26, 28, 29}.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA: Es necesario perseverar en la inclusión de programas formativos de manera continuada, que ofrezcan la obtención real de conocimientos y se prolonguen en el tiempo, así como establecer mediciones del impacto sobre conocimiento adquirido tiempo después recibir esta formación.

Los autores declaran no existir conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Berzoti-Gonçalves MB, Nasbine-Rabeh SA, Sangaletti-Terçariol CA. The contribution of distance learning to the knowledge of nursing lecturers regarding assessment of chronic wounds. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [Acceso 9 May 2015]; 23(1): 122–9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4376040/?report=reader>
2. Ylönen M, Stolt M, Leino-Kilpi H, Suhonen R. Nurses' knowledge about venous leg ulcer care: a literature review. *Int Nurs Rev* [Internet]. 2014 [Acceso 7 Ene 2015]; 61(2): 194–202. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24754508>
3. Suárez-Alonso A. Evaluación del uso de la Guía de Práctica Clínica “Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión y otras Heridas Crónicas” en un hospital valenciano. *Enfermería Dermatológica* [Internet]. 2012 [Acceso 20 May 2015]; 6(17): 34–40. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4175740>
4. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Rodríguez-Torres MC, Torres-García M, López-Medina IM. Conocimientos y creencias de las enfermeras sobre el cuidado de las úlceras por presión: revisión sistemática de la literatura. *Gerokomos* [Internet]. 2007 [Acceso 9 May 2015]; 18(4): 30–8. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v18n4/188rincon.pdf>
5. Esperón-Güimil JA, Loureiro-Rodríguez MT, Antón-Fuentes VM, Rosendo-Fernández JM, Pérez-García I, Soldevilla-Agreda JJ. Variabilidad en el abordaje de las heridas crónicas: ¿qué opinan las enfermeras? *Gerokomos* [Internet]. 2014 [Acceso 8 May 2015]; 25(4): 171–7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n4/07_helcos2.pdf
6. Granados-Matute AE, Cejudo-López A, Vega-Fernández VM. Variabilidad en la práctica clínica para el cuidado de las heridas. *Evidentia* [Internet]. 2014 [Acceso 9 May 2015]; 11(45). Disponible en: <http://www.index-f.com/ciberindex.php?l=2&url=/evidentia/n45/ev9328.php>
7. Zarchi K, Latif S, Haugaard VB, Hjalager IR, Jemec GB. Significant differences in nurses' knowledge of basic wound management - implications for treatment. *Acta Derm Venereol* [Internet]. 2014 [Acceso 7 Ene 2015]; 94(4): 403–7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24352474>
8. Beaskoetxea-Gómez P, Bermejo-Martínez M, Capillas-Pérez R, Cerame-Pérez S, García-Collado F, Gómez-Coiduras JM, et al. Situación actual sobre manejo de heridas agudas y crónicas en España: Estudio ATENEA. *Gerokomos* [Internet]. 2013 [Acceso 7 Ene 2015]; 24(1): 27-31. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v24n1/helcos1.pdf>

AUTORES/AUTHORS:

Esther Maraver-Capitán, Pablo Fernández-León, Isabel Domínguez-Sánchez, María-Teresa Baena-Ariza, Joaquín-Salvador Lima-Rodríguez

TÍTULO/TITLE:

Influencia del estigma social en la salud de familias con miembros afectados por el VIH. Revisión sistemática

Antecedentes y objetivo: Se considera a la familia como la unidad base de la sociedad y primera fuente de socialización sobre salud, enfermedad, cuidados y desarrollo de comportamiento frente a la salud y su pérdida que, además, desempeña un papel clave como recurso para el cuidado y soporte de sus miembros. Determinadas patologías llevan asociado un fuerte nivel de estigmatización y rechazo social, como es el caso del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), causado por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Esto hace que, estas personas y sus familias, se ven afectados por actitudes de rechazo, marginación o desprecio, que pueden deteriorar su autoestima y poner en riesgo el funcionamiento del sistema familiar, la cohesión entre sus miembros o la capacidad de afrontar la situación. Además, puede producirse autoestigmatización, cuando las personas con VIH interiorizan o anticipan estas actitudes sociales, ocasionándoles vergüenza o desprecio de sí mismo, sentimientos de culpabilidad y de inferioridad, que puede verse reflejado en la evolución de la enfermedad y la adherencia al tratamiento. Existe poca investigación, en lo que a enfermería se refiere, sobre la influencia que tiene el estigma en la salud de las familias con miembros enfermos de VIH.

Objetivo: Conocer el estado del conocimiento acerca de la influencia del estigma social sobre la salud familiar de familias con miembros afectados por el virus de inmunodeficiencia humana, así como conocer intervenciones para reducir el estigma social hacia las personas con VIH/SIDA.

Metodología: Revisión sistemática siguiendo las recomendaciones de la declaración PRISMA, en las bases de datos PUBMED, CINAHL, LILACS, PSYCINFO, SCOPUS, DIALNET y WOS y listas de referencias de artículos incluidos, utilizando para la estrategia de búsqueda descriptores DeCS y MeSH. Se incluyeron artículos publicados en los últimos 5 años, en inglés, español o portugués, relacionados con los objetivos y calidad metodológica moderada/alta. En el proceso intervinieron dos investigadores independientes que llegaron a consensos. Se localizaron 787 artículos inicialmente y fueron seleccionados finalmente 15.

Resultados: la totalidad de artículos seleccionados fueron escritos en inglés, 11 de ellos eran estudios descriptivos, dos estudios experimentales y un estudio analítico. Debido a la heterogeneidad de los estudios por sus distintos diseños, muestras, variables de estudio y/o lugar de realización, para proceder a la síntesis de los principales resultados se establecieron tres categorías acorde con los objetivos de estudio: a) Causas del estigma social hacia el VIH; b) repercusiones del estigma social sobre la salud familiar; c) intervenciones para reducir el estigma social. A-. El estigma social se relaciona con ideas falsas, culpabilidad, mitos y tabús, destacando como una de las causas más determinantes del estigma el escaso conocimiento sobre el VIH/sida, sus mecanismos de transmisión, manejo y tratamiento. De esta forma, niveles más bajos de conocimiento se asociaron con mayores niveles de estigma y los niveles más altos de conocimiento, combinado con los niveles más altos de educación, se asociaron con menores niveles de estigma. B-. Al enfermo y familias les preocupan la actitud de la sociedad, la autoimagen negativa del enfermo y la revelación del estado serológico. El estigma no se limita a la persona afectada, de tal manera que la percepción pública de la estigmatización entre los individuos asociados con las personas afectadas se ha denominado "el estigma de cortesía" o "estigma asociativo". La influencia en la salud familiar se produce en todas sus dimensiones: el clima social familiar, por la desconfianza del enfermo en la familia, dificultando la comunicación y las relaciones de apoyo; la integridad familiar por el propio aislamiento social, y la pérdida de vínculos familiares; el funcionamiento por alteración de los procesos familiares; la resistencia familiar porque el estigma supone una barrera a la búsqueda de ayudas, apoyos y recursos externos; y el afrontamiento, por el retraso en la puesta en marcha de mecanismos de acción, al evitar la divulgación. C-. Pueden resultar eficaces las intervenciones que emplean las nuevas tecnologías y los medios de comunicación de manera positiva, destinadas a aumentar el conocimiento sobre la enfermedad y la aceptación social de estas

personas y sus familias.

Discusión: el estudio realizado ha permitido alcanzar los objetivos propuestos ampliando el campo de conocimientos sobre la temática. La influencia del estigma social en la salud de familias de enfermos afectados por el virus de inmunodeficiencia humana, es una fuente poco explorada desde la perspectiva enfermera, a pesar de las importantes repercusiones que este tiene. Las mejoras en los conocimientos sobre el VIH pueden servir como un intermediario importante del proceso para el cambio de comportamiento. Las enfermeras deben tomar conciencia de la importancia del estigma social en estos pacientes y su familia e intervenir para evitar que lleguen a situaciones autoestigma, permanezcan en riesgo de deterioro de la dignidad humana y dificulten el abordaje terapéutico de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Bhagavathula, A.S., Bandari, D.K., Elnour, A.A., Ahmad, A., Khan, M.U., Baraka, M., ... Sehab, A. (2015). Across sectional study: the knowledge, attitude, perception, misconception and views (KAPMV) of adult family members of people living with human immune virus-HIV acquired immune deficiency syndrome-AIDS (PLWHA). SpringerPlus, 4, 769.
- Fuster, M.J., Molero, F., Gil-Montes, L., Agirrezabal, A., y Vitoria, A. (2013). HIV- and AIDS-Related Stigma: Psychosocial Aspects in a Representative Spanish Sample. Spanish Journal of Psychology, 16(30), 1-8.
- Herek, G.M., y Capitano, J.P. AIDS Stigma and Contact With Persons With AIDS: Effects of Direct and Vicarious Contact. Journal of Applied Social Psychology, 27(1), 1-36.
- Lee, S., Yamazaki, M., Harris, R., Harper, G.W., y Ellen, J. (2015). Social Support and Human Immunodeficiency Virus-Status Disclosure to Friends and Family: Implications for Human Immunodeficiency Virus-Positive Youth. Journal of Adolescent Health, 57, 73-80.
- Lima-Rodríguez, J.S., Lima-Serrano, M., Jiménez-Picón, N., y Domínguez-Sánchez, I. (2013). Consistencia interna y validez de un cuestionario para medir la autopercepción del estado de salud familiar. Revista Española de Salud Pública, 86(5), 509-521.
- Lima-Rodríguez, J.S., Lima-Serrano, M., y Sáez-Bueno, A. (2009). Intervenciones enfermeras orientadas a la familia. Enfermería Clínica, 19(5), 280-283.
- Sengupta, S., Banks, B., Jonas, D., Miles, M.S., y Smith, G.C. (2011). HIV interventions to reduce HIV/AIDS stigma: a systematic review. AIDS and Behavior, 15(6), 1075-1087.
- Stangl, A.L., Lloyd J.K., Brady, L.M., Holland, C.E., y Baral, S. (2013). A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? Journal of the International AIDS Society, 16(2), 18734.
- Varni, S.E., Miller, C.T., McCuin, T., y Solomon, S. (2012). Disengagement and Engagement Coping with HIV/AIDS Stigma and Psychological Well-Being of People with HIV/AIDS. Journal of Social and Clinical Psychology, 31(2), 123- 150.

AUTORES/AUTHORS:

Victor Cornejo del Rio, Matilde Fernández y Fernández-Arroyo, Alfonso Gil Martinez, Maria Delgado Sandoval, Elena Calderari Fernández, Ginesa Alicia Cerón Serrano

TÍTULO/TITLE:

TÍTULO: DISFUNCIÓN ERECTIL EN PACIENTES DIABÉTICOS Y PREVENCIÓN DEL SINDROME CARDIOVASCULAR. REVISIÓN SISTEMÁTICA.

JUSTIFICACIÓN. La disfunción eréctil (DE) es la forma más común de disfunción sexual de los varones diabéticos con una incidencia del 35 al 75% (1). La DE también conlleva una gran afectación a la calidad de vida (2) y se estima que es un marcador de desarrollo de enfermedad vascular generalizada y presagio de un posible fallo cardiovascular (3,4).

PREGUNTA DE REVISIÓN: ¿Es la disfunción eréctil en pacientes diabéticos un valor predictor de patología cardiovascular?

OBJETIVOS. Identificar y analizar las evidencias disponibles en la literatura científica sobre la disfunción eréctil en pacientes diabéticos y su valor predictor de patología cardiovascular.

MÉTODO. Revisión sistemática. Criterios de inclusión: Se incluyeron estudios de disfunción eréctil y diabetes que tuvieran referencia al síndrome cardiovascular, independientemente del escenario de estudio. Se incluyeron únicamente estudios en inglés, francés y castellano. Se utilizó como límite de tiempo de inicio de búsqueda el año 1988 por la relevancia de los trabajos de VINICK (5). Estrategia de búsqueda: Se utilizaron las bases de datos: OpenThesis, LILACS, Medline/Pubmed, CINAHL, CUIDEN, Cochrane Plus. La búsqueda finalizó el 1 de mayo de 2016. Se utilizaron los términos MeSH: Diabetes Mellitus, Erectile Dysfunction, Cardiovascular Disease y Cardiovascular Risk. La selección de las publicaciones y la extracción de los datos se realizaron por dos revisores de forma independiente. En una primera fase, tras la eliminación de duplicados, se seleccionaron los trabajos en relación con la pregunta y el objetivo de esta revisión. Este primer análisis se basó en la información del título, resumen y palabras clave de cada estudio. Cuando los resúmenes no contenían la información necesaria, se pasó a revisar el texto completo. En la segunda fase de análisis de los trabajos seleccionados a texto completo se utilizó como método de análisis para determinar el nivel de evidencia la clasificación de Oxford Centre for EvidenceBased Medicine⁶.

RESULTADOS. Dentro de la primera fase de búsqueda de artículos se seleccionaron 3 en OpenThesis, 20 Medline/Pubmed, 14 en LILACS, 15 en CINAHL, 2 en CUIDEN, 2 en Cochrane. Tras la valoración de la adecuación de los trabajos al objeto y calidad de estudio, cumplieron los criterios de inclusión 0 trabajos en OpenThesis, 4 en Medline/Pubmed, 0 en LILACS, 4 en CINAHL, 0 en CUIDEN, 0 revisión en Cochrane. De los 8 trabajos seleccionados 4 revisiones sistemáticas de estudios longitudinales indican que la DE es un importante predictor de Enfermedad Coronaria y que los pacientes diabéticos con DE tienen mucho mayor riesgo de Enfermedad Cardiovascular (6-12). Los estudios restantes confirman que la DE en diabéticos es capaz de predecir futuros eventos cardiovasculares y ser un potencial marcador para la detección de enfermedad arterial coronaria. Se obtuvieron 4 trabajos con un nivel de evidencia 2a y 4 trabajos con un nivel 2b según Oxford Centre for Evidence-based Medicine- Level of Evidence.

DISCUSIÓN. Los resultados permiten afirmar que la DE en pacientes diabéticos es un predictor de futuros eventos cardiovasculares y un marcador para la detección de enfermedad arterial coronaria con un nivel de evidencia B. La fisiopatología es multifactorial, involucrando a la disfunción endotelial, las complicaciones específicas de la diabetes y los factores psicológicos. Esto plantea la necesidad de evaluar cuidadosamente los elementos cardiovasculares de los pacientes diabéticos que despuntan con una DE. También hay que tener en cuenta que la DE es la complicación de la diabetes que más altera la autoestima de los varones y más repercute en su percepción de la calidad de vida. Esto plantea la necesidad de contemplar cuidados globales con apoyo cognitivo y emocional. Faltan investigaciones sobre las intervenciones enfermeras de detección, educación y apoyo al paciente diabético varón con DE.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA. Dado el conocimiento actual, se hace necesario establecer estrategias de

detección de patología cardiovascular en pacientes diabéticos que presenten disfunción eréctil. La detección precoz permitirá el tratamiento oportuno de estas patologías mediante el diseño e implementación de programas educativos específicos. Esta educación también aumentará el control de los pacientes sobre su enfermedad, trabajará su autoestima y sus estrategias para disminuir el impacto de la diabetes y la DE en la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: Diabetes Mellitus, Erectile Dysfunction, Cardiovascular Disease y Cardiovascular Risk.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Valles C, Fernández JM, Escaf S, Fernández F. Etiología neurógena en pacientes con disfunción eréctil. Arch. Esp. Urol.2008; 61 (3): 403-411.
- 2- Romero JC, Licea ME. Disfunción sexual eréctil en la diabetes mellitus. Revisión. Rev Cubana Endocrinol 2000; 11(2):105-20.
- 3- Rosen RC, Wing R, Schneider S y cols. Epidemiology of erectile dysfunction: The role of medical comorbidities and lifestyle factors. Urol. Clin. North Am.2005; 32: 403.
- 4- Vinik AI, Maser RE, Mitchell BD y cols. Diabetic autonomic neuropathy. Diabetes Care, 2003; 26: 5
- 5- Vinick AI, Richardson D. Erectile dysfunction in diabetes. Diabetes Reviews,1988; 6: 16.
- 6- Gazzaruso C; Giordanetti S; De Amici E; Bertone G; Falcone C; Geroldi D; Fratino P; Solerte SB; Garzaniti A. Relationship between erectile dysfunction and silent myocardial ischemia in apparently uncomplicated type 2 diabetic patients. Circulation (CIRCULATION), 2004 Jul 6; 110(1): 22-26. (5p).
- 7- Thomas GN; Tomlinson B; Abdullah ASM; Yeung VTF; Chan JCN; Wong KS; Association of erectile dysfunction with cardiovascular risk factors and increasing existing vascular disease in male Chinese type 2 diabetic patients. Diabetes Care, Aug2005; 28(8): 2051-2053. 3p. (Journal Article - research, tables/charts) ISSN: 0149-5992
- 8- Turek, Sara J; Hastings, Stephanie M; Sun, Jennifer K; King, George L; Keenan, Hillary A. Sexual dysfunction as a marker of cardiovascular disease in males with 50 or more years of type 1 diabetes. Diabetes Care (DIABETES CARE), Oct2013; 36(10): 3222-3226. (5p).
- 9- Ma RC; So W; Yang X; Yu LW; Kong AP; Ko GT; Chow C; Cockram CS; Chan JC; Tong PC. Erectile dysfunction predicts coronary heart disease in type 2 diabetes. Journal of the American College of Cardiology (JACC) (J AM COLL CARDIOL), May2008; 51(21): 2045-2050. (6p)
- 10- Gandaglia G1, Salonia A, Passoni N, Montorsi P, Briganti A, Montorsi F. Erectile dysfunction as a cardiovascular risk factor in patients with diabetes. Endocrine. 2013 Apr;43(2):285-92.
- 11- Miner M, Seftel AD, Nehra A, Ganz P, Kloner RA, Montorsi P, Vlachopoulos C, Ramsey M, Sigman M, Tilkemeier P, Jackson G. Prognostic utility of erectile dysfunction for cardiovascular disease in younger men and those with diabetes. 2012 Jul;164(1):21-8.
- 12- Tamler R. Diabetes, obesity, and erectile dysfunction. 6. doi: 10.1016/j.genm.2008.12.003 2012.

AUTORES/AUTHORS:

CRISTINA ENCINAR PRIETO

TÍTULO/TITLE:

EFECTOS DE LA MUSICOTERAPIA EN PACIENTES CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES. REVISIÓN SISTEMÁTICA.

OBJETIVO:-Analizar la información disponible sobre los efectos de la musicoterapia en pacientes con problemas CV relacionados con la HTA y el proceso de recuperación postoperatorio en cirugías cardíacas. **MÉTODO:** Revisión sistemática (RS) en el área de AP y especializada en la evaluación de intervenciones del cuidado. **DISEÑO:** Búsqueda en: PubMed, CUIDEN, LILACS, CINALH, SciELO y en el WorldWideScience.org. Formulación pregunta en formato PICO. Estrategia de búsqueda se utilizaron los DeCs y MeSH: Music Therapy, Patients, Hypertension, Blood Pressure. Presión sanguínea, Música, Musicoterapia. Limitación de resultados mediante los filtros pertinentes para los ECA y no aleatorios metaanálisis, RB y RS. Ampliación haciendo una búsqueda referencial adicional bibliográfica, no se hizo restricción de idioma. Criterios de inclusión: objetivos coincidentes con el de éste estudio, RS, RB, ECA y otros estudios cuyos objetivos fueran conocer los efectos de la musicoterapia en pacientes cardiovasculares, seguridad y eficacia de las intervenciones. Se incluyeron los ECA y cuasialeatorios que compararon las intervenciones musicales y la atención estándar con el tt^a convencional para personas con enfermedad coronaria. Fecha de publicación limitada a los 10 últimos años. Revisión de la literatura para recopilar y analizar posteriormente los datos por 2 revisores independientes. Tras una 1^a lectura de títulos se evaluaron los resúmenes para valorar la pertinencia de su inclusión. Evaluación la calidad de los estudios de forma independiente mediante el método CASPe, con consenso posterior para las no coincidencias, se clasificaron en función de la evidencia. **RESULTADOS:**28 artículos utilizando diferentes combinaciones de DeCs y MeSH. Siguiendo los criterios de inclusión, lectura crítica y eliminadas las repeticiones se incluyeron 7 artículos que pasaron los criterios de calidad marcados, no se realiza metaanálisis. Tang HYJ et al 1. ECA publicado en 2009 en EE.UU, muestra 41 adultos al azar. Objetivo: Evaluar a corto y a largo plazo los efectos de dos programas de relajación de audio en la reducción de la presión arterial en los adultos. Gruhlke et al 2. ECA publicado en 2015 en Brasil, muestra de 60 pacientes asignados al azar (20 en cada grupo). Objetivo: evaluar efectos de la música en pacientes con infarto agudo de miocardio. Zanini et al 3. ECA publicado en 2009 en Brasil con una muestra de 46 pacientes asignados al azar. Objetivo: Evaluar el efecto de la musicoterapia en la CV y en el control de la PA de pacientes hipertensos. Kunikullaya, Kirthana Ubrangala et al 4. ECA prospectivo, publicado en 2015, muestra de 100 prehipertensos/hipertensos en estadio I, divididos aleatoriamente en dos grupos (n=50 en cada uno). Objetivo: evaluar el efecto de la escucha pasiva de música raga para relajarse en las funciones autonómicas de hipertensos y prehipertensos y proporcionar evidencia científica. Bekiroglu, Tansel et al 5. ECA realizado en 60 pacientes hipertensos que viven en un hogar de ancianos local en Adana, Turquía. Objetivo: investigar si la música clásica turca tiene efectos positivos sobre la PA y los niveles de ansiedad en pacientes de edad avanzada. Hatem TP et al 6. ECA con placebo, muestra: 84 niños (edades: 1 día y 16años) durante las 1^a 24h del postoperatorio. Objetivo: Investigar el efecto de la música en los niños de la UCI pediátrica cardíaca después de una cirugía de corazón en comparación con la atención estándar. Lindsay Ripley, BS et al 7. ECA, muestra 70 pacientes sometidos a cateterismo cardíaco electiva, asignados al azar a la musicoterapia (n=36) o ningún tratamiento de música (n=34). Objetivo: Impacto sobre la función endotelial, hemodinámica y la ansiedad del paciente antes, durante y después del cateterismo. **DISCUSIÓN:**Tras la obtención de resultados, el uso de la musicoterapia contribuye en la mejora de la CV y del control de la PA, señalando que puede representar un refuerzo en el abordaje terapéutico en programas de atención multidisciplinaria al hipertenso. La escucha pasiva de música junto con modificaciones del estilo de vida convencional tiene un papel en la normalización de la PA a través de la modificación de la función autonómica. Por lo tanto se puede utilizar como una terapia complementaria junto con otras modificaciones del estilo de vida. Hay evidencia para apoyar la práctica de la musicoterapia para reducir el dolor postoperatorio, la ansiedad, la PA sistólica y la FC en los pacientes después de la cirugía torácica ya que se ha observado efecto beneficioso, sin embargo, hay vacíos para ser llenados en esta área, son

necesarios estudios en mayor profundidad. **IMPLICACIONES PRÁCTICAS:** Realizar ECA bien diseñados que aborden limitaciones y sesgos de los anteriores. Generar evidencia y dar recomendaciones sobre el uso de la musicoterapia como posible intervención a la hora de mejorar el control de las constantes y la recuperación de los problemas CV. Llevar a cabo un meta-análisis para poder dar recomendaciones adecuadas y consensuadas a todos los profesionales. Hay que tener en cuenta que estas conclusiones se basan en una revisión limitada, 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:

BIBLIOGRAFIA. 1-Tang HYJ, Harms V, Speck SM, Vezeau T, Jesurum JT. Effects of audio relaxation programs for blood pressure reduction in older adults. *European journal of cardiovascular nursing: journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*. 2009 Dec; 8(5):329-336. Available from: 10.1016/j.ejcnurse.2009.06.001 2-Luiza Carolina Gruhlke, MD; Marcelo Coelho Patrício, MD; Daniel Medeiros Moreira, MD, MSc, PhD. Mozart, but not the Beatles, reduces systolic blood pressure in patients with myocardial infarction. *Acta Cardiol* 2015; 70(6): 703-706. 3- El Efecto de la Musicoterapia en la Calidad de Vida y en la Presión Arterial del Paciente Hipertenso. Claudia Regina de Oliveira Zanini, Paulo César Brandão Veiga Jardim, Claudia Maria Salgado, Mariana Cabral Nunes, Fabrícia Lanusse de Urzêda, Marta Valéria Catalayud Carvalho, Dalma Alves Pereira, Thiago de Souza Veiga Jardim, Weimar Kunz Sebba Barroso de Souza. Liga de Hipertensão Arterial do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO – Brasil. 4-Music versus lifestyle on the autonomic nervous system of prehypertensives and hypertensives—a randomized control trial Kunikullaya, Kirthana Ubrangala et al. *Complementary Therapies in Medicine* , Volume 23 , Issue 5 , 733 – 740. 5-Effect of Turkish classical music on blood pressure: A randomized controlled trial in hypertensive elderly patients. Bekiroglu, Tansel et al. *Complementary Therapies in Medicine*, Volume 21 , Issue 3 , 147 – 154 6- The therapeutic effects of music in children following cardiac surgery. Hatem TP, Lira PI, Mattos SS. *J Pediatr (Rio J)*. 2006 May-Jun; 82(3):186-92. Epub 2006 May 4. 7- Randomized Controlled Trial on the Impact of Music Therapy During Cardiac Catheterization on Reactive Hyperemia Index and Patient Satisfaction: The Functional Change in Endothelium After Cardiac Catheterization, With and Without Music Therapy (FEAT) Study. Lindsay Ripley, BS; Georgios Christopoulos, MD; Tesfaldet T. Michael, MD; Mohammed Alomar, MD; Bavana V. Rangan, BDS, MPH; Michele Roesle, RN; Anna Kotsia, MD, PhD; Subhash Banerjee, MD; Emmanouil S. Brilakis, MD, PhD Volume 26 - Issue 9 - September 2014.

AUTORES/AUTHORS:

RAÚL SOTO CÁMARA, MARÍA INMACULADA SANTAMARÍA CUESTA, MARÍA CONSUELO RODRÍGUEZ GARCIA, MARÍA CELESTE SANTIAGO VALLADOLID, BEGOÑA MARÍA GONZALEZ PEREZ, MARÍA LOURDES DIEZ GONZALEZ, TANIA MARTÍN AUSIN, MARGARITA HERNANDO PEREZ

TÍTULO/TITLE:

EVOLUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y DE LA SUPERVIVENCIA DE LA PCR

INTRODUCCIÓN:

La PCR extrahospitalaria, a pesar de su baja incidencia, continúa siendo un problema sociosanitario de primer orden. La probabilidad de supervivencia es variable y depende de múltiples factores, siendo la desfibrilación precoz junto con las maniobras torácicas de calidad los dos aspectos que, en la actualidad, más influyen en el pronóstico

OBJETIVO:

Conocer la producción científica existente sobre la atención extrahospitalaria de la PCR en España por parte de los SEM, en la que se describan las características clínico-epidemiológicas y los resultados obtenidos en cuanto a la recuperación de la circulación espontánea y respecto a la supervivencia

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 bases de datos (BVS-CINAHL-COCHRANE-CUIDEN-EMBASE-IBECs-IME-LILACS-MEDLINE-ScIELO), entre enero y abril de 2016. Para ello, se diseñó una estrategia de búsqueda en la que se utilizaron como palabras clave los DeCS (paro cardíaco extrahospitalario, supervivencia, España) y MeSH (heart arrest, out of hospital, survival, Spain) adecuados al objetivo del estudio, combinados mediante operadores booleanos, junto con términos libres, alguno de ellos truncados, con la finalidad de incluir todas las posibles terminaciones. Se seleccionaron todos los trabajos originales cuyo diseño metodológico fuese el de estudio descriptivo, publicados en inglés y/o castellano desde el año 2.005 hasta la actualidad, con el fin de abarcar las recomendaciones recogidas en las 2 últimas guías de actuación de la ERC, y que estudiases las características epidemiológicas básicas de la PCR extrahospitalaria así como la supervivencia tras serle aplicadas maniobras de RCP, con al menos el resumen disponible. Se excluyeron aquellos que no hiciesen referencia a la geografía española, que se refiriesen al ámbito intrahospitalario, que recogiesen únicamente datos de población pediátrica o que estuviesen publicados con anterioridad al año 2.005. La selección de los estudios potencialmente relevantes 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. De los trabajos se extrajeron los valores absolutos de las variables a estudiar, se estimaron los valores relativos (porcentajes, IC 95%) y se compararon mediante la prueba Z, aceptando la existencia de significación estadística si $p \leq 0,05$.

RESULTADOS:

Se identificaron un total de 523 trabajos, que tras una primera lectura y evaluación del título y resumen, se descartaron 510 al no estar relacionados con el tema objeto de revisión, no ajustarse a los criterios de inclusión ó estar duplicados. Como estrategia secundaria se realizó una búsqueda de literatura gris y de las referencias bibliográficas de las 13 publicaciones seleccionadas, lo que permitió localizar 2 nuevos artículos relevantes. Tras la lectura crítica del texto completo, 9 ED obtuvieron una puntuación mínima

que garantizase el cumplimiento de los criterios de validez metodológica establecidos en las Fichas de Lectura Crítica 2.0. La duración de los estudios osciló entre 12 meses y 5 años, existiendo gran variabilidad en cuanto a su tamaño muestral (120-3.054). El número total de pacientes en los que se iniciaron maniobras de RCP ascendió a 8.760, de los que el 77,68% fueron varones. La edad media de los varones varió entre los 59,1 y 70,3 años, siendo ligeramente superior en las mujeres (64,7-79,3 años). La causa fue cardíaca en el 79,4% de los casos. El 48,16% tuvo lugar en el domicilio del paciente, asociándose con una menor supervivencia. Fueron presenciadas por testigos 5.530 PCR, iniciándose maniobras de RCP básica antes de la llegada del SEM en casi la mitad de los casos (48,1%). Tras la monitorización inicial, el ritmo detectado fue desfibrilable en 1.998 pacientes, de los cuales recuperaron la circulación espontánea únicamente 493. El tiempo medio de respuesta del SEM fue de 12:21, siendo menor cuando el primer ritmo detectado era desfibrilable. Llegaron con vida al hospital 2.002 pacientes, lo que representa el 22,8% de los pacientes atendidos. Únicamente en 2 estudios se especificó la tasa de supervivencia al alta, que osciló entre el 10,4-20,4%, y la capacidad funcional cerebral al alta, que en un alto porcentaje era buena.

DISCUSIÓN:

En los estudios analizados, el escaso número de mujeres menores de 60 años hallado puede deberse al factor hormonal cardioprotector del que gozan durante su edad fértil. El domicilio es el lugar más frecuente de producción de la PCR, pero también el más perjudicial para la supervivencia, debido a la baja proporción de testigos que inician maniobras de RCP. El bajo porcentaje de ritmos desfibrilables puede deberse a la demora en el inicio de maniobras de RCP, degenerando en ritmos no tratables eléctricamente. La variabilidad en la respuesta del SEM y en los índices de supervivencia puede deberse a peculiaridades geográficas o la propia gestión del SEM.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Ballesteros-Peña S, Abecia-Inchaurregui LC, Echevarría-Orella E. Factors associated with mortality in out-of-hospital cardiac arrests attended in basic life support units in the Basque Country (Spain). *Rev Esp Cardiol.* 2013; 66:269-74
- Hormeño Bermejo RM, Cordero Torres JA, Garcés Ibáñez G, Escobar Escobar A, Santos García AJ, Arroyo Fernández de Aguilar J. Análisis de la asistencia a la parada cardiorrespiratoria por una Unidad Medicalizada de Emergencias. *Aten Primaria.* 2011; 43:369-76
- Iglesias-Llaca F, Suárez-Gil P, Viña-Soria L, García-Castro A, Castro Delgado R, Fente Álvarez AI et al. Survival of out-hospital cardiac arrests attended by a mobile intensive care unit in Asturias (Spain) in 2010. *Med Intensiva.* 2013; 37:575-83
- López-Messa JB, Alonso-Fernández J, Andrés-De Llano JM, Garmendia Leiza JR, Ardura-Fernández J, De Castro-Rodríguez F, et al. Características generales de la parada cardíaca extrahospitalaria registrada por un servicio de emergencias médicas. *Emergencias.* 2012; 24:28-34
- Moreno Martín JL, Esquilas Sánchez O, Corral Torres E, Suárez Bustamante RM, Vargas Román MI. Efectividad de la implementación de la desfibrilación semiautomática en las Unidades de Soporte Vital Básico. *Emergencias.* 2009; 21:12-6
- Navalpotro Pascual JM, Fernández Pérez C, Navalpotro Pascual S. Supervivencia en las paradas cardiorrespiratorias en las que se realizó reanimación cardiopulmonar durante la asistencia extrahospitalaria. *Emergencias.* 2007; 19:300-5
- Rosell Ortiz F, Mellado Vergel F, Fernández Valle P, González Lobato I, Martínez Lara M, Ruiz Montero MM, et al. Descripción y resultados iniciales del registro andaluz de parada cardíaca extrahospitalaria. *Emergencias.* 2013; 25:345-52
- Soto-Araujo L, Costa-Parceros M, González-González MD, Sánchez Santos L, Iglesias-Vázquez JA, Rodríguez-Núñez A. Factores pronóstico de supervivencia en la parada cardíaca extrahospitalaria atendida con desfibriladores externos semiautomáticos en Galicia. *Emergencias.* 2015; 27:307-12
- Socías Crespi L, Ceniceros Rozalen MI, Rubio Roca P, Martínez Cuellar N, García Sánchez A, Ripoll Vera T et al. Epidemiological

characteristics of out-of-hospital cardiorespiratory arrest recorded by the 061 emergencies system (SAMU) in the Balearic Islands (Spain), 2009-2012. *Medicina Intensiva*. 2015; 39:199-206

AUTORES/AUTHORS:

RAÚL SOTO CÁMARA, MARIA INMACULADA SANTAMARÍA CUESTA, MARIA CONSUELO RODRIGUEZ GARCIA, MARIA CELESTE SANTIAGO VALLADOLID, MARIA LOURDES DIEZ GONZALEZ, TANIA MARTIN AUSIN, BEGOÑA MARIA GONZALEZ PEREZ, MARIA BLANCA DE LA NOGAL FERNANDEZ, MARGARITA HERNANDO PEREZ

TÍTULO/TITLE:

SOPORTE VITAL AVANZADO VERSUS SOPORTE VITAL BASICO EN LA ATENCION EXTRAHOSPITALARIA

INTRODUCCIÓN

La atención sanitaria en situaciones de emergencias a nivel prehospitalario se puede dividir en 2 niveles, soporte vital básico (SVB) y soporte vital avanzado (SVA), en función de los materiales y procedimientos que en ellos se utilicen. En los últimos años, se ha cuestionado la eficacia del SVA con respecto al SVB, en relación a la actuación ante determinadas patologías

OBJETIVO

Identificar la mejor evidencia científica disponible que demuestre la efectividad del SVA en la mejora de la supervivencia de los pacientes atendidos a nivel prehospitalario

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 bases de datos (BVS-CINAHL-COCHRANE-CUIDEN-EMBASE-IBECs-IME-LILACS-MEDLINE-ScIELO-JBI), de julio 2015 a abril de 2016. 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 el paciente adulto que precisa atención sanitaria a nivel prehospitalario (P), el SVA (I) es más efectivo que el SVB (C), en lo referente a la mortalidad hasta el alta hospitalaria y a la capacidad para la realización de las actividades de la vida diaria (O), independientemente de la patología tratada"

Se utilizaron como palabras clave los MeSH (prehospital, emergency medical services, critical care, emergency treatment, resuscitation, advanced cardiac life support, basic cardiac life support, life support care, effectiveness) y DeCs (atención prehospitalaria, servicios médicos de urgencia, cuidados críticos, tratamiento urgente, resucitación, apoyo vital cardiaco avanzado, apoyo vital cardiaco básico, cuidados para prolongación de la vida) adecuados al objetivo del estudio combinados mediante operadores booleanos, junto con términos libres, alguno de ellos truncados, con la finalidad de incluir todas las posibles terminaciones. Se seleccionaron todos los trabajos originales cuyo diseño metodológico fuera EC, RS o MA, publicados en inglés o castellano en los últimos 15 años, que comparasen la efectividad del SVA, en relación con el SVB, en la reducción de la mortalidad hasta el alta hospitalaria de los pacientes asistidos a nivel prehospitalario así como cambios en su calidad de vida o en la capacidad para la realización de las actividades de la vida diaria, con al menos el resumen disponible.

La selección de los estudios potencialmente relevantes 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

De los 475 trabajos identificados, tras la evaluación del título y resumen, se descartaron 453 por no ajustarse a los criterios de inclusión ó estar duplicados. Como estrategia secundaria se realizó una búsqueda de literatura gris y de las referencias bibliográficas de las publicaciones seleccionadas, lo que permitió localizar 3 nuevos artículos. Tras la lectura crítica del texto completo, 13 de los 25 trabajos obtuvieron una puntuación que garantizaba el cumplimiento de los criterios de validez metodológica establecidos en la

lista CASPe, distribuidos en 11 EC, 1 RS y 1 MA

Las patologías que analizaron la mayoría de los trabajos fueron la PCR, el TCE ó el IAM, si bien alguno de ellos incluyó el ictus, los traumatismos o el estatus epiléptico. El SVB básico podía ser suministrado por personal lego o con una mínima formación, mientras que el SVA por personal sanitario o paramédicos. Los principales medios de transporte utilizados fueron las ambulancias ó los helicópteros

Los pacientes con PCR a los que se les aplicó maniobras de SVB tuvieron una mayor supervivencia al alta hospitalaria y a los 90 días en relación con el SVA, asociándose a un mejor pronóstico neurológico. En el caso del TCE grave y del IAM, los resultados obtenidos fueron contradictorios entre los estudios analizados

DISCUSIÓN

Los trabajos revisados se desarrollan en países con características sociodemográficas y sistemas de salud muy diferentes. No hay consenso en las definiciones de SVA y SVB, existiendo gran variabilidad en lo que se refiere al personal, los medios, las maniobras y los tratamientos incluidos en cada uno de estos niveles, lo cual dificulta su comparabilidad

La distancia al centro sanitario útil o la gravedad de la enfermedad fueron dos aspectos tenidos en la mayoría de los estudios. No existe unanimidad en las patologías cuya supervivencia mejora por el SVA o por el SVB, lo cual puede deberse a la calidad media-baja de los estudios analizados. En el caso concreto de la PCR extrahospitalaria, la mayoría de ellos concluyen que el SVA no aporta beneficios adicionales al SVB ya que la RCP y la desfibrilación temprana son los pilares en los que se debe basar su tratamiento

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Bakalos G, Mamali M, Komninos C, Koukou E, Tsantilas A, Tzima S et al. Advanced life support versus basic life support in the pre-hospital setting: A meta-analysis. *Resuscitation*, 2011; 82 (9): 1130 - 11
- Bøtker M, Bakke S, Christensen E. A systematic review of controlled studies: do physicians increase survival with prehospital treatment?. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2009; 17:12
- Iceberg D, Bissel RA. Does advanced life support provides benefits to patients? A literature review. *Prehosp Disaster Med*. 2005; 20:265–270
- Liberman M, Mulder D, Sampalis J. Advanced or basic life support for trauma: meta-analysis and critical review of the literature. *J Trauma*. 2000; 49:584–599
- Ryyänänen OP, Iiro T, Reitala J, Pälve H, Malmivaara A. Is advanced life support better than basic life support in prehospital care? A systematic review. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 2010; 18:62
- Sanghavi P, Jena AB, Newhouse JP, Zaslavsky AM. Outcomes after out-of-hospital cardiac arrest treated by basic vs advanced life support. *JAMA Intern Med*. 2015; 175(2):196-204

AUTORES/AUTHORS:

LUCÍA SESTO RIVAS, CRISTINA COSTAS GRAÑA, MOISES BLANCO CANOSA, PAULA GRILLE CANCELA, MARIA SABATER SÁNCHEZ, CARMEN NAYA LEIRA

TÍTULO/TITLE:

ESTUDIO SOBRE ATENCIÓN TELEFÓNICA AMBULATORIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AVANZADA Y TRASPLANTE CARDIACO

Objetivos/Introducción

En la Unidad de Insuficiencia Cardíaca Avanzada (ICA) y Trasplante Cardíaco (TC) abarcamos un territorio muy amplio de asistencia. Por ello, el uso del teléfono nos permite una intervención ágil y sencilla sobre los pacientes, lo que potencia, personaliza y complementa la atención sanitaria a la vez que evita desplazamientos de los pacientes y garantiza la optimización de los recursos. El objetivo principal es conocer las causas más comunes por las que nuestros pacientes realizan las consultas telefónicas. Como objetivos secundarios calcular la carga de trabajo que supone para la unidad y detectar los problemas que se pueden solucionar en la consulta.

Material y métodos

El teléfono es el método de elección para que los pacientes nos consulten dudas o problemas que surjan en su domicilio. Entre noviembre de 2015 y febrero de 2016 se recogieron datos de las llamadas telefónicas recibidas en nuestra unidad, para realizar un estudio observacional prospectivo de cohortes. Para ello, hemos diseñado un formulario en el que se registran, entre otras variables, el tipo de paciente, motivo de la consulta y tiempo empleado para solucionarla. El tratamiento estadístico se realiza usando el software IBM-SPSS 20.0. Este estudio está aprobado por el Comité Autonómico de Ética de la Investigación de Galicia.

Resultados

Se registraron un total de 581 llamadas en el periodo de estudio. El análisis de los datos nos indica que, de las llamadas recibidas, la mayoría correspondieron a pacientes TC.

Hemos recibido un total de 33 llamadas urgentes, debidas en su mayor parte a empeoramiento de la sintomatología cardiaca. De éstas, 14 fueron llamadas de pacientes TC y 19 de pacientes IC. Esto nos indica que en proporción atendemos más llamadas urgentes de pacientes con IC (existe significación estadística utilizando el test exacto de Fisher con un p-valor de 0.0014).

En cuanto a la motivación de las llamadas, las hemos dividido en dos grandes grupos: llamadas de tipo clínico y llamadas de tipo administrativo. Hemos recibido 221 llamadas de tipo clínico y 372 de tipo administrativo, 44 fueron llamadas con múltiple propósito. En las llamadas de tipo clínico, la consulta más común fue acerca de las dudas en el tratamiento. En las llamadas de ámbito administrativo, la consulta más común ha sido todo lo relacionado con gestión de citas.

Más de la mitad de las consultas son solucionadas por personal de enfermería (392), mientras que las restantes requieren colaboración del personal médico (189).

En cuanto al tiempo empleado en la resolución de las consultas de TC se emplea una media de 2532 min y en las consultas de IC se emplea una media de 555 min.

Discusión/Conclusiones

Las causas más comunes por las que realizan las consultas telefónicas son: Dudas en el tratamiento (clínico) y cambios/consultas de citas (administrativo)

La mayoría de las consultas son solucionadas por el personal de enfermería (67,5%).

Los pacientes de ICA son los que llaman por motivos más urgentes.

Los pacientes que más consultas telefónicas realizan son los TC (69,19%).

Se proponen cambios organizativos en la atención de los pacientes en la consulta.

Aumento de recursos humanos: una enfermera dedicada a la resolución de las consultas telefónicas y a la educación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Staples P, Earle W. The nature of telephone nursing interventions in a heart failure clinic setting. *Can J Cardiovasc Nurs.* 2008;18(4):27-33.

González B, Cabanes R, Cano L, Domingo M, Lupón J, Bayes-Genis A. Análisis de la demanda telefónica en una unidad de insuficiencia cardiaca: motivos de consulta y utilización de recursos. *Rev Esp Cardiol.* 2013;66:914-5.

García Lizana F. Inclusión de las TIC en la gestión de la Insuficiencia Cardiaca Crónica. Rediseño de procesos. Instituto de Salud Carlos III.

Girbau Garcia MR, Galimany Masclans J, Salas Miravittles K. Cuidados de enfermería y las tecnologías de la información. *Nursing.* 2010; 28(1):60-3,

Hunt SA, Abraham WT, Chin MH et al. ACC/AHA 2005 Guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult: a report of the ACC/AHA. *Circulation* 2005; 112: e154-235

Alonso Pulpón L, Crespo Leiro MG *Trasplante Cardíaco*, Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana,(2009) ISBN 978-84-9835-107-1

Constanzo MR, Dipchand A, Starling R, Anderson A, Chan M, Desai S, et al. The International Society of Heart and Lung Transplantation Guidelines for the care of heart transplant recipients. *J Heart Lung Transplant* 2010 Aug;29(8):914-56.

Crespo Leiro M, Almenar Bonet L, Alonso Pulpon L, Campreciós M, Cuenca Castillo J, De la Fuente Galvan L, et al. Conferencia de consenso de los Grupos Españoles de Trasplante Cardíaco. *Rev Esp Cardiol Supl.* 2007;7:4B-54B.

Martí, M. Intervención educativa telefónica en pacientes con Insuficiencia Cardiaca crónica: experiencia en el ámbito de atención primaria de Barcelona. Programa ITERA 2009.

Biljama, M. et al. A systematic review of telemonitoring technologies in Heart Failure. *European Journal of Heart Failure* (2009) 11, 506-517.

AUTORES/AUTHORS:

Eva Tizón Bouza, Salvador Pita Fernández, Mónica Mouteira Vázquez, Silvia Souto Derungs, Natalia Freire Barja, María del Carmen Suárez Cotelo

TÍTULO/TITLE:

Determinantes de la lactancia materna: prevalencia en el área sanitaria de Ferrol

OBJETIVOS: Determinar la prevalencia de lactancia materna (LM) al alta hospitalaria, a los 4, 6 y 12 meses posparto, así como las variables asociadas a la misma. Determinar la validez y seguridad de diferentes antecedentes para predecir dicha prevalencia.

MÉTODOS: Estudio observacional, de seguimiento prospectivo (n=420; a=0,05; d= ±4,4%), con mujeres ingresadas en el Área Sanitaria de Ferrol, por un proceso de parto (tasa de participación 72,0%).

Se diseñan 4 cuadernos de datos ad hoc, entregados al alta hospitalaria, a los 4, 6 y 12 meses postparto, respectivamente.

Se obtiene permiso del Comité Autonómico de Ética de la Investigación Clínica de Galicia y de la Dirección de Procesos de Soporte del área. Todas las mujeres firman el consentimiento informado, tras leer la hoja informativa. Se guarda la confidencialidad y anonimato de las participantes durante la recogida y tratamiento de datos.

Se realiza un análisis bivariado de las variables asociadas a la prevalencia de LM, para posteriormente hacer un análisis multivariado durante el seguimiento. Para determinar la validez y seguridad de diferentes antecedentes asociados se calculó la sensibilidad, especificidad, valores predictivos y coeficientes de probabilidad.

RESULTADOS: La prevalencia de LM al alta fue de 81,4%, a los 4 meses de 54,7%, a los 6 meses de 41,6% y a los 12 meses el 19,1%. Se observa una disminución de la prevalencia de LME de un 65% en los primeros 6 meses; por el contrario, la prevalencia de lactancia artificial (LA) y parcial (LP) aumenta un 39,8% y un 25,8%, respectivamente.

Las variables que tienen un efecto independiente para predecir LM, tras un análisis multivariado, son:

-Al Alta hospitalaria: El consumo de tabaco (OR= 0,29) y el parto gemelar (OR=0,02) disminuyen la prevalencia de LM. Sin embargo, el número de hijos previos (OR= 25,9) y la lactancia materna previa (OR= 24,3) incrementan dicha probabilidad.

-A los 4 meses: El nivel de estudios de la madre (OR=12,1), la lactancia previa (OR=6,1), la asistencia a clases de educación maternal (EM) (OR= 3,1) y el género del recién nacido (OR= 9,88) aumentan la prevalencia de LM.

-A los 6 meses: la lactancia previa aumenta la probabilidad de LM (OR= 5,8). En el límite de la significancia estadística se encuentran la edad de la madre y la asistencia a clases de EM.

-A los 12 meses: Se encuentran en el límite de la significancia estadística la edad de la madre, el consumo de tabaco y la lactancia previa.

En cuanto a la validez de las variables que se asocian con la probabilidad de LM, se demuestra una alta sensibilidad para la lactancia previa, sobre todo a los 4 meses (96,2%). Respecto a la seguridad, de nuevo la variable lactancia previa se muestra como la más decisiva, asociándose, por tanto a una mayor probabilidad de LM en los 12 primeros meses de vida del lactante. Se observa que la capacidad predictiva de LM disminuye en el tiempo, siendo más decisiva durante el alta hospitalaria.

DISCUSIÓN: A pesar de que al alta hospitalaria, la prevalencia de LM es relativamente alta, ésta disminuye a lo largo de los meses (62,3% en 12 meses), situándose en un nivel intermedio en relación a otros estudios (1,2). Sin embargo, el porcentaje de LME obtenido a los 6 meses, puede considerarse muy bajo (5,4%).

Tanto a los 4, como a los 6 y 12 meses posparto, la caída en la prevalencia de LM y LME es importante y coincide con estudios similares, que muestran datos por debajo de lo esperado (1-3). Es relevante que el mantener la LME durante los primeros meses, contribuya a seguir con LM más allá de los 6 meses.

En consonancia con otros estudios, haber amamantado previamente se asocia con una mayor probabilidad de LM al alta, a los 4 y a los 6 meses posparto (4, 5, 6).

Es importante hacer un seguimiento de las parejas con partos gemelares para que no abandonen la LM precozmente, puesto que, al igual que en otros estudios, ninguna de las madres con parto gemelar continuó la LM hasta al menos 6 meses (7).

Una menor edad materna se asocia con una prevalencia menor de LM (2,4,7). Esto es un punto a tener en cuenta para los profesionales que deberían incidir en la captación de estas mujeres jóvenes en los controles de salud, durante el parto y en el puerperio.

Consideramos que la adherencia a EM (65,8%) es baja, por lo que se debería mejorar su oferta, así como la captación de púerperas tras el alta hospitalaria, pues el seguimiento favorece la instauración y mantenimiento de la LM (6, 8),

El porcentaje obtenido de alimentación con LM en la primera toma es alto (74,5%), pero no alcanza las recomendaciones de las sociedades científicas, que recomiendan que el 100% de los recién nacidos inicien la LM de forma precoz tras el parto (6-8). Las mujeres que dan LME al alta hospitalaria, tienen más probabilidades de dar LM a los 4, 6 y 12 meses posparto, por lo que se debe facilitar este tipo de alimentación inmediatamente tras el parto.

Implicaciones para la práctica: Conocer los diferentes determinantes que se asocian al aumento de prevalencia de la LM, contribuirá un mayor fomento de LM durante el primer año de vida de los lactantes.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Gomis Cebrián R, Arellano Morata C, Parra Hidalgo P, Calle Urrea J, Oliver Roig A, García de León González R, et al. Breastfeeding in the Region of Murcia. Do we continue with the problem? *Acta Pediátrica Española*. 2009; 67 (6): 283-9. Available from: https://www.gastroinf.es/sites/default/files/files/SecciNutri/Junio_09.pdf
2. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina L, Villar M, et al. Prevalence of factors associated with the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life in the INMA birth cohort in Gipuzkoa. *Gaceta Sanitaria*. 2015;29(1):4-9. Available from: <http://www.gacetasanitaria.org/es/prevalencia-factores-asociados-con-duracion/articulo/S0213911114002143>
3. Sacristán Martín AM, Lozano Alonso JE, Gil Costa M, Vega Alonso AT. Current situation and factors affecting the breastfeeding in Castilla y Leon. *Pediatría Atención Primaria*. 2011; 13 (49): 33-46. Available from: http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus5l_LjPq5MY8tQoQkuDKuUoVU_Aen
4. Reverté Simó M, Aguirre Fernández MI, Álvarez Díez P, Barcos San Andres S, Millán Cepedes T. Breastfeeding. Factors related to the initiation, exclusivity and duration. *Metas de Enfermería*. Mar 2015; 18(2): 69-75. Available from: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metad/articulo/80713/>
5. Espinosa Cadima C, Zamorano Jiménez CA, Graha Pontones S, Orozco Gutierrez A. Factors that determine the length of the breastfeeding during the first three months of life. *Anales médicos*. 2014; 59(2): 120-6. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2014/bc142i.pdf>
6. Palou Oliver M, Vega Fernández V, Elvira Martín M, Rivero Reynel AM. Factors associated with maintaining breastfeeding initiated on admission to a neonatal unit. *Metas de Enfermería*. 2015; 18(1): 6-12. Available from: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metad/articulo/80691>
7. Mora-Urda AI EA, Lopez-Ejeda N, Acevedo P, Romero-Collazos JF, Montero-Lopez MP. Indicadores de riesgo cardiovascular, patrones de lactancia y estilo de vida de la madre durante el proceso de crecimiento y desarrollo fetal e infantil 2015. Available from: <http://revista.nutricion.org/PDF/352moraUrda.pdf>
8. Morán Rodríguez M, Naveiro Rilo JC, Blanco Fernández E, Cabañeros Arias I, Rodríguez Fernández M, Peral Casado A. Prevalence and duration of breastfeeding. Influence on weight and morbidity. *Nutr Hosp*. Mar-abr 2009; 24(2).

AUTORES/AUTHORS:

María del Carmen Suárez Cotelo, Silvia Novío Mallón, Maria Jesus Movilla Fernández, Paula Pita García

TÍTULO/TITLE:

Conocimientos y actitudes de las gestantes hacia la lactancia materna y su relación con los resultados posparto.

1. Objetivo:

Analizar los conocimientos y actitudes de gestantes sobre lactancia y su relación con la prevalencia de lactancia materna exclusiva (LME) a las 6 y 16 semanas y a los 6 meses posparto.

2. Método:**a. Tipo, población y ámbito de estudio:**

Se realizó un estudio descriptivo entre los meses de junio de 2014 y febrero de 2016 en los centros de salud del Área sanitaria de Ferrol, una de las 13 áreas sanitarias de Galicia. Participaron 297 mujeres de entre 26 y 38 semanas de gestación tras firmar el consentimiento informado. El presente estudio obtuvo la aprobación del Comité Autonómico de Ética en la Investigación de Galicia con número de registro 2014/064. Las autoras declaran que no existe ningún conflicto de interés.

b. Recogida de datos:

Se utilizó el cuestionario "Iowa Infant Feeding Attitude Scale" (IIFAS) en la etapa prenatal para determinar los conocimientos y actitudes de las gestantes y su relación con la instauración y duración de la LME. Esta escala clasifica la actitud de las mujeres con respecto a la lactancia materna (LM) en 3 niveles: desde "muy positiva hacia la LM" hasta "muy positiva hacia la lactancia artificial". Asimismo, en una primera entrevista se obtuvo información referente a datos sociodemográficos, experiencia previa en LM e intención de amamantar al futuro bebé. Posteriormente, se contactó telefónicamente con las mujeres en el posparto (6 y 16 semanas y 6 meses) para conocer el tipo de alimentación de sus hijos.

c. Análisis de los datos:

Se realizó un análisis descriptivo de los datos, que fueron expresados como media \pm desviación estándar, utilizando para ello el IBM Statistical package for Social Sciences, Version 20.0 (SPSS for Windows, SPSS Inc., Madrid, Spain).

3. Resultados:

El 75% de las encuestadas aceptaron participar en el estudio, de las cuales la mayoría fueron españolas, de entre 18 y 35 años (61,8%), estaban casadas (56,8%), trabajaban fuera de casa (71,8%) y tenían estudios secundarios (33%) o superiores (43,6%). Aproximadamente el 25% de las mujeres fueron múltiparas, refiriendo casi de manera unánime haber amamantado previamente (89,8%). El 90% de las mujeres encuestadas afirmó tener intención de amamantar a su futuro bebé con LME.

La prevalencia de LME fue del: 63,9% a las 6 semanas; 52% a las 16 semanas y 41,1% a los 6 meses posparto.

Las mujeres encuestadas mostraron una actitud neutral-positiva hacia la LM, siendo significativamente más elevada entre las múltiparas en comparación a las primíparas ($p < 0,05$). Por el contrario, no se encontraron diferencias significativas en relación a las variables sociodemográficas analizadas.

Los conocimientos y actitudes de las mujeres gestantes permitieron predecir la intención que éstas tenían para amamantar ($p < 0,05$) pero no su duración.

4. Discusión

El principal hallazgo del presente estudio es la confirmación de que los conocimientos y actitudes de mujeres gestantes sobre LM pueden ser útiles de cara a determinar el tipo de alimentación que darán las futuras madres a sus hijos. Desde el punto de vista

clínico, teniendo en cuenta que la escala IIFAS es un instrumento económico y de fácil administración y evaluación, podría ser empleado por matronas para identificar mujeres poco receptivas a la LM así como las causas de este rechazo, información que sería tenida en cuenta de cara a la elaboración de programas de promoción de LM que deberían ser dirigidos especialmente a los grupos más vulnerables (primíparas). Dado que la prevalencia hallada en los seis primeros meses de vida del lactante fue baja, se requieren más estudios que evalúen el soporte existente para el mantenimiento de la LM así como la experiencia de las madres en el proceso.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Chambers JA, McInnes RJ, Hoddinott P, Alder EM. A systematic review of measures assessing mothers' knowledge, attitudes, confidence and satisfaction towards breastfeeding. *Breastfeed Rev.* 2007; 15:17-25
- De la Mora A, Russell DW. The Iowa infant feeding attitude scale: analysis of reliability and validity. *J Appl Soc Psychol.* 1999; 29: 2362-2380)
- Marrone S, Vogeltanz-Holm N, Holm J. Attitudes, knowledge, and intentions related to breastfeeding among university undergraduate women and men. *J Hum Lact.* 2008; 24:186-92
- Scott JA, Binns CW, Oddy WH, Graham KI. Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. *Pediatrics.* 2006; 117: e646-55
- Twells LK, Midodzi WK, Ludlow V, Murphy-Goodridge J, Burrage L, Gill N, Halfyard B, Schiff R, Newhook LA. Assessing Infant Feeding Attitudes of Expectant Women in a Provincial Population in Canada: Validation of the Iowa Infant Feeding Attitude Scale. *J Hum Lact.* 2014
- Wilkins C, Ryan K, Green J, Thomas P. Infant feeding attitudes of women in the United Kingdom during pregnancy and after birth. *J Hum Lact.* 2012; 28: 547-55

AUTORES/AUTHORS:

Bibiana Chinaea Jiménez, Miguel Sáenz de Pipaón Marcos, Antonio Villarino Marín, Yumana Awad Parada

TÍTULO/TITLE:

Importancia de la leche humana y sus características nutricionales. Beneficios a corto, medio y largo plazo

OBJETIVOS**General:**

Describir los efectos a largo plazo de la leche materna en recién nacidos de muy bajo peso al nacer (<1500 gr) en un Hospital de Tercer Nivel en España; desde el 1 de enero de 2009 al 31 de diciembre de 2009.

Específicos:

Evaluar la ganancia ponderal al alta al domicilio.

Determinar los días de estancia hospitalaria.

Determinar la edad gestacional al alta.

Evaluar el neurodesarrollo a los 2 y 5 años.

Evaluar el estado nutricional y el patrón de crecimiento a los 2 y 5 años.

MÉTODO

Universo: Recién nacidos de muy bajo peso al nacer (menores de 1500 gramos) nacidos desde el 1 de enero de 2009 al 31 de diciembre de 2009

Muestra: La muestra la constituyen 162 pacientes. 61 de ellos se les ha podido realizar un seguimiento más completo a largo plazo (estadísticamente representativos)

Tipo de lactancia al alta: leche materna exclusiva (59), leche de fórmula (55) o mixta (38)

Criterios de inclusión: Recién nacidos prematuros con peso al nacer menor de 1500gr y seguimiento en la consulta de Neonatología

Criterios de exclusión: enfermedades genéticas, portadores de cromosomopatías, malformaciones mayores, historias clínicas ofrezcan datos incompletos y fallecidos en los primeros 7 días de vida.

Obtención y recolección de la información: se obtuvo el consentimiento oral y escrito de los padres o sus representantes. Parte de la información se obtuvo de las historias clínicas hospitalarias y se realizaron mediciones antropométricas a los 5 años. Para recoger la información necesaria se elaboró una base de datos para tal fin. Como control del sesgo, la información se recogió siempre por el mismo investigador.

Variables:

Antropometría largo plazo: A los 2 y 5 años (OMS, 2006): peso, talla y perímetro cefálico

A los 5 años

- Perímetros: braquial, cintura, cadera, pierna media. ENKID, 2002

- Pliegues: braquial, tricipital, subescapular, suprailíaco y pierna. ENKID, 2002

- Densidad corporal, porcentajes de grasa, velocidades de crecimiento

Neurodesarrollo:

- Bayley II (2 años)

- Kaufman (5 años)

Procesamiento estadístico:

La estadística descriptiva incluye la media, la mediana y la desviación estándar para las variables continuas y frecuencias para las variables categóricas.

En todos los contrastes de hipótesis se utilizó un nivel de significación estadística de $p < 0.05$. El programa utilizado para el análisis

estadístico fue el IBM-SPSS v. 19.0.

RESULTADOS

Los niños que fueron dados de alta con lactancia materna exclusiva o parcial presentaron menor estancia hospitalaria. Materna (M): 56,65 días, Mixta (X): 56,42 y Artificial (A): 72,72.

M – A: P 0,007. X – A: P 0,016.

Se van de alta con menor edad gestacional los alimentados exclusivamente con leche materna. M: 37,59 semanas, X: 37,68 y A: 38,93. M – A: P 0,018.

El peso y la talla al alta es mayor en los niños con lactancia artificial. M: 2.225,18 gr, X: 2.334,73 y A: 2.627,76. M – A: P 0,000. X – A: P 0,007. M: 43,55 cm, X: 44,00, A: 45,06. M – A: P 0,003

En cuanto al perímetro cefálico no aparecen diferencias significativas en el alta. M: 32,60 cm, X: 32,65 y A: 33,22. M – X: P 1, M – A: P 0,151 y X – A: P 0,323.

Los niños dados de alta exclusivamente alimentados con leche materna presentan menor peso a los 2 años. M: 10.914,86 gr, X: 11.038, 57 y A: 11.909,52. M – A: P 0,045.

Algo de leche materna, aunque no sea exclusiva, mejora el crecimiento cerebral, medido por el perímetro cefálico, tanto a los 2 como a los 5 años.

2 años (Z-Score): M: 0,82, X: 0,35 y A: -1,021. Corrigiendo por edad gestacional y peso de recién nacido: M – A: P 0,001 y X – A: P 0,040.

5 años: M: 51 cm, X: 51,02 y A: 49,89. M – A: P 0,031 y X – A: P 0,067. Z-Score: M: -0,35, X: -0,55 y A: -1,36. M – A: P 0,037.

Existe mayor velocidad de crecimiento en los alimentados con leche artificial. Las diferencias se ponen de manifiesto cuando se corrige por el peso y la edad gestacional, y es congruente con el Z-score. M: 7,6322 cm/año, X: 6,7233 y A: 7,9463. Corrigiendo por edad gestacional y peso de recién nacido: P 0,030.

(Z-score): M: 0,3089, X: -0,5400 y A: 0,5616. X – A: P 0,023.

El neurodesarrollo a los 5 años es mejor en alimentados con leche materna:

Verbal: M: 52,39, X: 48,71 y A: 34,80. M – A: P 0,008. Corrigiendo por edad gestacional y peso de recién nacido: P 0,005.

Global: M: 52,43, X: 46,36 y A: 36,26. M – A: P 0,016. Corrigiendo por edad gestacional y peso de recién nacido: 0,007.

El neurodesarrollo podría venir determinado por variables socioculturales, por lo que se han estudiado obteniendo datos heterogéneos, sin una relación con ninguna de las variables valoradas.

DISCUSIÓN: El estudio demuestra una menor estancia hospitalaria en los alimentados con leche materna, así como una menor edad gestacional. Mejor crecimiento del perímetro cefálico a los 2 y 5 años y un mejor neurodesarrollo a los 5 años en los alimentados con leche humana al alta.

Mientras que los alimentados con leche artificial al alta presentan un mayor peso y talla al alta, y mayor velocidad de crecimiento.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Cloherty, John P. Eichenwald, Eric C. Stark, Ann R. Manual de Neonatología. Philadelphia. 2008.
2. Narbona López, E. Grupo de Nutrición de la SENEo. Nutrición enteral y parenteral en recién nacidos prematuros de muy bajo peso. Madrid, 2013.
3. N.R. García-Lara, N.R., García-Algar, O, y Pallás-Alonso, C.R. Sobre bancos de leche humana y lactancia materna Human milk banks and breastfeeding. An Pediatr (Barc). 2012;76(5):247-249
4. Sevilla Paz Soldán, R, Dalles Cueto, L, Santa Cruz Gallardo, W. Breastfeeding vs new artificial milk fórmulas: assessment of impact on development, immunity, body composition in the par mother / child. Gac Med Bol 2011; 34 (1): 6-10
5. Gomella, T.L. Neonatología: manejo básico, procedimientos, problemas en la guardia, enfermedades, fármacos. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, 2008.

6. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics; originally published online February 27, 2012.
7. Grupo de Nutrición y Metabolismo Neonatal de la SENEo. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL LACTANTE. Uso Terapéutico de Nutrición en lactantes con situaciones especiales. inScience Communications. España, 2013
8. Jaldin, M, Santos Pinheiro, F, Miranda dos Santos, A, Costa Muniz, N, Brito, L. Head circumference growth of exclusively breastfed infants during the first six months of life. Rev Paul Pediatr 2011;29(4):509-14.
9. Aguilar Cordero, M.J, Sánchez López, A. M, Mur Villar, N, Hermoso Rodríguez, E. y Latorre García, J. Efecto de la nutrición sobre el crecimiento y el neurodesarrollo en el recién nacido prematuro; revisión sistemática. Nutr Hosp. 2015;31(2):716-729
10. Isela Núñez N.D. Evaluación antropométrica e interpretación del estado nutricional. Revista gastrohnp año 2010 volumen 12 número 3: 107-112
11. Fenton T, Kim JH. A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants. BMC Pediatrics 2013; 13:59.
12. Fenton et al. Validating the weight gain of preterm infants between the reference growth curve of the fetus and the term infant. BMC Pediatrics 2013, 13:92
13. Fustiñana C, Rodríguez D, Mariani G. Evaluación posalta del crecimiento en prematuros. Implicaciones de adoptar las curvas OMS. Arch Argent Pediatr 2014;112(2):141-6.
14. Serra Majem L, et al. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998-2000). Med Clin (Barc) 2003;121(19):725-32

AUTORES/AUTHORS:

Ernestina Silva, Sónia Gonçalves, Daniel Silva, Graça Costa, Susana André

TÍTULO/TITLE:**ESTUDIO SOBRE ALGUNOS FACTORES DETERMINANTES DEL ÉXITO DE LA LACTANCIA MATERNA**

Introducción: La lactancia materna es un aspecto fundamental para la promoción de la salud del niño, para la prevención de la enfermedad y para la disminución de la mortalidad neonatal, que contribuye al mismo tiempo a fortalecer el vínculo madre-hijo. Hoy en día la lactancia materna es considerada uno de los pilares fundamentales para la promoción y protección de la salud de los niños del mundo, por lo que es de suma importancia su uso exclusivo durante seis meses de vida.

Objetivos: Identificar la forma en que los factores sociodemográficos y las experiencias relacionadas con la maternidad y la lactancia materna contribuyen al éxito de la lactancia materna hasta los seis meses de vida.

Metodología: Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo-correlacional y de corte transversal. Para la recogida de datos se elaboró un cuestionario y se ha observado la lactancia durante las primeras 48 horas de vida del bebé, utilizando el formulario de observación de la alimentación de UNICEF / WHO (2006) traducido por el Comité de Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna. El estudio se llevó a cabo en un hospital de la zona de Trás-os-Montes e Alto Douro, en el noreste de Portugal, sobre una muestra de 50 madres y sus respectivos bebés.

Resultados: Los resultados del estudio muestran la existencia de un 96,6 % de madres que amamantan al salir de la maternidad, valor que disminuye hasta el 50 % a los tres meses y hasta el 44 % a los seis meses. En cuanto a la influencia de las experiencias relacionadas con la maternidad y las variables sociodemográficas de las madres en el éxito de la lactancia, los únicos factores significativos son la edad ($p = 0,005$) y hecho de haber tenido hijos anteriormente ($p = 0.019$).

Un buen agarre al pecho durante las 48 primeras horas no influyó estadísticamente en el éxito de la lactancia materna, aunque se ha demostrado que los bebés que presentaron un buen agarre al pecho habían mantenido durante más tiempo la lactancia materna (68,2% $p = 0.295$) que los bebés que no lo habían conseguido (59.1% $p = 0.374$).

Discusión: Se comprueba una disminución de la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida del bebé, siendo mayor durante los primeros tres meses. La renuncia precoz es una realidad que enfrentamos y los profesionales de la salud deben reflexionar sobre las estrategias de protección, promoción y apoyo de la lactancia materna. Es necesario que el equipo de atención esté orientado a ayudar a las madres a empezar la lactancia materna durante la primera media hora después del parto, para amamantar cada vez que el bebé lo necesite y enseñarles cómo dar el pecho para conseguir el agarre adecuado.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Levy, L., & Bértolo, H. (2012). Manual de aleitamento materno. Lisboa: Comité português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés.

Pereira, MA. (2006). Aleitamento materno: Importância da correção da pega no sucesso da amamentação. Loures: Lusociência.

UNICEF/WHO (2006). Breastfeeding Promotion and Support in Baby Friendly Hospital: an 20 - Hours Course for maternity staff. New York: UNICEF. Acedido em http://www.who.int/nutrition/topics/BFHI_Revised_Section_3.1.pdf

AUTORES/AUTHORS:

Marina Rodríguez Organista, Beatriz Losa García, Oscar Álvarez López, Miguel Coronado Gutierrez, Cintia Díaz De Yela, Loreto Bueno Gallego

TÍTULO/TITLE:

SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN FAMILIARES DE PACIENTES PALIATIVOS DEL HOSPITAL BEATA MARÍA ANA.

OBJETIVOS: Los Cuidados Paliativos son aquellos destinados a obtener el máximo bienestar del enfermo y su familia, al final de la vida. El cuidado del enfermo suele recaer en un único miembro de la familia, el cual deja de lado su vida para centrarse en el otro, presentando alteraciones en todas las esferas de la persona.

El objetivo principal del estudio es conocer el nivel de sobrecarga, que presentan los cuidadores principales encargados del cuidado de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Beata María Ana. Además se pretende conocer el nivel de ansiedad y de depresión del cuidador principal y describir el perfil tipo de cuidadores.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal y prospectivo, de metodología mixta. Se contó con la colaboración de 37 familiares, encargados del cuidado principal de los enfermos que se encontraban ingresados en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Beata María Ana, en la Comunidad de Madrid. Fueron sometidos a una entrevista abierta y a los cuestionarios validados de sobrecarga y ansiedad y depresión.

RESULTADOS: El índice de Esfuerzo del Cuidador era elevado en la mayoría de los participantes, siendo mayor en mujeres que en hombres. Del total de los participantes el 70% presentaban ausencia de sobrecarga, el 100% del total de varones presentaron ausencia de sobrecarga, sin embargo el 58% de las mujeres sufrían algún tipo de sobrecarga. La mayoría de entrevistados presentaban un patrón mixto de ansiedad y depresión, siendo mayor en el sexo femenino. El perfil de cuidador se ciñe a mujeres con edades comprendidas entre los 41 y 55 años, cuyo grado de parentesco era el paterno filial.

DISCUSIÓN: Tras una exhaustiva revisión literaria, pocos estudios se centran en el cuidador informal de pacientes en Cuidados Paliativos.

Los resultados obtenidos en cuanto al nivel de sobrecarga son similares a otros estudios realizados en nuestro país, como el estudio que se realizó en 2009 en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Clínico San Carlos. Sin embargo los resultados obtenidos sobre el índice de ansiedad y depresión que sufren los familiares, son diferentes en ambos estudios.

El trabajo que realiza el cuidador informal es poco reconocido. Esto junto a la propia enfermedad, crea una visión negativa de la situación vivida. A pesar de ello muchos sujetos relatan su experiencia vivida como una satisfacción y no una obligación. Sujeto 34: "supone una satisfacción".

IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA: Existe un desgaste del cuidador tanto a nivel físico como emocional. Pérdida del tiempo libre, de las relaciones interpersonales, al igual que cambios laborales y económicos.

El equipo profesional encargado de los enfermos, también debe centrarse en el familiar, evitando posibles alteraciones. Es importante valorar la situación actual y previa del cuidador, para poder conocer el nivel de sobrecarga que experimenta. Se deben prestar los servicios que el cuidador necesite en cada momento para evitar posibles alteraciones. Para ello el equipo multidisciplinar debe trabajar de forma conjunta.

PALABRAS CLAVE: "Cuidados Paliativos", "sobrecarga", "cuidador principal", "familia".

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Primer atlas mundial de las necesidades de cuidados paliativos no atendidas [internet]. Ginebra/Londres: Organización Mundial de la Salud; 2014 [acceso 20 de noviembre de 2015] URL disponible en :

<http://www.who.int/mediacentre/news/realeses/2014/palliative-care-20140128/es/>

2. Organización Mundial de la Salud. Control del cáncer Aplicación de los conocimientos Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces [internet]. Suiza: Secretaría general de la OMS; 2007 [acceso 20 de octubre de 2015].

Disponible:<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Modulo5.pdf>

3. Historia de los cuidados paliativos [internet]. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 2014 [acceso 20 de octubre de 2015]. URL disponible en: <http://www.secpal.com/5-la-internacionalizacion-de-una-nueva-filosofia-de-cp>

4. Martínez Cruz MB, Monleón Just M, Carretero Lanchas Y, García-Baquero Merino MT. Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida. 1ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012.

5. Comunidad de Madrid. Plan integral de cuidados paliativos de la Comunidad de Madrid. 1ª ed. Madrid: consejería de sanidad y consumo; 2005.

6. Consejería de sanidad. Estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones; 2007.

7. Librada S, Herrera E, Pastrana T. Atención centrada en la persona al final de la vida: Atención sociosanitaria integrada en cuidados paliativos. Actas de Coordinación Sociosanitaria, nº 13. Fundación Caser. Abril 2015.

8. Marodante KJ, Kliegman RM, Jenson HB, Behrman RE. Nelson pediatría esencia. Vol 1. Barcelona: Elsevier Saunders; 2011.

9. National Institute of Nursing Research. Cuidados paliativos [internet]. Maryland: National Institute of Health; 2011 [acceso 26 de octubre de 2015]. URL disponible en: <https://www.ninr.nih.gov/sites/www.ninr.nih.gov/files/cuidadospaliativos.pdf>

10. Barbero Gutierrez JJ. El trabajo en equipo de los equipos multidisciplinares de cuidados paliativos: análisis de la realidad española. [Tesis doctoral]. Barcelona: Universitat autònoma de Barcelona; 2014.

11. CIE Consejo Internacional de Enfermeras. Declaración de posición del CIE sobre la función de la enfermera que dispensa cuidados a los pacientes moribundos y a sus familiares. [internet]. Biblioteca Lascasas, 2006; 2 (3). [acceso 2 de noviembre de 2015]. URL disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0161.php>

AUTORES/AUTHORS:

María-Dolores Lora-Guzmán, Beatriz Cortes-Zújar, Pablo Fernández-León, Isabel Domínguez-Sánchez, María-Teresa Baena-Ariza, Joaquín-Salvador Lima-Rodríguez

TÍTULO/TITLE:

¿Cómo afecta el proceso oncológico a la salud familiar y al cuidador familiar? Revisión sistemática

Antecedentes y objetivo: El cáncer como enfermedad crónica, impone estrictas e inmediatas demandas a la totalidad del sistema familiar. La naturaleza de estas demandas varía dependiendo de la severidad del proceso de la enfermedad, pronóstico de vida, curso de la enfermedad, protocolos de tratamiento y efectos secundarios, o del dolor y síntomas de impotencia e inhabilidad experimentados. El cuidador familiar del paciente con cáncer, asume el acompañamiento durante todo el proceso, viéndose sometidos a demandas para las que a menudo no se encuentran preparados. Su figura es fundamental en la colaboración con el equipo de atención de la salud, y en la mejora de la salud y la calidad de vida del paciente. En su salud podrían jugar también un papel relevante las relaciones sociales y su calidad, así como el apoyo social del que dispone. El objetivo de este estudio es conocer el estado actual del conocimiento sobre la afectación del proceso oncológico en un miembro de la familia sobre la salud familiar y el cuidador familiar.

Método: Revisión bibliográfica de acuerdo a la declaración PRISMA, en las bases de datos WOS, PubMed CINAHL, Dialnet Plus, LILACS y en las listas de referencias de los artículos incluidos, de acuerdo a descriptores DeCS y MeSH para el objetivo del estudio. Los criterios de inclusión han sido: Artículos originales, publicados en los últimos cinco años, publicados en inglés, español y portugués, relacionado con los objetivos del estudio y con una calidad metodológica moderada-fuerte, analizada mediante el "Programa de Lectura Crítica CASPe". El proceso de búsqueda y selección lo realizaron dos investigadores independientes que llegaron a consensos. Se localizaron 1009 artículos en la búsqueda inicial y seleccionaron finalmente 14.

Resultados: atendiendo a los artículos, siete de ellos fueron publicados en inglés, cuatro en español y tres en portugués. Según tipo de diseño de cada artículo, se encontró gran variedad; cinco de carácter cualitativo, siete cuantitativos y dos revisiones bibliográficas. Dada la heterogeneidad de los artículos seleccionados, para sintetizar los resultados, se establecieron dos categorías; A. influencia del proceso oncológico sobre la salud familiar y sus dimensiones y B. Influencia del proceso oncológico sobre el cuidador familiar. A. La salud familiar puede alterarse en todas sus dimensiones. El clima y la integridad familiar debido a problemas en la comunicación y en las relaciones familiares, agravadas por las dificultades de referirse a cáncer y el distanciamiento conyugal. En otros casos, estas dimensiones se refuerzan cuando las familias se unen frente a la enfermedad. El funcionamiento puede alterarse por la mayor demanda del paciente, y la resistencia por la disminución de recursos y apoyo sociales. En ocasiones se utilizan estrategias de afrontamiento inefectivos, como la evitación o el silencio. La enfermedad oncológica, independientemente de la fase en que se encuentre, ocasiona un fuerte impacto en la organización familiar y en los planes presentes y futuros de la familia debido al estado de incertidumbre que genera este tipo de enfermedades. La capacidad de la familia para gestionar el estrés generado determinará el abordaje y curso de la situación. B. El cuidador familiar suele sufrir alteraciones físicas, emocionales, sociales y espirituales, pudiendo sufrir sobrecarga. Lo que más afecta a los cuidadores es la angustia producida por el diagnóstico, la generada por los tratamientos, tener que modificar su vida y el miedo a volver a recaer en la enfermedad.

Discusión: Este estudio ha permitido alcanzar los objetivos propuestos, e identificar la influencia de los procesos oncológicos sobre la salud familiar en sus diferentes dimensiones, así como sobre el cuidador familiar a nivel físico, psíquico, social y espiritual. En general, se observa que la influencia de la situación sobre la salud familiar va a depender mucho de la capacidad de gestión familiar, las estrategias de afrontamiento que se desarrollen y el apoyo social de que dispongan. La sobrecarga del cuidador familiar se suele ver más reflejada en las dimensiones físicas y psíquicas, cobrando de nuevo gran importancia el nivel de apoyo social y la existencia de grupos de ayuda mutua (GAM). Las enfermeras pueden contribuir a la mejora de la salud familiar y del estado de las cuidadoras,

generando espacios de apoyo y asesoramiento, que propicien el apoyo social entre las familias y cuidadoras afectadas por procesos oncológicos. Aunque la mayoría de los estudios consultados expresan la importancia del apoyo social como factor de protección de las familias con algún miembro enfermo de cáncer, son escasas las menciones a los grupos de ayuda mutua (GAM), a pesar de que se pone de relevancia la importancia que cobra el apoyo social en este tipo de situaciones. Es importante para la disciplina enfermera tomar a la familia como un paciente legítimo y como una entidad que puede, en sí misma, necesitar de cuidados enfermeros para mantener y promocionar la salud familiar, dado que en este sistema, cualquier alteración en alguno de sus miembros puede implicar disfuncionalidad en la totalidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Baider, L., Sharett, I., & Oncología, D. (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos, 3, 505–520.
- Candido de Souza, EM., Vendramini, M., Axcar-Salotti, SR., Quatrini-Carvalho, HC. (2011). Enfrentamento do paciente oncológico e do familiar / cuidador frente à terminalidade de vida. *Journal Of the Health Sciences Institute*, (30)3, 235–240.
- Carrillo, L., Rogério, da Silva N., Cantu, SdO., Rizzo dos Santos, A. (2014). Indicadores de estresse e sobrecarga em cuidadores. 14(3), 877 892.
- Chindaprasirt, J., Limpawattana, P., Pakkaratho, P., Wirasorn, K., Sookprasert, A., Kongbunkiat, K., Sawanyanwisuth, K. (2014). Burdens among caregivers of older adults with advanced cancer and risk factors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(4), 1643–1648.
- Escobar-Ciro, CL. (2012). Perception of the quality of life of family caregivers of adults with cancer. *Invest Educ Enferm*, 30(3), 320-329.
- Granados, J., Parada, JP., Cáceres, YM. (2014). Funcionalidad de las relaciones intrafamiliares en los pacientes con cáncer, 11(1), 27–34.
- Lima Rodríguez, J. S., Lima Serrano, M., Jiménez Picón, N., & 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), 509-521.
- Nunes, M. da G. dos S., & Rodrigues, B. M. R. D. (2012). Tratamento paliativo: Perspectiva da família. *Revista Enfermagem*, 20(3), 338–343.
- Pedraza, H. M. P., & González, G. M. C. (2015). Calidad de vida y soporte social en los cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cáncer. *Revista Salud Uis*, 47(2), 125–136.
- Senden, C., Vandecasteele, T., Vandenberghe, E., Versluys, K., Piers, R., Grypdonck, M., & Noortgate, N. Van Den. (2014). The interaction between lived experiences of older patients and their family caregivers confronted with a cancer diagnosis and treatment: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(0), 197 -206.
- Tokem, Y., Ozcelik, H., & Cicik, A. (2014). Examination of the Relationship Between Hopelessness Levels and Coping Strategies Among the Family Caregivers of Patients With Cancer. *Cancer Nursing*, 00(0), 1–7.

Mesa de Comunicaciones 14: Salud mental

Concurrent Session 14: Mental Health

AUTORES/AUTHORS:

Júlia Martinho, Graça Pimenta, José Carlos Carvalho, José Luis Ramos

TÍTULO/TITLE:

Síntomas de depresión y riesgo de suicidio en los estudiantes de enfermería

Introducción:

La depresión es un trastorno mental común. En total, más de 350 millones de personas de todas las edades sufren de depresión (WHO, 2014).

Desarrollar una investigación en los estudiantes de enfermería se ha fundamentado en el hecho de que estos se ajustan a "una vida de cambio". Estos cambios pueden proporcionar oportunidades de crecimiento y/o la exposición a experiencias negativas de la vida en una variedad de campos (familia, escuela, amigos/actividades sociales) pudiendo estas situaciones ser potenciadoras de riesgo para el desarrollo de los síntomas depresivos (José y Ratcliffe, 2004).

Si bien, existe una preocupación cada vez mayor con la depresión en grupos específicos (adolescentes y ancianos) lo mismo no se tiene demostrado con la depresión en estudiantes universitarios que ha recibido poca atención a pesar de cada vez más se ver un aumento en su número (Ceyhanet al 2009; Ibrahim et al 2012).

Objetivos: Determinar y comparar los índices de depresión y riesgo de suicidio en los estudiantes de enfermería de una escuela pública en el norte de Portugal.

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 octubre a diciembre de 2013, siendo su relleno voluntario.

El cuestionario se constituyó de preguntas de cariz sociodemográfico, antecedentes de salud mental, el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Mini International Neuropsychiatric Interview - versión portuguesa 5.0.0.

O inventario de Depresión de Beck (Beck et al, 1961), con la adaptación para la población portuguesa (Vaz Serra y Pio Abreu, 1973ab) para la evaluación de síntomas depresivos, se compone de 21 grupos de declaraciones con cuatro a seis preguntas cada uno (cuya la intensidad de los síntomas y actitudes varían de 0 a 3, dispuestos en orden progresivo de la gravedad), que el participante selecciona de acuerdo con la descripción de su propia percepción de los síntomas que le caracterizan a la hora de su finalización.

El M.I.N.I. International Neuropsychiatric Interview es una entrevista de diagnóstico estandarizada corta, en consonancia con el DSM-III-R/ IV y CID-10, que está diseñado para el uso en la práctica clínica y la investigación, fue desarrollado en 1990 por psiquiatras y médicos en USA y en Europa. El MINI está organizado por módulos de diagnóstico independientes, siendo la puntuación de preguntas, dicotómica (sí/no). El uso de esta entrevista en este estudio fue para evaluar el riesgo de suicidio.

Procedimientos: se ha solicitado autorización a la universidad en que los estudiantes se inscribieron. La divulgación y la clarificación de los objetivos del estudio se realizaron a través de la plataforma informática del centro de enseñanza que servía de soporte al cuestionario "on-line". La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario y su cumplimiento fue voluntario. Se respetaron los principios éticos inherentes a la investigación.

Resultados: La muestra fue compuesta de 420 estudiantes – 86% son estudiantes de la Licenciatura en Enfermería y 14% estudiantes de posgrado (maestría y especialidad). Son mayoría femenina (88,3%, n= 371) de edades comprendidas entre los 18 y 54 años, con una edad media de 22,36 (\pm 4,8), son solteros (93,8 %), 30% son desplazados de sus hogares y el 41,2% reciben alguna beca (apoyo financiero).

Han tenido tratamiento psiquiátrico, el 23,8% y el 4,5% reportó estar actualmente en tratamiento psiquiátrico. Los estudiantes que tienen un mayor índice de riesgo de suicidio (40%) son los que tienen un score de 10 en el BDI.

La puntuación media final del BDI y MINI es mayor en los hombres en comparación con las mujeres. Las variables

sociodemográficas con significado estadístico del riesgo de suicidio son:

El estado civil ($p=0,048$), el sexo ($p=0,015$), el apoyo económico (becas) ($p=0,000$), apoyo psicológico ($p=0,000$). Comprobando-se un aumento del riesgo en los estudiantes de sexo masculino, que no tienen pareja y que reciben algún tipo de apoyo financiero y de asesoramiento psicológico.

Discusión: El porcentaje de estudiantes de la muestra con el riesgo de suicidio es del 19%, de ellos el 35% son de alto riesgo. El suicidio es la tercera causa principal de muerte en los adolescentes de acuerdo con el informe de la WHO (2012) y la principal causa de muerte entre las niñas. En nuestro estudio hay una autopercepción de los síntomas depresivos y riesgo de suicidio superior en los hombres lo que contradice algunos estudios (Verger et al, 2009; Galindo et al, 2009; Mikolajczyk et al., 2008). Otros elementos que surgen como factores de influencia, son la condición socioeconómica y ser desplazados de la residencia que de acuerdo con (Soares et al, 2013) afectan el desarrollo psicosocial a lo largo de la experiencia universitaria.

Implicaciones para la práctica: Los factores de riesgo encontrados en este estudio son indicativos de algunas estrategias de promoción de salud a desarrollar, sin embargo, la depresión depende de una compleja interacción de factores, siendo por esta razón importante continuar a desarrollar estudios exploratorios y confirmatorios en esta área.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. An inventory for measuring depression. Archives of general psychiatry. 1961, 4, 561-571.

Ceyhan, A.A, Ceyhan. E, Kurtyilmaz. Y. Investigation of university students' depression. Eurasian Journal of Educational Research. 2009, 36, 75-90

Galindo, S. B., Moreno, I. M., & Muñoz, J. G. Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: Factores académicos y sociofamiliares asociados. Clínica y Salud, 2009, 20 (2), 177-187.

Garber, J., Keiley, M. K., & Martin, N. C. Developmental trajectories of adolescents' depressive symptoms: Predictors of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2002; 70 (1), 79-95. doi: 10.1037//0022-006X.70.1.79

Ibrahim, A.K. Kelly, S.J., Adams, C.E., Glazebrook, C. A systematic review of studies of depression prevalence in university students, Journal of Psychiatric Research, Retrieved 19th February, 2013 from <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.11.015>

Mikolajczyk et al. Depressive symptoms and perceived burdens related to being a student: Survey in three European countries. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2008; 4: 19.

Jose, P. E., & Ratcliffe, V. Stressor frequency and perceived intensity as predictors of internalizing symptoms: gender and age differences in adolescence. New Zealand Journal of Psychology. 2004; 33, 145-154.

Soares et al. Stress Impact on Resting State Brain Networks. PLoS ONE, 2013, 8(6): e66500.

Vaz Serra, A., & Pio Abreu, J. L. Aferição dos quadros depressivos. I – Ensaio de aplicação do Inventário Depressivo de Beck a uma

amostra portuguesa de doentes deprimidos. Coimbra Médica. 1973a, 20, 623-644.

Vaz Serra, A., & Pio Abreu, J. L. Aferição dos quadros depressivos. II – Estudo preliminar de novos agrupamentos sintomatológicos para complemento do Inventário Depressivo de Beck. Coimbra Médica. 1973b, 20, 713-736.

Verger et al, 2009; Public Awareness Campaigns About Depression and Suicide: A Review. Psychiatric services. ps.psychiatryonline.org. 2009,60(9),1203-1213.

World Health Organization, World suicide prevention day 2012. [cited 2014 Jul16]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/

World Health Organization. Preventing suicide, a global imperative; 2014. [cited 2014 Sept 23]. Available from: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_english.pdf?ua=1

Mesa de Comunicaciones 15: Atención Primaria

Concurrent Session 15: Primary Health

AUTORES/AUTHORS:

SILVIA DOMINGUEZ FERNANDEZ, FRANCISCO JAVIER PEREZ RIVAS, JOSE LUIS AREJULA TORRES, JUAN CARDENAS VALLADOLID

TÍTULO/TITLE:

FRECUENCIA Y CARACTERIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA "RIESGO DE CAÍDAS" EN ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID

INTRODUCCIÓN

Aproximadamente el 30% de los adultos mayores de 65 años que viven en la comunidad cae al menos una vez al año. De estos, el 50% volverá a sufrir una nueva caída.

El número de caídas aumenta proporcionalmente con la edad en ambos sexos, y en todos los grupos étnicos. La prevalencia aumenta hasta cifras que oscilan entre el 32 y el 42%, según los estudios, en el grupo de edad de 75 años o más. Algunos autores encuentran que a partir de los 80 años de edad la proporción de personas que sufren caídas aumenta un 50%.

El porcentaje de mujeres que tiene caídas es mayor que el de los hombres, si bien esta diferencia se atenúa con la edad.

Las caídas en ancianos generan importantes consecuencias directas en las personas mayores que las sufren (físicas y psicológicas) y produciendo, de manera indirecta, importantes repercusiones, principalmente de tipo económico, en el sistema sanitario.

A pesar del avance en el conocimiento epidemiológico y preventivo de las caídas a nivel mundial, las publicaciones existentes indican que en España no se está produciendo una disminución de la incidencia de caídas en los últimos años.

La prevención de la caídas requiere de intervenciones multifactoriales y multiprofesionales, que en muchas ocasiones pueden ser realizadas desde el enfoque del cuidado.

La enfermera comunitaria es el profesional encargado de liderar la prestación de cuidados en Atención Primaria (AP), siendo la metodología enfermera o proceso enfermero la forma de prestación de los cuidados profesionales por parte de las enfermeras o lo que es lo mismo, la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera. Los lenguajes estandarizados enfermeros (taxonomías NANDA, NOC, NIC) normalizan la terminología que utilizan las enfermeras a la hora de nombrar las distintas etapas de la atención de enfermería.

La identificación del diagnóstico de enfermería "Riesgo de caídas" le permite a la enfermera planificar una serie de intervenciones y actividades para alcanzar unos resultados determinados, entre los que se encuentra la prevención del suceso 'caída'.

Por todo ello, resulta fundamental conocer el grado de utilización de este diagnóstico en Atención Primaria, identificando su distribución por edad y sexo; y evaluando el motivo de cierre de los planes de cuidados finalizados.

OBJETIVOS

GENERAL

- Identificar la frecuencia de utilización del diagnóstico "Riesgo de caídas" en Atención Primaria de Madrid.

ESPECÍFICOS

- Describir la distribución del diagnóstico "Riesgo de caídas" por edad y sexo.
- Determinar el número de diagnósticos "Riesgo de caídas" activos y cerrados.
- Describir la evolución de la utilización del diagnóstico "Riesgo de caídas" en los años evaluados.
- Evaluar el motivo de cierre de los planes de cuidados finalizados.

MÉTODOS

ÁMBITO

262 centros de salud de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

DISEÑO

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de revisión de historias clínicas.

SUJETOS

Pacientes que tienen registrada en su historia clínica electrónica (AP_Madrid) el diagnóstico "Riesgo de caídas". El período evaluado comprende desde el 1 de enero de 2005 hasta el 31 de diciembre de 2015.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Historia Clínica Electrónica (AP_Madrid).

ANÁLISIS DE DATOS

Para la comparación entre variables se utilizará la chi cuadrado para las cualitativas y la T de Student o ANOVA para las cuantitativas.

El análisis estadístico de los resultados se realiza con el programa SPSS 22.0.

RESULTADOS

La frecuencia de registro del diagnóstico "Riesgo de caídas" es de 52.483 casos en el período evaluado, correspondiendo un total de 18.187 para varones (34,65%) y 34.296 para mujeres (65,35%). La distribución también varía según los grupos de edad, siendo más frecuente en los tramos de 0-10 años y en los mayores de 70.

La edad media encontrada para este diagnóstico es de 73,4 años (mujeres 76,6 y varones 67,3).

En cuanto a la distribución del diagnóstico en el período analizado, observamos un incremento en todos los años. En 2005, 650 diagnósticos; en 2006, 820; en 2007, 914; en 2008, 1.537; en 2009, 1.743; en 2010, 1.826; en 2011, 2.202; en 2012, 7.110; en 2013, 9.251; en 2014, 12.592; en 2015; 14.695. Resulta llamativo el aumento encontrado entre 2011 y 2012, pasando de 2.202 registros del diagnóstico a 7.110. Justamente en 2012, se publica la Guía de cuidados sobre prevención de caídas. Ésta incluía un plan de cuidados estandarizado sobre la base del diagnóstico "Riesgo de caídas". Además se incluyó ese plan de cuidados estandarizado en la historia clínica electrónica (AP_Madrid) para facilitar su utilización y registro por parte de los profesionales de enfermería. Podemos observar la gran repercusión de estas medidas.

Realizamos un análisis de la frecuencia de diagnóstico según el estado del diagnóstico, identificando que el 55% permanecen abiertos y el 45% ya han sido cerrados. Los motivos de cierre han sido los siguientes: abandono (3,1%), fallecimiento (5,14%), inasistencia (3,96%), no resolución (5,65%), resolución (36,51%) y seguimiento controlado (45,65%).

Tanto en diagnósticos activos como en cerrados, la frecuencia es superior para mujeres (64,8% en activos y 66,3% en cerrados) que para varones (35,2% y 33,7%, respectivamente).

DISCUSIÓN

Al haberse registrado un total de 52.483 diagnósticos, la media anual de diagnósticos por cada centro de salud, se sitúa en tan sólo 18,2 diagnósticos por año y centro. Este dato indica que existe escasa concienciación por parte de las enfermeras del abordaje de este problema de cuidado mediante la utilización de la metodología enfermera. Éste dato contrasta con el estudio de Brito en el que el diagnóstico "Riesgo de caídas" se encuentra en el puesto número 8 de los diagnósticos percibidos por enfermeras como prioritarios en Atención Primaria; y con el estudio de Besora et al. en el que el diagnóstico se encuentra dentro de los 36 seleccionados por su frecuencia de aparición en la práctica asistencial. Sin embargo, en el estudio de Nieto García et al. en el que se seleccionaron 83 diagnósticos para Atención domiciliaria, el diagnóstico "Riesgo de caídas" no fue seleccionado. En el estudio de Pérez Rivas et al. tampoco figura entre los 15 diagnósticos más utilizados por las enfermeras de un Área de salud.

Pese a que la frecuencia de utilización de este diagnóstico es baja, resulta significativo y clínicamente relevante que un porcentaje muy elevado de los diagnósticos se hayan dado de alta por resolución o seguimiento controlado.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Este estudio nos aporta una visión actual y completa del empleo del diagnóstico "Riesgo de caídas" en la Comunidad de Madrid.

Es necesario definir estrategia de implementación del uso del proceso enfermero para abordar este problema, relevante para la comunidad.

Cabe resaltar la importancia de que las organizaciones/instituciones sanitarias implementen estrategias para potenciar la utilización de la metodología enfermera (guías clínicas, acciones formativas, planes de cuidados estandarizados, etc.) y su registro en la historia clínica electrónica (AP_Madrid).

Tras los resultados preliminares obtenidos, vamos a profundizar el estudio con el objetivo de conocer la incidencia de caídas según el grado de utilización de la metodología enfermera en general y el diagnóstico de "Riesgo de caídas", en particular, identificando los factores de riesgo que presenten estos pacientes y las intervenciones más efectivas en el abordaje de este problema.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, Lamb SE. Interventions for preventing falls in older people living in the community (review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Sep 12;(9):CD007146.
2. Pérez Rivas FJ, Santamaría García JM, Minguet Arenas C, Beamud Lagos M, García López M. Implementation and Evaluation of the Nursing Process in Primary Health Care. *International Journal of Nursing knowledge*. 2012; 23(1):18-28.
3. Ferrer A, Formiga F, Plana-Ripoll O, Tobella MA, Gil A, Pujol R. Risk of falls in 85-year-olds is associated with functional and cognitive status: The Octabaix study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2012; 54:352-356.
4. Lavedán Santamaría A, Jürschik Giménez P, Botigué Satorra T et al. Prevalencia y factores asociados a caídas en adultos mayores que viven en la comunidad. *Aten Primaria*. 2015; 47(6):367-375.
5. Duarte Moreira M, Rodrigues Costa A, Rodrigues Felipe L, Pereira Caldas C. The association between nursing diagnoses and the occurrence of falls observed among elderly individuals assisted in an outpatient facility. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007; 15(2):311-7.
6. Pérez Sánchez JA, González Ojeda MR. Análisis del diagnóstico enfermero "riesgo de caídas" en una residencia geriátrica. *Hygia de enfermería: revista científica del colegio*. 2012; 80:50-56.
7. Guía de cuidados: prevención de caídas en Atención Primaria. Gerencia de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. 2012.
8. Rodríguez Molinero A, Narvaiza L, Gálvez Barrón C, De la Cruz JJ, Ruíz J, Gonzalo N et al. Caídas en la población anciana española: incidencia, consecuencias y factores de riesgo. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015; 50 (6):274-280.
9. Brito Brito PR. Diagnósticos enfermeros priorizados en atención primaria. *Enfermería Global [Revista en línea]* 2009. [acceso 10 de septiembre de 2015]; 8(2): 1-8. Disponible en: <http://artificialwww.redalyc.org/articulo.oa?id=365834752008>.
10. Nieto García E, Domínguez Ruíz M, Casado Lollano A, Monleón Just M, Díz Gómez J, Sánchez Pérez C et al. Diagnósticos enfermeros en la Atención Domiciliaria. *Metas de Enferm*. 2004; 7(3):06-12.
11. Besora Torradeflot I, Del Olmo Maciá C, Gibert Llorach E, Ondivieta Cariteu A, Solé Brichs C. Diagnósticos enfermeros estandarizados: guía para la práctica clínica en Atención Primaria. *Metas de Enferm*. 2008; 11(3):21-26.

AUTORES/AUTHORS:

ROSA M^a ALVAREZ DIEZ, MARIA GONZALEZ GALLEGO, M^o JOSE RAMOS CARBAJO, ANA ISABEL BARRANCO SAN MARTÍN, M^o EUGENIA GONZALEZ GARCÍA, M^a CRISTINA CARBAJO RODRIGUEZ, OLGA ALVAREZ ROBLES

TÍTULO/TITLE:

¿INFLUYEN LAS PRIMERAS COMIDAS DEL DIA EN EL PESO DE LOS NIÑOS DE NUESTRA ZONA DE SALUD?

INTRODUCCION

El desayuno puede definirse como la primera comida sólida del día que viene a interrumpir el ayuno nocturno. Se ingiere en las primeras horas del día, antes de ir a clase (durante la jornada escolar), o antes de las 11:00 horas si nos referimos a los fines de semana.

El desayuno se puede repartir en dos ingestas, la primera y más completa en casa y otra más ligera a media mañana.

Los nutricionistas consideran que el desayuno (las dos ingestas) deben suponer el 25% de las necesidades de energía y nutrientes del escolar, (el desayuno de media mañana no debe aportar más de 10% de las calorías diarias).

Para poder mantener una alimentación equilibrada, es necesario introducir la toma de alimentos entre el desayuno y la comida ("media mañana"), con el fin de mantener en nuestro organismo estable la glucemia y ayude a llegar a la comida con menor sensación de hambre, y la cantidad de alimentos que ingeriremos a sea la adecuada.

La obesidad y el sobrepeso infantiles se asocian a múltiples complicaciones, aumentan la mortalidad infantil y son un importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades de alta morbimortalidad en la edad adulta. Prevenir el exceso de peso en la infancia es primordial.

Según el estudio Aladino, la prevalencia de la obesidad infantil en España en 2013 era del 15% y la tendencia es al aumento en las próximas décadas, especialmente en varones y pre púberes.

OBJETIVOS:

- Conocer la relación entre el hábito de no consumir alimentos en las primeras comidas del día (desayuno e ingesta a media mañana) y el peso en niños de 4 a 14 años.
- Conocer la calidad del alimento que ingieren a media mañana, si ha mejorado, tras intervenciones educativas y si ha disminuido el porcentaje de niños con exceso de peso (sobrepeso y obesidad).
- Relacionar exceso de peso y el tiempo de televisión (TV) durante el desayuno.

METODOLOGÍA

Diseño: Estudio cuantitativo cuasi-experimental antes y después, longitudinal prospectivo.

Ámbito: Zona Básica de Salud.

Sujetos a 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 2012-13 y, tras intervenciones educativas, de 6 a 8 años (n=247) y de 12 a 14 años (n=186) en 2014-15. Total 919 niños.

Variables:

- Edad: niños de 4 a 8 y 10 a 14 años.
- Número de días de clase (0 a 5).
- 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.
- Tiempo de televisión durante 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).

En estudio pre-intervención no desayunan los días de clase el 1.6% de los niños de 4 a 6 años y el 2.6% de los niños de 10 a 12 años; mientras que en el estudio post-intervención no realizan el desayuno los días de clase el 1.62% de los niños de 6 a 8 años frente al 7% de los niños de 12 a 14 años.

Los niños que no desayunan ni toman alimento a MM ningún día de clase, en primer estudio el 0.48% de los niños de 4 a 6 años y el 0.72% de los niños de 10 a 12 años frente al 0.50% en niños de 6 a 8 años y el 5.60% en los niños de 12 a 14 años en segundo estudio.

A media mañana, no toman alimento o sólo una vez a la semana en el primer estudio, el 24.10% de los niños, tomándolo entre 4 y 5 días el 73%, frente al 19.40% y el 76,4% respectivamente en el segundo estudio.

El 100% de los niños que no desayunan tienen exceso de peso en el primer estudio, el 47,1% en el segundo.

De los niños que desayunan y toman alimento a media mañana todos los días, tienen normopeso el 89,9% en los niños de 4 a 6 años, el 80,9% los de 10 a 12 años, el 83,5% los de 6 a 8 años y el 83,8% los de 12 a 14 años.

A media mañana ha disminuido la toma de zumo industrial del 9,47 al 5,77%, mientras que la bollería se ha incrementado de un 6,17 a un 10,16%. También ha disminuido el consumo de fruta de un 34,98 % a un 23,09 %. El bocadillo sigue siendo el alimento más consumido a MM pasa de un 44.65% en estudio preintervención a un 43.19 % en estudio postintervención.

El porcentaje de niños con normopeso que no ven la televisión durante el desayuno se mantiene entre el 64,5-65% en ambos estudios. De los que generalmente ven la televisión en el desayuno, son obesos el 52,7% y tienen sobrepeso el 33,3% en el primer estudio, frente al 47% y el 45,7% respectivamente, en el segundo estudio.

DISCUSIÓN.

En nuestro estudio, no encontramos datos estadísticamente significativos que relacionen el no desayunar, no tomar alimentos a media mañana y ver la tele con la obesidad aunque sí evidenciamos que hay más niños con exceso de peso.

Comparando las dos muestras y valorando a todos los niños estudiados en conjunto obtenemos:

- La obesidad se mantiene entre un 7- 8 % y el sobrepeso aumenta del 6 al 14%.
- A mayor edad aumenta el número de niños que no desayuna y el de los que no toman nada a media mañana (sobre todo niños de 12-14 años) y en los que sí toman disminuye la calidad del alimento.
- En los niños que ni desayunan ni ingieren a media mañana, el exceso de peso es superior a los que siempre realizan ambas tomas, interviniendo negativamente el ver la televisión mientras desayunan

IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA.

A pesar de las intervenciones educativas realizadas a lo largo de 2 años en distintos niveles:

- A nivel individual
- En las revisiones del Niño Sano en las consultas de enfermería

- Educación para la Salud a Padres y Niños.
- A nivel comunitario
- Paneles informativos “desayuno saludable” en Centro de Salud (sala espera de pediatría).
- Información continuada , en la sala espera durante el horario de consulta, mediante proyección de videos en pantalla de televisión.
- Actividades de Educación para la Salud en institutos y colegios
- Concurso de dibujo para niños de 3 a 12 años
- Difusión social de las intervenciones realizadas en: prensa escrita, TV Ponferrada, radio local...

La modificación de los hábitos alimentarios esperados, han sido mínimos

Consideramos: para que las intervenciones educativas sean efectivas y se consigan mejores resultados en salud a largo plazo, se deben iniciar a edades tempranas, mantenerlas en el tiempo, empoderando a familiares y docentes, sin olvidar la influencia que tienen sobre la población los medios de comunicación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.- 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.- José Juan Sánchez-Cruza, José J. Jiménez- Moleón, Fidel Fernández-Quesada, María J. Sánchez. Prevalencia de obesidad infantil y juvenil en España en 2012 .Rev Esp Cardiol. 2013; 66(5):371–376
- 4.-Portela Pérez JM. El desayuno y su influencia en el rendimiento escolar. Innovación y experiencias educativas 2009; 15:1-8
- 5.-Díaz Méndez C, Gómez Benito C, Aranceta Bartrina J, Contretas Hernández J, González Alvarez M, García Arnaiz M, Herrera Racionero P, León Arce A, Luque E, Menéndez Tatterson M. Alimentación, Consumo y Salud. 1ª ed. Barcelona: Fundación la Caixa, 2008.
- 6.-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.
- 7- Estudio ALADINO 2013: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2013. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2014.
- 8.-Nickals T. Concern over Reddy to eat breakfast cereals. Journal of the American Dietetic Association. 2008; 108:1616-1617.
- 9.- 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.
- 10.- 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 al ingesta de alimentos como factores de riesgo de malnutrición en escolares. Act. Pediatric Esp. 2009; 67(10):493-497.
- 11.- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Evaluación del crecimiento de niños y niñas. Argentina, julio de 2012.
12. - J. Valdes Pizarro, M. A. Royo-Bordonada. Prevalence of childhood obesity in Spain; National Health Survey 2006-2007 Nutr

Hosp. 2012; 27(1):154-160.

Mesa de Comunicaciones 16: Estudios de validación

Concurrent Session 16: Validation Studies

AUTORES/AUTHORS:

MIRIAM BRONCANO BOLZONI, ISABEL FERIA RAPOSO, REGINA CARRERAS SALVADOR

TÍTULO/TITLE:

Prueba piloto de la validación de la versión bilingüe de la Escala Maryland de Evaluación de la Recuperación

OBJETIVOS:

Objetivo general: Adaptar y validar el cuestionario Escala Maryland de Evaluación de la Recuperación (MARS) en versión bilingüe (al español y catalán) en personas con trastorno psicótico.

Objetivo específico: Desarrollar una versión bilingüe (al español y catalán) de la MARS adaptada para la población catalana, conceptual y lingüísticamente equivalente al cuestionario original y determinar sus principales propiedades psicométricas: la consistencia interna, la fiabilidad test-retest y la validez de contenido.

MÉTODO:

El diseño es observacional, transversal y descriptivo.

La población en estudio está constituida por personas diagnosticadas de un trastorno psicótico atendidas en un Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA).

El estudio se ha realizado en los CSMA de la Red de Salud Mental y Adicciones, del Institut d'Assistència Sanitària (IAS) de Girona. La recogida de datos tuvo lugar durante el febrero del 2015.

Se elaboró un cuestionario específicamente para esta investigación que tiene como objetivo recoger los datos correspondientes a las variables sociodemográficas y clínicas. Concretamente permitió recoger información relativa a la edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, personas con las que convive, años de evolución del trastorno psicótico y consumo de tóxico.

La recuperación se evaluó a través de la MARS, es un instrumento autoaplicado, que mide la recuperación de las personas con enfermedad mental. Comprende 25 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos: nada en absoluto [1], un poco [2], algo [3], bastante [4] o mucho [5]. La escala fue desarrollado específicamente para medir la recuperación a través de la definición de la recuperación de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Evalúa seis ámbitos: empoderamiento, recuperación holística, recuperación no lineal, basado en fortalezas, con sentido de la responsabilidad y esperanza. Los análisis psicométricos de la MARS indican una excelente consistencia interna (a de Cronbach=0.95), una buena fiabilidad test- retest ($r=0.90$) y una buena validez de contenido (1).

Procedimiento utilizado para la obtención de datos: Tras recibir la autorización de los autores de la MARS, se procedió al proceso de traducción, adaptación cultural y validación (TACV) de la escala al catalán.

Para la traducción y adaptación cultural de la MARS al catalán, se hizo la traducción del instrumento partiendo de su versión original y procurando mantener su estructura. Con el objetivo de conseguir que el instrumento resultante mantuviera la equivalencia semántica, idiomática, conceptual y experimental con la escala original (2). En la literatura existe consenso sobre cómo realizar este proceso, recomendándose una secuencia de cinco pasos (2,3): 1-Traducción directa: se realizó una traducción conceptual de la MARS. Participaron dos traductores bilingües independientes cuya lengua materna era el catalán. 2-Síntesis de traducciones: Las traducciones fueron comparadas por los traductores. Se identificaron y se discutieron las discrepancias entre las versiones traducidas hasta alcanzar el consenso. 3-Traducción inversa (retro traducción): La versión de síntesis fue retro traducida al idioma original, por dos traductores profesionales bilingües cuya lengua materna fue la del cuestionario original, en este caso el inglés. Los traductores trabajaron de forma independiente, sin tener conocimiento de la versión original de la MARS. Los traductores señalaron las redacciones difíciles y las incertidumbres encontradas durante el proceso de traducción. Se determinó que la traducción no dio lugar a diferencias semánticas o conceptuales importantes entre el instrumento original y la versión de síntesis obtenida en el paso anterior. 4-Consolidación por un comité de expertos: Se constituyó un comité de expertos bilingües sobre salud mental, tema sobre la recuperación en salud mental, con el objetivo de llegar a construir un única escala consolidada pre-final adaptada al catalán. 5-Pre-test (aplicabilidad / viabilidad): La realización del pre-test permitió evaluar la calidad de la traducción, la adaptación cultural y la aplicabilidad o viabilidad de la MARS. Asimismo permitió calcular que el tiempo de cumplimentación se encontraba dentro de unos límites razonables.

La traducción y adaptación cultural de la MARS a la versión española la realizó el Grupo de Investigación Psiquiátrica de Segovia (GIPS) (Dr. Vargas) y hemos utilizado esta versión, aunque no disponemos todavía de resultados definitivos.

Una vez valorado y aprobado el protocolo del estudio por parte del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del IAS se inició la recogida de datos.

El/la enfermero/a referente informó al posible participante sobre el estudio, entregándole la "Hoja informativa de participación" en la consulta previa a la recogida de datos, para que la leyera con detenimiento. Se seleccionaron a los sujetos que acudían a los CSMA el/la enfermero/a referente teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Una vez firmado el consentimiento informado por el participante, se inició la recogida de datos. En primer lugar el/la investigador/a recogió las variables sociodemográficas y clínicas, posteriormente el participante autocomplementó la MARS. A los 7-15 días el participante volvió a autocomplementar la MARS

Análisis de datos: Paralelamente a la obtención de los datos, a través de la aplicación de los instrumentos de medida correspondientes, se ha creado una base de datos específica para el estudio con el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para Windows, versión 23.0.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables clínicas y sociodemográficas de la muestra. Para validar la versión bilingüe de la MARS y la versión en catalán se han analizado las propiedades métricas del instrumento. En concreto, para evaluar la fiabilidad en términos de consistencia interna se ha valorado mediante el coeficiente α de Cronbach, que puede considerarse adecuado cuando se obtienen valores superiores a 0.7. Se han calculado las correlaciones individuales de cada uno de los ítems con la puntuación global obtenida, así como el coeficiente α de Cronbach sin el ítem incluido en la escala, con el fin de valorar la adecuación de la inclusión de cada uno de los ítems. El estudio de la consistencia interna se ha realizado utilizando la puntuación obtenida en la valoración inicial. Para la evaluación de la fiabilidad test-retest se ha aplicado el coeficiente de correlación intraclase (CCI) entre las puntuaciones de la MARS obtenidas en la valoración inicial y las puntuaciones de la MARS obtenidas al cabo de 7-15 días. La validez de contenido se ha determinado mediante la aplicación de un análisis factorial exploratorio.

RESULTADOS:

La muestra estuvo formada por 28 pacientes. La media de edad fue de 40.54 años (DE=11.99). El 75% eran hombres. En relación con el estado civil, el 71% estaba soltero. Respecto a la situación laboral, el 89,3% no trabajaba. En cuanto a la vivienda, el 14.3% vivía solo, el 7.6% en pareja y el 67.8% residía con sus familiares. Respecto al nivel académico, el 42.9% había cursado estudios secundarios, el 35.7% estudios primarios y el 10.7% estudios universitarios. La media de años de evolución de la patología mental fue de 13.96 (DE=13.06). El 25% consumían algún tipo de tóxico.

Los análisis psicométricos de la versión bilingüe de la MARS indican una consistencia interna con un α de Cronbach de 0.93. También se calcularon los valores de α de Cronbach excluyendo cada ítem de la escala, no observándose que la exclusión de ningún ítem mejorase la consistencia interna de la escala total de forma relevante. En relación con la fiabilidad test-retest el CCI de la escala fue de 0.93 y un coeficiente de correlación de Spearman ($r=0.97$). La validez de contenido demuestra que el porcentaje de varianza explicado es de 40%.

DISCUSIÓN:

En cuanto a la fiabilidad, los resultados indican que la consistencia interna de la prueba es aceptable (α de Cronbach =0.93), comparable al resultado obtenido en la escala original (α de Cronbach =0.95)(1) y con otro estudio (α de Cronbach =0.95)(4). En este estudio la fiabilidad test-retest para 7-15 días es satisfactoria ($r=0.97$) y nos indica la estabilidad de las respuestas del paciente durante este tiempo. En relación con la validez de contenido demuestra que el porcentaje de varianza explicado, de acuerdo con el análisis factorial, por la versión bilingüe de la MARS (40%) se sitúa en torno a los valores ofrecidos por el estudio original (45%) (1).

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA:

La versión bilingüe de la MARS nos puede proporcionar información sobre el estado de recuperación de las personas con enfermedad mental, y así comprender mejor su proceso de recuperación y de esta forma poder hacer intervenciones específicas destinados a promoverla y mejorarla. Y por otro lado utilizarla como medida de resultado en estudios de intervención.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Drapalski AL, Medoff D, Unick GJ, Velligan DI, Dixon LB, Bellack AS. Assessing recovery of people with serious mental illness: development of a new scale. *Psychiatr Serv.* enero de 2012;63(1):48-53.
- (2) Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Rubiales AS. How is an instrument for measuring health to be validated?. *An Sist Sanit Navar.* 2011;34(1):63-72.
- (3) Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Pública de México.* 2013;55(1): 57-66.
- (4) Ahmed AO, Birgenheir D, Buckley PF, Mabe PA. A psychometric study of recovery among Certified Peer Specialists. *Psychiatry Res.* 2013;209(3):721-31.

AUTORES/AUTHORS:

Marta Lizarbe Chocarro, Francisco Guillén Grima, Inés Aguinaga Ontoso, Navidad Canga Armayor

TÍTULO/TITLE:

Validación del Cuestionario de Orientación a la Vida (OLQ-13) de Antonovsky en una muestra de estudiantes universitarios

OBJETIVOS

El sentido de coherencia interna (SOC) fue descrito por Aaron Antonovsky y se cuantifica a través del Cuestionario de Orientación a la Vida (OLQ-13) (1). Predice la salud percibida y objetiva, se relaciona fuerte y positivamente con comportamientos saludables, y se desarrolla principalmente en la juventud y en la época de estudiante (2, 3). Los universitarios son un grupo de jóvenes diana para aplicar medidas promotoras de salud en función de su nivel SOC (4).

El objetivo fue validar y estudiar las propiedades psicométricas del OLQ-13 en los estudiantes de la Universidad de Navarra, y conocer su evolución temporal

MÉTODO

Esta investigación forma parte de un estudio multicéntrico realizado en universidades españolas y alemanas para conocer el nivel de salud de los estudiantes de nuevo acceso y su evolución a lo largo de los años de estudio. Para ello se planteó un estudio observacional de con seguimiento de la muestra a los tres años.

La población del estudio fueron los 2.628 estudiantes matriculados en el primer curso de las titulaciones ofertadas en la Universidad de Navarra (campus de Pamplona). Se excluyeron de la muestra a los alumnos repetidores por el interés de conocer el SOC sólo en los alumnos de nuevo ingreso y no en aquellos que previamente ya habían vivido un año de estudios universitarios. Se calculó un tamaño muestral teórico de 474, obteniéndose finalmente 508 sujetos (33,5% fueron varones y el 65,9%, mujeres). En la cohorte de seguimiento, tres años más tarde, se recogieron 230 cuestionarios completos.

La recogida de datos se realizó a través de un cuestionario autoadministrado compuesto de variables descriptivas de muestra (edad, sexo o carrera elegida.), y de las siguientes escalas: Cuestionario de orientación a la vida (OLQ-13) como instrumento de medición del SOC, la Escala del Estrés Percibido, la Escala de Molestias Físicas y Psíquicas declaradas por el estudiante, y la Autovaloración del Estado de salud y del Cuidado de la salud. Todas estas escalas miden constructos que están relacionadas con el sentido de coherencia interna.

Cuestionario de Orientación a la Vida (OLQ-13) o Escala del SOC. Mide el sentido de coherencia interna, constructo relacionado con el afrontamiento de situaciones traumáticas y que se ha empleado como predictor de medidas de salud percibida y objetiva.

Virúes-Ortega et al (17) validó la escala de 13 ítems para la población anciana de más de 70 años, obteniendo una adecuada fiabilidad ($\alpha = 0,80$) (5).

Escala del Estrés Percibido (EEP). Fue definida por Cohen, Kamarck y Mermelstein (19) en 1983 y estima el grado en que las situaciones de la vida son valoradas como estresantes por las personas. Se utilizó la versión reducida de 4 ítems que sigue manteniendo un alto grado de fiabilidad y validez

Índice de Malestar. Diseñado ad hoc para evaluar las molestias físicas y psicológicas sufridas por el estudiante a lo largo del último año. Está compuesto por 17 ítems que interrogan por un lado la presencia de molestias físicas (temblor en las manos, taquicardias...), y por otro, la presencia de molestias psíquicas (miedo, ansiedad...).

Cuidado y Estado de la Salud. Se interrogó a los alumnos por el cuidado de la salud a través de la pregunta ¿En qué medida cuidas tu salud? pudiendo responder entre nada, poco, bastante y mucho. Además, se recogió la autopercepción que tenían de su estado de salud a través de la cuestión ¿Cómo estimas tu estado de salud?, con opciones de respuestas posibles malo, regular, bueno y

excelente.

Análisis estadístico. Se estudiaron las propiedades métricas de la escala SOC evaluando aspectos como la calidad de los datos y viabilidad (porcentaje de datos computables y ausentes por ítem, la diferencia entre media y mediana, el "efecto suelo" y "efecto techo"); asunciones escalares (medias y desviaciones estándar de cada ítem y dominio, así como las correlaciones ítem-total corregidas); coeficiente de Correlación Intraclase (ICC) para comparar la medición del SOC basal y la del seguimiento a los tres años; consistencia interna (alfa de Cronbach y fiabilidad de las dos mitades de Guttman); validez de criterio concomitante (correlación del SOC y la Escala del estrés percibido, escala de molestias físicas y psicológicas, y cuidado de la salud); validez clínica (sensibilidad y especificidad y cálculo del área bajo la curva; estructura factorial (análisis factorial exploratorio de componentes principales); análisis factorial confirmatorio del modelo resultante del análisis factorial exploratorio además de confeccionarse el diagrama de estructura factorial.

Los programas informáticos utilizados fueron el SPSS v. 19, y para el análisis factorial confirmatorio el AMOS v. 7.

RESULTADO

Porcentaje de datos computables del 99% con un intervalo de puntuaciones observadas que coincidió con el intervalo posible de niveles de repuesta de la escala. Tanto las distancias entre media y mediana, como el porcentaje atribuido a esas distancias de todos los ítems fueron inferiores a los límites establecidos. El efecto suelo (0,2 – 9,3%) no está presente en ningún ítem, y el efecto techo puede observarse en los ítems 13, 1, 10, 12, 4 y 3 (44,9 – 22%) con un mayor peso en el sexo femenino que en el masculino. Se observó homogeneidad en las medias y desviaciones estándar de todos los ítems (intervalos entre 4 y 5,8 para las medias y de 1,3 y 1,8 para las desviaciones estándar). Además, las correlaciones ítem-total corregidas se encontraron dentro del intervalo de calidad de 0,3-0,6. La puntuación total de la escala SOC fue de 65,5 (dt=11) con valores similares para varones y mujeres. Tras la repetición de la encuesta a los 3 años, se obtuvo una submuestra de 230 alumnos, lo que supone el 42,2% de la muestra total (el 27,8% fueron varones y el 71,3%, mujeres). La puntuación del SOC fue de 65,75 (dt=12,8), 64,45 (dt=12,3) en los varones y 66,16 (dt=13,2) en las mujeres. El ICC fue de 0,611 (IC 95%= 0,406-0,757). El α de Cronbach proporcionó un valor total para la escala de 0,814 (IC 95%= 0,789 – 0,837). La fiabilidad de las dos mitades de Guttman fue 0,786. En ambas medidas de fiabilidad, los valores obtenidos en las mujeres fueron superiores al de los varones. El estudio de la validez concurrente de la escala SOC con la Escala del Estrés Percibido y el Índice de malestar, presentó correlaciones significativas cuya magnitud fue de -0,599 y -0,414 respectivamente. Como se esperaba, la relación de la escala SOC con el cuidado de la salud y con la autopercepción de la salud muestra relaciones muy significativas, obteniendo una diferencia de más de 5 puntos en el SOC total entre los individuos que declaran que cuidan su salud y los que no, y los que tienen una autopercepción de la salud buena de los que la tienen mala (U de Mann Whitney, $p < 0,001$) (Tabla 2). El cálculo estadístico de la validez clínica a través de los 116 casos (13 varones y 99 mujeres) diagnosticados como enfermos en el Índice de malestar (aquellos ubicados en el cuarto cuartil) produjo un área bajo la curva de 0,753 (IC 95% = 0,7– 0,805), y en el punto de corte de 61,5 puntos en la escala SOC total, la sensibilidad fue del 64,7% y la especificidad del 22% (imagen 1).

El análisis factorial exploratorio proporcionó 3 factores que cumplían de requisito de tener un autovalor mayor que 1, explicando el 50,73% de la varianza total. El estadístico de Kaiser-Meyer-Olkin fue superior a 0,5 (KMO = 0,841) y la prueba de esfericidad de Bartlett resultó significativa ($\chi^2 = 149,58$; $p < 0,001$), por lo que los datos de que se disponían eran adecuados para realizar el citado análisis. El factor uno explicaba el 31,54% de la varianza total, el factor dos el 10,86%, y el factor número tres el 8,31 %. Tras la solución rotada equamax (tabla 3) se puede asumir una estructura de tres factores de la escala SOC. Para la confirmación del análisis de componentes principales se realizó un modelo de ecuaciones estructurales con el programa AMOS v.7. Los indicadores de ajuste del modelo refuerzan la idea de una estructura de tres factores, aunque no se correspondan con los originales del autor.

DISCUSIÓN

Se observa una adecuada aceptabilidad de los datos recogidos, con un elevado índice de respuesta, unos valores observados dentro de los límites establecidos y unas correlaciones ítem-total corregidas moderadas para todos los ítems. Dado que el formato de respuesta de los ítems de la escala SOC (likert de 1 a 7) define a la variable como ordinal, la forma de la distribución es claramente asimétrica, lo que obliga a la aplicación de pruebas no paramétricas y la obtención de resultados menos robustos.

Destacar que el elevado efecto techo es superior en el sexo femenino y que se encuentra en ítems en los que se pregunta por sensaciones o percepciones personales, relacionadas con la esfera emocional de la persona. En estudios previos no se ha encontrado un efecto techo tan elevado (5). Dicho efecto repercute sobre la capacidad discriminativa de las preguntas porque disminuye la sensibilidad al cambio, pero no invalida los resultados.

La estabilidad temporal del SOC se ha discutido. Aunque Antonovsky defendía que el SOC se desarrollaba durante las primeras décadas de la vida permaneciendo estable para el resto del curso vital, investigaciones longitudinales posteriores (6, 7) han mostrado cambios del SOC a lo largo de toda la vida. Nuestro estudio presenta una correlación positiva entre la edad y la escala SOC total, ya que tres años después de haber realizado la primera determinación de la escala SOC, se ha cuantificado un aumento de 0,32 puntos. Sin embargo, analizando por sexo este aumento no resulta claro ya que se ha observado un incremento en las mujeres y un decremento en los varones.

El análisis factorial de componentes principales muestra criterios de calidad adecuados para su aplicación. Así, muestra una explicación del 50,73% de la varianza total a través de tres factores principales, mostrando que cada conjunto de preguntas de cada uno de los tres factores midió internamente un mismo concepto. Cabe resaltar las elevadas correlaciones de los ítems-factor, casi todas superiores a 0,5, lo que indica un peso sólido tras la solución rotada. Una aportación importante de la presente investigación es la confirmación de que, la estructura de la escala constata que el SOC es un constructo multidimensional; lo que contrasta con la teoría de Antonovsky que lo considera unidimensional.

Tras haber evaluado e interpretado las puntuaciones de la escala SOC, en la población de estudiantes de primer curso de la Universidad de Navarra, se puede concluir que su uso es adecuado y su aplicación correcta para esa población. Nos encontramos con un instrumento que presenta unos resultados psicométricos aceptables, con unos índices de respuesta adecuados, que cuenta con una buena consistencia interna, con una validez predictiva y concurrente aceptable, y cuyo análisis factorial confirmatorio demuestra ser convergente con Antonovsky.

Como conclusión y siguiendo las directrices de la Organización Mundial de la Salud que pone énfasis en llevar a cabo investigaciones basadas en instrumentos validados y estandarizados para medir el nivel de salud, permite proponer a la Escala de Orientación a la Vida (OLQ-13) como una herramienta de referencia y de fácil aplicación para diseñar e implementar intervenciones promotoras de salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int* 1996; 11 (1): 11-18.
2. Speirs KE, Hayers JT, MUSAAD S, VanBrackle A, Sigman-Grant M. Is family sense of coherence a protective factor against the obesogenic environment?. *Appetite* 2016; 99: 268-76.
3. Anmyr L, Olsson M, Freijð A, Larsson K. Sense of coherence, social networks, and mental health among children with a cochlear implant. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2015; 79 (4): 610-615.
4. Davison OB, Feldman DB, Margalit M. A focused intervention for 1st-Year college students: promoting hope, sense of coherence, and self-Efficacy. *J Psychol* 2012; 146(3): 333-352.

5. Virués-Ortega J, Martínez-Martín P, del Barrio JL, Lozano LM. Validación transcultural de la Escala del Sentido de Coherencia (OLQ-13) de Antonovsky en ancianos mayores de 70 años. *Med Clin* 2007; 128 (13): 486-492.
6. Ding Y, Bao LP, Xu H, Hu Y, Hallberg IR. Psychometric properties of the Chinese version of Sense of Coherence Scale in women with cervical cancer. *Psychooncology* 2012; 21: 1205-1215.
7. Felt T, Lintula H, Suominen S, Koskenvuo M, Vantera J, Kivimäki M. Structural validity and temporal stability of the 13-item sense of coherence scale: prospective evidence from the population-based HsSSup study. *Qual Life Res* 2006; 16, 483-493.

AUTORES/AUTHORS:

Agueda Cervera-Gasch, Victor Gonzalez-Chorda, Loreto Macia-Soler, Pablo Salas-Medina, Desiree Mena-Tudela, Andrea Fernandez-Marmaneu, Blanca Torres-Manrique, Carmen Barberá-Ortega, Alicia Torres-Gonzalez

TÍTULO/TITLE:

Validación de un cuestionario para medir la implicación de las enfermeras clínicas en la formación de futuros enfermeros

Objetivos: Construir y validar una herramienta que permita analizar la implicación de las enfermeras clínicas en la formación práctica de estudiantes de grado en enfermería.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, transversal para desarrollar y determinar las propiedades psicométricas de la herramienta. El procedimiento siguió las siguientes fases:

(1) Revisión de la literatura en diferentes bases de datos nacionales e internacionales para redactar una batería de ítems. La revisión de la literatura se realizó de los últimos 5 años, y se llevó a cabo combinando los descriptores 'Survey', 'Mentor', 'Preceptor', 'Clinical learning', 'Clinical training' y 'Nursing'. Se consultaron las bases de datos PubMed, CINAHL Scielo y ERIC y se recuperaron todos los artículos de interés en inglés y español. La revisión de la literatura fundamentó la primera versión del cuestionario elaborada por el equipo de investigación, con 43 ítems organizados en 4 dimensiones (Implicación, Motivación, Satisfacción y Obstáculos).

(2) A continuación se calculó el Índice de validez de contenido (IVC) con la participación de un panel de 5 expertos en el área de conocimiento a los que se les envió por correo electrónico la versión inicial del cuestionario, para que valoraran la idoneidad de los ítems evaluando mediante una escala Likert de 1 al 4 en sentido ascendente (1= Nada adecuado; 2= Poco adecuado; 3= Adecuado; 4= Muy adecuado). Los expertos fueron invitados a participar en el estudio por correo electrónico. Tras aceptar, recibieron una carta de presentación en la que se les explicaba los antecedentes, objetivos y metodología de la investigación. Al mismo tiempo se les envió un consentimiento informado para participar en el estudio. Los expertos valoraron la adecuación de cada ítem del cuestionario, revisaron la redacción de los ítems y plantearon nuevos ítems en un espacio abierto donde podían expresar su opinión general sobre el cuestionario. Los expertos dispusieron de 1 semana para completar la valoración.

(3) Seguidamente, con las modificaciones propuestas por el panel de expertos, se realizó una prueba piloto y pretest cognitivo para detectar posibles problemas de comprensión, respuesta de los ítems y comprensión en general. Se realizó con un grupo de 30 enfermeras clínicas procedentes de la población objeto de estudio. Se solicitó el consentimiento informado y cumplimentaron el cuestionario. Al finalizar la cumplimentación, el investigador preguntó por posibles problemas de comprensión de los ítems, categorías de respuesta, codificación y funcionamiento de las dimensiones. También se valoró el aspecto formal y el tiempo de cumplimentación. La estabilidad temporal se estudió mediante el coeficiente de correlación intraclase (CCI) con una nueva entrega del cuestionario tres semanas después. Al mismo tiempo se realizó un primer análisis de la consistencia interna.

(4) La validez de constructo se estudió con un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación varimax en una muestra de 249 profesionales de enfermería que tutorizaban estudiantes de enfermería, previamente se confirmó la conveniencia del análisis factorial con la prueba de esfericidad de Barlett y el test Kaiser-Meyer-Olkin (test KMO aceptable ≥ 0.7). Se consideró necesaria una muestra mínima de 5 sujetos por ítem del cuestionario en el estudio de validez, de acuerdo con la metodología propuesta por Nunally y Bernstein. Los cuestionarios en los que no se respondió al menos al 50% de los ítems fueron excluidos. Se incluyeron los profesionales de centros de salud y hospitales de diferentes provincias españolas mediante un muestreo por conveniencia. Esta versión del cuestionario se introdujo en soporte electrónico en la plataforma Google Docs, y la recogida de datos se realizó mediante el envío de correos electrónicos a enfermeras de diferentes provincias españolas que trabajaban en atención primaria, especializada o sociosanitaria. Para la distribución del cuestionario se contó con la colaboración del equipo investigador y de profesores de enfermería de diferentes universidades españolas. Los correos electrónicos incluían una carta de presentación con

los objetivos y metodología del estudio y el enlace al cuestionario. En el correo se informó de que se trataba de un cuestionario anónimo y su respuesta era voluntaria. Para finalizar el proceso de validación, de nuevo se estudió la consistencia interna se estudió con el coeficiente Alfa de Cronbach.

Resultados: Después de realizar la búsqueda en la literatura científica y tras la respuesta del panel de expertos y la sucesiva evaluación del ICV, se realizaron las adaptaciones de los ítems y el equipo de investigación construyó la primera versión del cuestionario. Esta primera versión estaba formada por 4 dimensiones: Implicación (15 ítems), Motivación (11 ítems), Satisfacción (11 ítems) y Obstáculos (6 ítems). Los ítems que estaban considerados por debajo de 0,80 del IVC fueron eliminados. A continuación, a través de la prueba piloto y el pretest cognitivo se eliminó un ítem, ya que no fue bien aceptado por los profesionales que trabajaban en atención primaria. El pretest cognitivo también permitió estimar el tiempo cumplimentación del cuestionario en 10-12 minutos. Posteriormente, se realizó un análisis factorial exploratorio en el que se observó la existencia de 5 factores, donde se explicó el 55,4% de la varianza total explicada; el primer factor, explicaba el 15,08% de la varianza total acumulada y se correspondía con la dimensión Implicación, compuesta por 8 ítems. El segundo factor explicó el 11,39% de la varianza (26,47% de la varianza acumulada) y se correspondió con la dimensión Motivación, con 6 ítems. El tercer factor se correspondió con la dimensión Satisfacción, con 8 ítems, y explicó el 10,77% de la varianza (37,24% de la varianza acumulada). El cuarto explicó el 10,41% de la varianza (47,65% de la varianza acumulada) y se correspondió con la dimensión Obstáculos, compuesta por 6 ítems. El quinto factor se denominó Compromiso y estaba compuesto por 5 ítems. Esta nueva dimensión explicó el 7,75% de la varianza (55,4% de la varianza acumulada). La versión definitiva del cuestionario (33 ítems distribuidos en 5 dimensiones) mostró una adecuada consistencia interna con un valor de $\alpha=0.837$. Los valores de las dimensiones del cuestionario fueron Implicación $\alpha=0.875$, Motivación $\alpha=0.824$, Satisfacción $\alpha=0.811$, Obstáculos $\alpha=0.811$ y Compromiso $\alpha=0.713$. El cuestionario siguió mostrando una adecuada estabilidad temporal, con un CCI global de 0,852, lo que mostro unos elevada validez del cuestionario. Por tanto, se ha obtenido un cuestionario compuesto por un total de 5 dimensiones y 33 ítems denominado IMSOC, haciendo referencia a sus dimensiones (Implicación, Motivación, Satisfacción, Obstáculos y Compromiso), con unas propiedades psicométricas adecuadas.

Discusión: El 50% del aprendizaje en la titulación de enfermería es en el ámbito clínico y las enfermeras clínicas que tutorizan estudiantes son una pieza clave en la adquisición de competencias. Es importante conocer su nivel de implicación en la formación y los factores que pueden influir en él (1). En el presente estudio se realiza el diseño y validación de un cuestionario para evaluar el nivel de implicación de las enfermeras en la tutela de estudiantes.

Algunos ítems concretos, obtuvieron cargas factoriales en sus respectivas dimensiones consideradas insuficiente por otros autores (2), aunque el equipo de investigación decidió mantenerlos por su relevancia práctica frente a la relevancia estadística ya que aportaban información importante para la organización de las prácticas clínicas (3), además los resultados de consistencia interna de la versión definitiva fueron adecuados.

Es necesario conocer que factores influyen en obtener unos niveles de implicación mayor en la tutorización de estudiantes, ya que diversos autores afirman que La falta de tiempo o la sobrecarga laboral pueden limitar la disponibilidad de las enfermeras para desarrollar la función tutorial (3) (4). Además las carencias en metodología docente de los tutores de prácticas, falta de conocimiento del programa educativo, ausencia de unos criterios claros de evaluación (5) (6) (o una comunicación inadecuada entre profesores y tutores (1) son obstáculos que dificultan la función tutorial y repercuten en la evaluación de los estudiantes durante las prácticas clínicas (7,8) por tanto, hay que conocer estas limitaciones.

Implicaciones para la práctica: La validación de herramientas es un proceso continuo y dinámico. Es recomendable avanzar en el proceso de validación del cuestionario IMSOC aplicándolo en muestras más amplias de enfermeras que permitan reforzar sus propiedades psicométricas, por ejemplo a través de un análisis factorial confirmatorio. Se considera pertinente seguir investigando sobre los factores que pueden afectar al nivel de implicación de las enfermeras en la tutela de estudiantes. Además parece conveniente estudiar las posibles diferencias entre niveles asistenciales o diferentes servicios hospitalarios. La Directiva Comunitaria

2013/55/UE especifica que el aprendizaje clínico en entornos reales supone, al menos, el 50% de la duración de los planes de estudios. El aprendizaje clínico es un componente fundamental de la formación en enfermería y las enfermeras clínicas tienen un papel importante en la adquisición de competencias durante las prácticas clínicas de los estudiantes de enfermería, por lo que investigar qué factores influyen en mantener a estos profesionales más implicados, requiere de una exhaustiva investigación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Maciá-Soler ML, Chordá G, Manuel V, Salas Medina P, Mena Tudela D, Cervera Gasch Á, et al. Level of involvement of clinical nurses in the evaluation of competence of nursing students. *Investig Educ En Enferm.*;32(3):461-70.
2. Ruzafa-Martinez M, Lopez-Iborra L, Moreno-Casbas T, Madrigal-Torres M. Development and validation of the competence in evidence based practice questionnaire (EBP-COQ) among nursing students. *BMC Med Educ.* 2013;13:19.
3. Skela-Savic B, Kiger A. Self-assessment of clinical nurse mentors as dimensions of professional development and the capability of developing ethical values at nursing students: A correlational research study. *Nurse Educ Today.* octubre de 2015;35(10):1044-51.
4. Jokelainen M, Turunen H, Tossavainen K, Jamookeeah D, Coco K. A systematic review of mentoring nursing students in clinical placements. *J Clin Nurs.* octubre de 2011;20(19-20):2854-67.
5. Jokelainen M, Jamookeeah D, Tossavainen K, Turunen H. Finnish and British mentors' conceptions of facilitating nursing students' placement learning and professional development. *Nurse Educ Pract.* enero de 2013;13(1):61-7.
6. Wilson-Barnett J, Butterworth T, White E, Twinn S, Davies S, Riley L. Clinical support and the Project 2000 nursing student: factors influencing this process. *J Adv Nurs.* junio de 1995;21(6):1152-8.
7. Heaslip V, Scammell JME. Failing underperforming students: the role of grading in practice assessment. *Nurse Educ Pract.* marzo de 2012;12(2):95-100.
8. McEvoy L, Duffy A. Holistic practice--a concept analysis. *Nurse Educ Pract.* noviembre de 2008;8(6):412-9.

AUTORES/AUTHORS:

Esperanza Zuriguel Pérez, Teresa Lluch Canut, Anna Falcó Pegueroles, M^a Carmen Gómez Martín, Sandra Agustino Rodríguez, Juan Francisco Roldán Merino

TÍTULO/TITLE:

Diseño y validez de contenido de un instrumento de evaluación del pensamiento crítico en la práctica enfermera

Introducción:

La capacidad del profesional de enfermería para poder gestionar eficazmente la gran cantidad de información y datos que recibe depende, en gran parte, del desarrollo de habilidades de pensamiento crítico. El pensamiento crítico ha sido identificado como un elemento esencial en la práctica clínica, sin embargo, no hay constancia de que se revise rutinariamente una evaluación de esa competencia. A nivel teórico, una de las autoras que ha realizado una mayor aportación al tema es Alfaro-LeFevre. Esta autora planteó un modelo circular de pensamiento crítico de cuatro componentes. Este modelo teórico, sin embargo, no ha sido operativizado.

Objetivo: Analizar la validez de contenido de un cuestionario de evaluación del pensamiento crítico en la práctica enfermera.

Métodos: Se diseñó un estudio de validación de instrumentos.

La creación del instrumento partió del marco conceptual de Alfaro-LeFevre, 4-Circle CT Model® (Alfaro-LeFevre, 2012, 2016), que define el constructo de pensamiento crítico a partir de cuatro dimensiones: características personales; conocimientos y competencias y habilidades intelectuales; competencias y habilidades interpersonales y de autogestión, y competencias y habilidades técnicas. Además en este modelo se describen una serie de Indicadores de Pensamiento Crítico (IPC) o descripciones de comportamientos que demuestran las características, los conocimientos y las habilidades que promueven el pensamiento crítico en la práctica clínica. Los ítems fueron generados con base a los indicadores de pensamiento crítico descritos en el 4-Circle CT Model y de una exhaustiva revisión de la literatura sobre pensamiento crítico (Zuriguel Pérez, et al., 2015), aspectos competenciales y aspectos éticos de la profesión enfermera (International Council of Nurses, 2012). Los ítems fueron redactados siguiendo los criterios de uniformidad en la expresión recomendados por los expertos (Hinkin, 1998). El instrumento creado estuvo compuesto inicialmente por 112 ítems, estructurados en las 4 dimensiones del modelo teórico: personal (35 ítems), intelectual y cognitiva (50 ítems), interpersonal y de autogestión (21 ítems) y técnica (6 ítems). El instrumento se sometió a la validez de contenido.

La determinación de la validez de contenido se realizó según la metodología propuesta por Lynn (1986) y Polit et al., (2007). La validez de contenido es la primera evidencia a favor de la validez de una prueba (Nunnally & Bernstein, 1994). Se define como el grado en que una muestra de ítems, en conjunto, constituye una adecuada definición operacional de un constructo (Olson, 2010; Polit & Beck, 2014).

Se analizó el índice de validez de contenido (CVI) indicador basado en la valoración realizada por evaluadores expertos acerca de la relevancia y pertinencia, midiendo su calidad global (S-CVI) y por ítem (I-CVI). La selección de expertos se realizó según criterios de idoneidad, heterogeneidad, conocimiento sobre pensamiento crítico enfermero y experiencia en la creación de instrumentos (Leape, 1992). Los miembros valoraron cada ítem en una escala tipo Likert desde 1 (no relevante/no pertinente) a 4 (muy relevante/muy pertinente). También se le pidió dar sugerencias sobre cómo mejorar los ítems.

Una vez obtenidas las valoraciones se realizó un análisis estadístico descriptivo y se calcularon los índices del CVI: número de acuerdos, los I-CVI (validez aceptable ≥ 0.78) y el S-CVI (validez aceptable > 0.80). Se consideraron ítems potencialmente problemáticos (IPP) aquellos que no obtuvieran valores aceptables. Se utilizó el programa Excel 2007 para recoger todas las valoraciones y posteriormente realizar el análisis.

Resultados: Formaron parte del panel 5 expertos. La puntuación del S-CVI fue de 0.85 para la relevancia y 0.81 para la pertinencia. Los resultados del I-CVI mostraron que un 83% (n=93) para la relevancia y un 80'3% (n=90) para la pertinencia de los ítems, obtuvieron valores aceptables. La dimensión personal fue la que presentó mayor número de IPP y la interpersonal la que menos. De acuerdo con los resultados obtenidos se procedió a revisar los IPP. Tras esta revisión, se reformularon 8 ítems, se eliminaron 14 ítems y se modificó el redactado de 12 ítems. El instrumento, denominado Cuestionario de Evaluación del Pensamiento Crítico en la Práctica Enfermera (CuPCPE) quedó compuesto por 109 ítems.

Conclusiones: El CuPCPE, instrumento diseñado para explorar el constructo pensamiento crítico en enfermeras en la práctica clínica, mostró buena validez de contenido lo que orienta a que todos los ítems son apropiados en términos del constructo y miden adecuadamente las dimensiones. Esta versión inicial después será sometida a un estudio descriptivo para evaluar el resto de propiedades psicométricas.

Discusión: El CuPCPE mide el pensamiento crítico, a partir de un modelo teórico suficientemente completo para abordar el constructo de forma eficaz. Por otra parte, la mayoría de instrumentos miden las habilidades de pensamiento crítico en la formación de profesionales, mientras que el CuPCPE, está orientado a la práctica clínica enfermera. Aumentar la competencia de pensamiento crítico es fundamental para el desarrollo de una práctica clínica avanzada.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Alfaro-LeFevre. (2016). *Critical Thinking, Clinical Reasoning, and Clinical Judgment: A Practical Approach* (6th ed.). Philadelphia: Saunders/Elsevier.
- Hinkin, T. R. (1998). A brief tutorial on the development of measures for use in survey questionnaires. *Organizational Research Methods*, 1(1), 104–121.
- International Council of Nurses. (2012). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneva: Author.
- Leape, L. L., Park, R. E., Kahan, J. P., & Brook, R. H. (1992). Group judgments of appropriateness: the effect of panel composition. *Quality Assurance in Health Care: The Official Journal of the International Society for Quality Assurance in Health Care / ISQA*, 4(2), 151-159.
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6), 382-385.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory* (3rd edition). New York: McGraw-Hill.
- Olson, K. (2010). An examination of questionnaire evaluation by expert reviewers. *Field Methods*, 22(4), 295-318.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 30(4), 459-467. doi: 10.1002/nur.20199.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice* (8th ed). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott/Williams & Wilkins Health.
- Zuriguél Pérez, E., Lluch Canut, M. T., Falcó Pegueroles, A., Puig Llobet, M., Moreno Arroyo, C., & Roldán Merino, J. (2015). Critical thinking in nursing: Scoping review of the literature. *International Journal of Nursing Practice*, 21(6), 820-830. doi.org/10.1111/ijn.12347

AUTORES/AUTHORS:

Adriana Moreno Martinez, Maria Jose Montalvo Lopez, Jaime Tejeda Melero

TÍTULO/TITLE:

INFLUENCIA DE TACs EN LOS RESULTADOS DEL PARTO: META-ANALISIS

1. OBJETIVOS:

El dolor durante el parto no tiene beneficios, puede incluso tener efectos negativos físicos y psicológicos. Puede ocasionar una mala perfusión placentaria al aumentar el consumo de oxígeno, el gasto cardiaco, la presión arterial y la secreción de catecolaminas responsables de la hipoxia y acidosis fetal.¹

La analgesia epidural es el método analgésico más eficaz para el alivio del dolor.² Sin embargo, puede interferir de forma negativa en la segunda etapa del parto, debilita las contracciones uterinas debido a la menor liberación de oxitocina e induce la relajación de los músculos del suelo pélvico retrasando la flexión y rotación de la cabeza fetal en su descenso. Todo esto, aumenta la necesidad de instrumentación de los partos.³

Estos efectos adversos han sido los causantes de que las mujeres busquen alternativas no farmacológicas para el alivio del dolor durante el parto.

El National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) de los EEUU de América, define la medicina complementaria y alternativa como un conjunto de sistemas, prácticas y productos médicos y de atención de la salud que no se considera actualmente parte de la medicina convencional. Además considera como medicina complementaria la que se utiliza conjuntamente con la medicina convencional, mientras que la medicina alternativa es la que se emplea en lugar de la medicina convencional. ⁴

En la actualidad, las terapias alternativas y complementarias (TACs) cada vez son más demandadas dentro campo de la obstetricia. Hastings-Tolsma et al informaron en su estudio descriptivo de una prevalencia de utilización de las TAC que oscila entre el 36,8 y 87% en las mujeres embarazadas.⁵

Sin embargo, los estudios realizados hasta ahora no han podido recomendar con rotundidad estas terapias.

En el presente estudio, hemos elegido las TACs que consideramos más accesibles dentro del campo de la Obstetricia en nuestro entorno:

- El método de estimulación transcutánea (TENS) es una técnica no invasiva, que se basa en enviar desde la piel una estimulación nerviosa repetida para inhibir la transmisión de impulsos del dolor.
- El masaje pretende ayudar a las mujeres a relajarse y alivia el dolor de las contracciones reduciendo los niveles de cortisol, norepinefrina y aumentando los de serotonina, endorfinas y mejorando la oxigenación a nivel tisular.
- La acupuntura es una técnica de la medicina tradicional china, que estimula puntos anatómicos introduciendo agujas metálicas y manipulándolas con las manos para restablecer el flujo de energía vital y así aliviar el dolor y mejorar el bienestar.
- La acupresión es una técnica de la medicina tradicional china, que consiste en ejercer una presión en diferentes puntos anatómicos del cuerpo para conseguir un balance de las energías de éste.

El objetivo principal del estudio es el de demostrar la eficacia de diferentes TACs en el alivio del dolor durante el parto. Los objetivos

secundarios fueron conocer como afectan las TACs en:

- duración del parto.
- necesidad de oxitocina exógena
- tasa de cesáreas
- puntuación en el Test de Apgar
- peso del neonato

2. METODOS:

Este meta-análisis fue realizado siguiendo los criterios de la declaración PRISMA.6

Los estudios incluidos fueron identificados en 4 bases de datos:

- Cochrane Library Plus
- MEDLINE
- Google Scholar
- Web of Science

La estrategia de búsqueda utilizada fue: (acupressure OR massage OR acupuncture OR acupuncture analgesia OR transcutaneous nerve stimulation) AND (Apgar score OR birth weight) AND (delivery, obstetric OR labor, obstetric OR labor pain).

Se aplicaron restricciones idiomáticas y temporales. Los revisores no fueron cegados a los autores, a las instituciones, ni a las revistas de las que procedían los artículos. Las publicaciones duplicadas fueron rechazadas.

Los criterios de inclusión del meta-análisis fueron:

- i) Población: mujeres de parto
- ii) ECAs
- iii) Tipo de intervención: acupresión, masaje, acupuntura y TENS
- iv) Variables resultados: alivio del dolor, frecuencia de cesáreas, duración del parto, uso de oxitocina, puntuación del test de Apgar a 1 y 5 minutos de vida y peso del neonato al nacimiento.

Los criterios de exclusión fueron:

- i) Madres de RN con malformaciones descubiertas por medio de ecografía antes del nacimiento
- ii) Mujeres con patologías graves tales como cardíacas, cáncer, diabetes etc.

El análisis de la calidad de los estudios incluidos se realizó a través de la Escala de Jadad.⁷ Esta escala incluye cinco ítems cuya respuesta puede ser "sí" o "no" dependiendo de si se cumplen o no los criterios de calidad en las siguientes áreas: aleatorización, descripción del método de aleatorización, realización de doble ciego, descripción del método de doble ciego, descripción de la adherencia y las pérdidas que tuvo el ECA. Así, se obtiene una puntuación entre 0-5 (0 corresponde a calidad muy baja y 5 calidad muy alta).

El Riesgo Relativo (RR) y sus Intervalos de Confianza (IC) al 95% fueron calculados para el uso de oxitocina y en la tasa de cesáreas. La diferencia ponderada de medias (DPM) y sus IC al 95% fueron calculados para las variables dolor, duración del parto, Test de Apgar y peso del neonato.

Se seleccionó un modelo de efectos fijos (inverso de la varianza) para resumir el RR y DPM. La heterogeneidad fue evaluada

mediante el estadístico Q de Cochrane y el porcentaje de la variación total de los estudios debido a la heterogeneidad se determinó usando I².

El análisis de sensibilidad se realizó apartando cada estudio del modelo, realizándose el mismo sin el estudio. Para analizar el sesgo de publicación se utilizó el test de Egger.

3. RESULTADOS:

La estrategia de búsqueda utilizada recuperó 13706 referencias. De éstas, 13600 fueron excluidas en base al título y a duplicación, obteniéndose como resultado 106 referencias potencialmente relevantes.

Posteriormente, 69 fueron excluidas tras la revisión de los abstracts. Se evaluaron por tanto 37 artículos completos, de los cuales 14 fueron excluidos por no cumplir criterios de inclusión. Finalmente, el meta-análisis incluyó 23 ECAs.

La muestra del estudio fue de 2718 mujeres. El GI estaba formado por 1452 mujeres, y el GC por 1266.

Las TACs incluidas fueron: TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation), acupuntura, acupresión y masaje.

En el análisis de la calidad, 9 ECAs alcanzaron una puntuación de 5 en la escala de Jadad. 10 ECAs obtuvieron una puntuación de 4. 1 estudio fue valorado con 2 puntos y 3 con 1 punto.

Se observó significación estadística respecto a la reducción del dolor en el grupo que utilizó TENS, acupuntura y acupresión (DPM: -0.80, -0.47, -1.18); menor necesidad de administración de oxitocina cuando se aplica TENS y acupuntura (RR: 0.74; 0.81); en cuanto a la duración de la fase activa del parto, observamos una reducción estadísticamente significativa del mismo cuando se utilizan las TACs (DPM: -0.43, 68.01, -49.21, 56.23).

No observamos relación estadística entre las variables porcentaje de cesáreas, puntuación en el Test de Apgar y peso del RN con el uso de TACs.

4. DISCUSION:

La principal fortaleza de nuestro estudio se debe a la inclusión en el mismo de un gran número de ECAs, con una amplia muestra. Un 82.6% de los mismos obtuvieron alta calidad en la metodología según la escala de Jadad.

Sin embargo, nuestro meta-análisis también adolece de ciertas limitaciones. La primera se debe a que no se empleó el método de doble ciego en el proceso de extracción de datos. La segunda, se debe al hecho de que las mujeres participantes en los estudios fuesen incluidas voluntariamente en los mismos. La tercera, debida a que, las mujeres no estuvieron cegadas a la intervención. La cuarta, a que ninguno de los ECAs informan de eventos adversos durante los mismos. La quinta debido a que 7 estudios de los 23 en total no informaron de la adherencia de las mujeres que formaron los GI ni de las pérdidas que tuvieron durante el seguimiento. Los estudios que informaron de la adherencia obtienen una tasa que oscila entre el 72-100%. La sexta y última limitación, es que el número de estudios seleccionados para el análisis de los resultados es limitado para cada una de las técnicas estudiadas.

En la revisión más reciente publicada en la Cochrane Library Collaboration⁸ acerca del manejo del dolor en el parto se encuentra evidencia respecto a la disminución del dolor de parto mediante el uso de las técnicas de acupuntura y acupresión. Sin embargo, no encuentra evidencia suficiente para realizar un juicio sobre el uso de TENS como un método analgésico eficaz. Este hecho, puede deberse a que se incluyeron ECAs con diferencias en la metodología ya que comparaban TENS con placebo o con diferentes tipos de TENS. Estas comparaciones, al ser indirectas pueden ser consideradas inapropiadas debido a factores contextuales que

distorsionan los datos estadísticos. En nuestro meta-análisis la mayor parte de los estudios seleccionados comparan la intervención (aplicación de la TAC) con un grupo control.

Por otro lado, en cuanto a la duración de la fase activa del parto, observamos una reducción estadísticamente significativa del mismo cuando se utilizan las TAC (DPM: -0.43, 68.01, -49.21, 56.23). La prolongación de la duración del parto puede ser un factor negativo para el bienestar fetal y la vía final del parto; así pues, varios estudios afirman que la duración del parto y el nivel de ansiedad de la parturienta son factores íntimamente ligados, tanto es así, que cuando la ansiedad y el dolor se incrementan, la tolerancia y el control disminuyen. Este hecho podría afectar negativamente al pujo activo y aumentar la duración de la segunda etapa del parto. También se ha relacionado con la actividad uterina descontrolada y prolongar todavía más el mismo⁹. Smith et al¹⁰ informan en su revisión sobre la eficacia de la acupuntura en el manejo del parto, afirma que hubo un aumento estadísticamente significativo en la duración del parto en el grupo intervención ($P=0.0076$). Este hecho puede estar relacionado con una amplia variación en duración, frecuencia y selección de puntos dentro de los estudios incluidos.

En relación a la necesidad de administración de oxitocina durante el parto, en nuestro meta-análisis se observa un menor riesgo en la necesidad de administración de oxitocina en el GI cuando se aplica TENS y acupuntura (RR: 0.74; 0.81). La utilización de oxitocina como fármaco en obstetricia es conocida como la principal indicación para la inducción del proceso de parto, aunque puede ser utilizada también para mejorar la contractibilidad uterina. Los efectos adversos de la oxitocina pueden variar desde la anafilaxia, arritmias cardíacas maternas hasta la hipertensión, contracción tetánica así como la rotura uterina. En las últimas revisiones publicadas en la Cochrane Library Collection acerca de la eficacia de las TAC en el parto no se observa una diferencia estadísticamente significativa entre el uso de TAC y la reducción en la administración de oxitocina durante el parto.^{8,10}

5. CONCLUSION:

Por todo lo anteriormente expuesto, recomendamos que las TAC sean ofrecidas como una terapia eficaz para el alivio del dolor del parto, teniendo en cuenta la carencia de efectos negativos en el recién nacido y la gran aceptación por parte de las mujeres de estas terapias actualmente en la globalidad de la sociedad.

Sin embargo, de cara a la práctica clínica, debemos ser cautos debido a la falta actual de profesionales sanitarios entrenados y concienciados en el manejo de las TAC, por lo que recomendamos previamente su inclusión en la formación especializada de enfermería obstétrico-ginecológica, así como en el resto de profesionales que participan en el proceso de parto, embarazo y puerperio.

Este estudio no posee conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Cheek TG, Gussche B, Gaiser RB. The pain in childbirth and its effect on the mother and fetus. En: Chestnut DH, editor. *Obstetric anaesthesia: principles and practice*. 2nd ed. St. Luis: Mosby-Year book; 1999; 320-35.
2. Goetzl LM. ACOG Practice Bulletin no. 36: clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists: obstetric analgesia and anesthesia. *Obstet Gynecol* 2002; 100: 177-91.
3. Goodfellow CF, Hull MG, Swaab DF, Dogterom J, Buijs RM. Oxytocin deficiency at delivery with epidural analgesia. *Br J Obstet Gynaecol* 1983; 90: 214-9.

4. National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's in a Name? U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health: Bethesda, MD, USA. 2008 [acceso febrero de 2015]. Disponible en: <https://nccih.nih.gov/health/whatiscam>
5. Hastings-Tolsma M, Terada M. Complementary medicine use by nurse midwives in the U.S. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2009; 15(4): 212-9.
6. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JP, et al. The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *Ann Intern Med.* 2009; 151(4): 65-94.
7. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Control Clin Trials.* 1996; 17(1): 1-12.
8. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Syst Rev* 2012, Issue 3. Art. No.: CD009234.
9. Simavli S, Gumus I, Kaygusuz I, Yildirim M, Usluoqullari B, Kafali H. Effect of music on labor pain relief, anxiety level and postpartum analgesic requirement: a randomized controlled clinical trial. *Gynecol Obstet Invest.* 2014; 78 (4): 244–50.
10. Smith, CA, Crowther CA. Acupuncture for induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev*, 1. 2004.

Mesa de Comunicaciones 17: Cuidados maternoinfantiles

Concurrent Session 17: Mother and children care

AUTORES/AUTHORS:

Laura Borrego Cabezas, Irene Ballesterero Quinto, Bibiana Povea López, María Dolores Jiménez Moreno, María Gavilán Triviño, Fátima León Larios, Juana Macías Seda

TÍTULO/TITLE:

Andropausia versus menopausia: influencia en la calidad de vida

Objetivos: identificar las manifestaciones más prevalentes en la menopausia, conocer la calidad de vida sexual en el climaterio y andropausia así como su relación con trastorno ansioso-depresivos.

Método: estudio cuantitativo transversal correlacional con 113 hombres y 75 mujeres, entre 45 y 55 años, captados en su centro de salud de la provincia de Sevilla. Estudiadas variables sociodemográficas y aquellas de las escalas validadas de Índice de Satisfacción Sexual (ISF), Ansiedad y Depresión de Goldberg y Menopause Rating Scale (MRS).

Resultados: la muestra está constituida por 198 sujetos siendo 57.1% (113) hombres siendo su media de edad 50.10 (3.55) y para mujeres 50.98 (3.47). El 33.9% (38) de hombres y el 37.6% (32) de mujeres tienen actualmente un problema de salud. El 79.6% (90) es activo laboralmente mientras que el 69.4% (59) de las mujeres, seguido del 20% (17) que se dedican al ámbito doméstico, siendo en los hombres el 4.4% (5). Existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de ansiedad diferenciando por sexos la media para hombres de la subescala de Goldberg es 4.01 (DE 2.80) y 5.88 (DE 2.46) para mujeres con un valor de $p < 0.001$. Sin embargo, no se observan diferencias para la subescala de depresión ($p = 0.069$). Para el ISF en mujeres la media es de 2.84 (DE 0.306), y para hombres de 2.84 (DE 0.416). No existen diferencias por sexo ($p = 0.967$). Si analizamos independientemente cada ítem se observan diferencias para el ítem 2 ($p = 0.039$), ítem 12 ($p = 0.002$), ítem 13 ($p < 0.0001$), ítem 14 ($p = 0.001$); ítem 18 ($p = 0.012$). No existe relación entre los niveles de ansiedad/depresión y la satisfacción sexual. La sintomatología más frecuente en la menopausia es somato-vegetativa (sofocos) con una media de 5.29 ± 3.58 , seguida de la alteraciones psicológicas con 4.74 ± 3.93 y problemas urogenitales con 3.63 ± 2.53 . El ISF y la MRS muestra una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) observándose mejor satisfacción sexual en mujeres con menos sintomatología climática.

Discusión: la sexualidad es un pilar importante en la calidad de vida tanto del hombre como la mujer. Los cambios negativos que se producen al alcanzar el periodo climatérico en ambos puede ser fuente de frustración, baja autoestima o desapego. El ISF para ambos sexos resultó insatisfactorio. Coincide con la bibliografía la dificultad masculina de expresar temores y necesidades relacionados con su sexualidad. Destaca que lo normal en ambos sexos sea presentar una probable depresión. Se plantea la posible relación con el bajo nivel de corte establecido en la subescala utilizada. También se observa la presencia de ciertos trastornos emocionales en mujeres durante el climaterio que influyen en sus relaciones sexuales, pudiendo presentar cierta tendencia hacia la insatisfacción sexual.

En la práctica asistencial se tiende a evitar información relacionada con el patrón sexual de los usuarios. Se pretende hacer reflexionar a los profesionales sanitarios sobre la necesidad de indagar en este aspecto debido a su posible alteración y, así, establecer programas de asesoramiento y educación, respondiendo a sus necesidades de manera que estimule el empoderamiento en estrategias que permitan una mejoría de sus relaciones sexuales y, por tanto, calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Topatan S, Yildiz H. Symptoms experienced by women who enter into natural and surgical menopause and their relation to sexual functions. *Health Care Women Int* 2012;33(6):525-539.

El Khoudary SR, McClure CK, VoPham T, Karvonen-Gutierrez CA, Sternfeld B, Cauley JA, et al. Longitudinal assessment of the menopausal transition, endogenous sex hormones, and perception of physical functioning: the Study of Women's Health Across the Nation. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2014 Aug;69(8):1011-1017.

Pebdani MA, Taavoni S, Haghani H. Menopausal women's sexual function and related factors in west of Tehran. *Middle East J* 2009;17.

De Melo MC, Soares AN, Baragatti DY. Male hypogonadism or andropause: Integrative literature review study. *Journal of Nursing UFPE on line* 2012;7(3):898-909.

AUTORES/AUTHORS:

M. Àngels López-Ester, Concepció Fuentes-Pumarola, Carme Bertran-Noguer

TÍTULO/TITLE:

Reorganización de la red familiar durante el ingreso de un recién nacido en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal

Objetivos

La familia es definida como un sistema abierto formada por miembros que interaccionan entre sí. Dicho sistema se ve alterado cuando nace un nuevo miembro y debe permanecer hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Las redes de parentesco proporcionan relaciones de sociabilidad y apoyo psicológico y además se configuran como un elemento básico de cuidados y asistencia personal. Los objetivos de esta investigación son: conocer cómo se relacionan los miembros de la familia en el contexto de una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales e indagar sobre el significado que adquiere esta relación para los padres.

Métodos

Se trata de un diseño descriptivo cualitativo y se ha utilizado una combinación entre análisis de contenido i la Teoría Fundamentada (1) como base ya que según Holloway i Todres (2) se centra en los procesos y sirve para demostrar las relaciones entre conceptos a la vez que ofrece una explicación y una perspectiva del fenómeno de estudio.

Ámbito del estudio. Estudio realizado en 4 Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) en hospitales de nivel II, III y IV: Hospital Verge de la Cinta de Tortosa, Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida, Hospital Universitario Josep Trueta de Girona, Hospital Universitario Sant Joan de Déu de Barcelona. Realizado entre 2013 y 2015.

Participantes y muestreo. 32 participantes entre padres, madres y psicólogas que han cumplido los siguientes criterios de inclusión: 1) todos los padres y madres que tuvieran a sus hijos ingresados en alguna de las Unidades de Neonatología en las que se ha realizado el estudio, que firmaran el consentimiento informado y que no tuvieran problemas cognitivos i/o de comprensión/comunicación, así como que su hijo/a no hubiera fallecido; 2) en cuanto a las psicólogas el criterio era que trabajasen en dichas Unidades.

El muestreo ha sido intencional. Se editaron hojas informativas para los padres/madres en las que se les informaba del objetivo del estudio, cuál sería el procedimiento y en qué consistía y se les pedía su colaboración, se tuvo en cuenta la paridad en los grupos de padres. Respecto a las psicólogas, al ser sólo dos, ya que este servicio se proporcionaba tan solo en dos de los centros hospitalarios, se las informó y se pidió su colaboración previa cita telefónica.

Instrumento: Se han llevado a cabo entrevistas grupales a través de grupos focales, y entrevistas en profundidad.

Se han realizado un grupo focal de padres/madres en cada centro hospitalario excepto en el de nivel IV que, debido a su elevado número de ingresos se realizaron dos (5 en total).

La recogida de datos se hizo a través de: a) entrevistas en profundidad en el caso de las psicólogas de los dos centros hospitalarios previa cita y b) grupos focales en el caso de los padres y madres. También se realizó un diario de campo del curso de las entrevistas y grupos focales. Se grabaron las entrevistas para su posterior transcripción.

Las preguntas realizadas fueron: 1) padres/madres, ¿Qué apoyos familiares reciben?; y 2) psicólogas, ¿Cómo veis los apoyos familiares a los padres que están viviendo esta situación?

Análisis de datos. Se realizó un análisis de contenido con aproximación a la Teoría Fundamentada siguiendo los criterios de Gibbbs (3). Además de triangulación de métodos (grupos focales y entrevistas en profundidad) y triangulación de investigadores.

Aspectos éticos. Se mantuvo el anonimato de los participantes a través de la asignación de un código alfanumérico siguiendo la Ley Orgánica 15/1999. El proyecto obtuvo las autorizaciones pertinentes de direcciones de enfermería y Comités de Ética de los cuatro centros hospitalarios.

Resultados

Surgieron las siguientes categorías:

El comportamiento familiar esperado y aceptación de la necesidad de ayuda

Los padres y madres esperan y necesitan sentir que los miembros de su familia se encuentran a su lado, se preocupan por ellos y consideran normal recibir su apoyo. La perspectiva psicológica define la función del circuito familiar como un sistema natural de descarga para los padres y/o también para pedir ayuda. En contrapartida existe, por parte de algunos padres, una cierta resistencia a aceptar el apoyo familiar, se sienten mal o se juzgan a sí mismos por el hecho de necesitar ayuda: PE1T-... Y se quedó él aquí y su hermano lo mismo: "Descansa, ¡ya me quedo yo!". Pero bueno, yo también soy muy terco y me gusta... si se debe comer un marrón yo... el marrón es mío, me lo como yo y no me gusta que la otra gente pues tenga que preocuparse ni hacer nada mal hecho por cosas de estas, no me gusta abusar de los demás.

El apoyo familiar con las dimensiones de forma y personas que lo proporcionan a los padres y el apoyo que estos a su vez deben proporcionar

Las personas que proporcionan apoyo son los abuelos maternos y paternos así como los hermanos/as de los padres. El tipo de apoyo que se da es logístico en el caso de hacer la compra, comidas, quedarse a dormir en el hospital para sustituir al padre, cuidar a hermanos del recién nacido: MG2D- A ver, yo, o sea ahora, personalmente ¿vale? El apoyo de mi madre es... si tengo que ir a comprar, si tengo que hacer lo que sea, de hecho eh... los primeros días, mi madre trabaja y deja comer a su casa, porque vamos a comer a casa...

Los padres que reciben un apoyo efectivo se sienten más tranquilos, pueden disfrutar de una mayor intimidad a nivel de pareja con su bebé aunque manifiestan la necesidad de tener su propio espacio.

Una psicóloga afirma que la carencia de una red familiar es un agravante de la situación para los padres. Sin embargo, en algunas ocasiones son los padres del recién nacido que a su vez se encuentran en la tesitura de dar apoyo a sus propios padres ya que los abuelos viven una situación que les provoca sufrimiento. Ante este hecho los padres del bebé utilizan la estrategia de no haber habido cambios o, en los casos en que los abuelos descargan su angustia en los padres éstos se auto protegen del mismo modo: MG3V- ... mi familia, mi madre... ella sufre, sufre mucho y lo expresa, además, todo el mundo sufre! Todos los familiares sufren supongo. Entonces ella era... teníamos que hablar por teléfono sí o sí por teléfono mañana y tarde ¡todos los días! Claro eso después lo pactamos por qué claro yo no podía, entre la niña, la leche, el hospital, los llantos... Y... lo que sí hicimos como antes hemos dicho, para no tener que estar dándole tanta vuelta a la preocupación y la madre preguntando pues era decir: "pues hoy han estado bien, han estado tranquilas, igual sin cambios"...

Métodos de comunicación familiar

Los medios utilizados son el teléfono móvil y el whats app. Los primeros días de ingreso del bebé los padres sólo tienen ganas de: PG5D- ...no tenía ganas suficientes para todo el mundo que me llamaba, explicarle lo mismo: "no, pues me ha dicho este médico que esto". Y a los otros igual, igual, igual. No tenía ganas, entonces no cogía el teléfono.

Adoptan estrategias como escoger a un portavoz que suele ser un hermano/a de los padres o uno de los abuelos del bebé; o bien pactar el número de las llamadas telefónicas así como la información diaria que van a comunicar o bien enviar un mensaje a través de un grupo de whats app.

La gestión de las visitas con dimensiones de estrategias y consecuencias

Los padres sienten que sus hijos son más vulnerables y sienten que deben protegerlos, por este motivo les gustaría restringir las visitas. Incluso pueden sentirse amenazados si otros bebés reciben muchas visitas y querrían que las enfermeras no dejaran entrar demasiadas personas. Lo mismo sucede cuando el bebé se encuentra ya en casa: PG5D- Tocarla la tocáis vosotros, los abuelos, eh... pero contra menos... Yo por lo menos ayer me dieron el alta y yo he restringido las visitas en mi casa...

PG3D- A nosotros se nos dio un caso, de una familia muy maja, pero en las 3 horas de visita pasaron 8 personas. Yo, si llegamos a la persona 9, yo voy a la enfermera y le pido explicaciones.

La dificultad para gestionar esta situación familiar por parte de algunos padres es otra consecuencia: PG5D- ... pero a mí los únicos que han venido la verdad que mi mujer son 4 hermanos, han venido todos sus hermanos, con sus mujeres, incluso, han venido... sobrinos suyos, sobrinos que vinieron pero ya cuando estábamos en C no en el B, ¿no? Que no me hacía mucha gracia que entraran los niños ahí porque los niños...

Así como la incompreensión de sus familiares que no entienden lo que significa tener un bebé ingresado en una UCIN:

PG2V- Yo particularmente en nuestro caso y hablo por mí, yo en general, lo que sí he echado de menos es un poco más de conciencia de la realidad de dos criaturas que están metidas aquí con las maquinitas y que están luchando para sobrevivir! ¡Lo digo así de claro!

En contrapartida algunos padres adoptan estrategias para reconducir la situación como por ejemplo quedar en la cafetería del hospital: MG3D- MG4D- y personas que querían pues venir, y darnos su apoyo, pues han venido igual, pero hemos quedado en la cafetería, hemos tomado un café...

Ubicación familiar

Una dificultad es el hecho de que los padres se encuentren solos porque la familia más próxima vive a una distancia considerable. En estos casos a los padres se sienten mal al pedir ayuda ya que por una parte conlleva el desplazamiento del familiar así como su alojamiento en el domicilio es vivido como una pérdida de intimidad. Y por otra parte, tienen que dejarles solos porque los padres se pasan todo el tiempo que pueden en el hospital: MG1D- Que vengan expresamente te duele que, que vengan a... y además, tampoco estás con ganas de que vengan a casa y eso, para ti... te sientes...PG2D- Porque no puedes atenderlos. MG1D- Claro, no puedes estar con ellos, ¿no? Y van a estar todo el día solos y... bueno, y... mi padre al final ha venido, la semana pasada y está todo el día, relativamente, solo, porque claro, yo quiero estar con mi hija, ¿no?

Discusión

La familia es un sistema abierto, propositivo y autorregulado. Entre sus miembros existe una interrelación y continua influencia de unos sobre otros así como una estructura y una jerarquización. Es importante destacar el intercambio de servicios y de ayuda también económica. También unas reglas que regulan las relaciones entre ellos así como las relaciones con el exterior, su estructura es permeable a la influencia de otros sistemas. Teniendo en cuenta este concepto podemos incluir el centro hospitalario como sistema con el que se interactúa (4-7).

Cuando una pareja empieza a tener hijos aumentan las relaciones con su familia de origen, sobre todo los padres y, en menor grado, los hermanos. Ante cualquier crisis se activan los lazos de solidaridad y de amparo familiares y se ponen en marcha los mecanismos de apoyo (4,8,9). Según las relaciones de parentesco cada miembro de la familia desarrolla un rol, una serie de tareas i funciones y al mismo tiempo en el resto de miembros de la familia se generan una serie de expectativas que esperan que asuma quien ocupa una determinada posición (4).

Se sabe que los abuelos (10) se ven doblemente preocupados por el nacimiento de un nieto prematuro: por el bebé y por sus propios hijos. Otros estudios concluyen que las visitas pueden contribuir a provocar estrés en los padres y cómo diversas conductas de apoyo, y ciertas acciones y palabras son alentadoras faculta a los miembros de la familia para proporcionar apoyo significativo a los padres (11,12).

Los padres que han participado en nuestro estudio necesitan saber que su familia está a su lado y se preocupan por ellos pero quieren tener el espacio suficiente para ser ellos mismos los que expresen sus demandas, también tener suficiente intimidad con su recién nacido y estar con él todo el tiempo que sea posible. Desean proteger a su hijo/a y precisan de estrategias que los ayuden a gestionar las visitas. Son aspectos a tener en cuenta en los cuidados centrados en la familia de las UCIN.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.
2. Holloway I, Todres L. Teoría Fundamentada. Dins Gerrish K, Lacey A. Investigación en enfermería. 5a ed. Madrid: McGrau-Hill Interamericana; 2008.
3. Gibbs G. El análisis de datos cualitativos en Investigación Cualitativa. Colección Investigación Cualitativa. Dirección Flick U. Madrid: Ediciones Morata; 2012.
4. Gimeno A. La familia: el desafío de la diversidad. Barcelona: Ariel; 1999.
5. Belart A, Ferrer M. El ciclo de la vida. Una visión sistémica de la familia. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1998.
6. Moratalla T. Psicología en la familia. Barcelona: Tibidabo Ediciones; 2003.
7. Comas-d'Argemir D, Bodoque Y, Ferreres S, Gibert M. Sistema familiar y redes de parentesco en contextos urbanos: conflictos y solidaridades. En: Familia y relaciones de parentesco: estudios desde la antropología social. València: Institut Valencià de la Dona; 1990. p103-115.
8. Meil G. Pares i fills a l'Espanya actual. Col·lecció Estudis Socials. Barcelona: Fundació "La Caixa"; 2006.
9. Flaquer LI. El destino de la familia. Barcelona: Ariel; 1998.
10. Prudhoe CM; Peters DL. Social support of parents and grandparents in the neonatal intensive care unit. *Pediatr Nurs.* 1995;21(2): 140-46.
11. Stacey S, Osborn M, Salkovskis P. Life is a rollercoaster...What helps parents cope with the Neonatal Intensive Care Unit (NICU)? *J Neonatal Nurs.* 2015;21(4):136-41.
12. Kavanaugh K, Nantais-Smith L, Savage T, Schim S, Natarajan G. Extended Family Support for Parents Faced with Life-Support Decisions for Extremely Premature Infants. *Neonatal Network.* 2014;33(5): 255-62.

Mesa de Comunicaciones 18: Promoción de la salud

Concurrent Session 18: Health Promotion

AUTORES/AUTHORS:

Miguel Ángel Navas-Martín, Teresa Gómez-García, Cintia Escandell-García, Carmen Lozano-Cabedo

TÍTULO/TITLE:

El territorio como determinante de desigualdad social en salud en casos de cáncer de piel en las Islas Baleares 2002-12

Introducción y objetivo

Nos encontramos ante un nuevo modelo de sociedad, caracterizado con tasas bajas de natalidad y mortalidad, en el que las transiciones demográficas y epidemiológicas han cambiado las principales causas de fallecimiento. Hemos pasado de poblaciones que han tenido elevadas tasas de mortalidad con un predominio de enfermedades infecciosas, a otra donde las causas de mortalidad han sido desplazadas por enfermedades crónicas y degenerativas. Pero no sólo hemos sufrido un cambio de patrón epidemiológico con respecto a la mortalidad, también se ha visto afectada la morbilidad, siendo característica también de esta nueva sociedad, dónde las personas, si bien, tienen mayor esperanza de vida, en cambio han visto incrementado el número de veces que enferman (1).

Pero no en todos los países comparten el mismo patrón, pues dependiendo de los determinantes sociales se producen inequidades entre unos países y otros. Estas diferencias son las que se conocen como desigualdades sociales en salud, definidas como aquellas diferencias en salud, injustas y evitables, entre grupos poblacionales definidos de forma social, económica, demográfica o geográfica. Estas desigualdades son el resultado de las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, traducándose en una peor salud entre los colectivos socialmente menos favorecidos (2).

Son muchos los autores y modelos que se han realizado con el objetivo de mostrar las desigualdades en la mortalidad y relacionarlas con indicadores socioeconómicos (3). En nuestro caso proponemos como marco teórico el modelo propuesto la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España en el 2008 (2).

En el marco conceptual de las Desigualdades Sociales en Salud (DSS) se distinguen dos elementos principales: los determinantes de las desigualdades en salud estructurales y los intermedios. En los determinantes estructurales se encuentran los ejes de desigualdad: clase social, género, edad, etnia y territorio que determinan jerarquías de poder en la sociedad, repercutiendo, por tanto, en el estado salud en función de la exposición que presente en los determinantes intermedios (2). Así, por ejemplo, dependiendo donde resida un ciudadano, ya se trate de una zona urbana, semiurbana o rural, condicionará su estado de salud.

Son muy pocos los estudios que analizan las desigualdades entre el ámbito rural y el urbano en el contexto español. El motivo principal suele ser la dificultad de obtener datos desagregados por tamaño del lugar de residencia, produciéndose, de este modo, una barrera para el desarrollo de este tipo de estudios. Los registros poblacionales de cáncer nos permiten conocer la incidencia de cáncer en una población definida geográficamente (4). Por este motivo, a través de la explotación de estos datos, se puede analizar la tendencia de los casos de cáncer por territorio. Asimismo, los estudios sobre cáncer de piel en España son limitados, sobre todo debido a que esta temática de datos no se tiende a recoger de forma tan detallada (5).

El objetivo del estudio es describir los casos de cáncer de piel diagnosticados entre 2002 y 2012 y sus posibles relaciones con las desigualdades en salud en la población rural y urbana.

Método

Se realizó un estudio descriptivo de los casos diagnosticados C44; sus variables sociodemográficas: género y territorio y las variables de fecha de diagnóstico y fecha de defunción en las Islas Baleares.

Para utilizar el territorio como determinante social se clasificó por densidad de población, en base a la clasificación que establece el

Instituto Nacional de Estadística (INE) en tres hábitats: municipios de menos de 2.000 habitantes (rural), municipios entre 2.001 y 10.000 habitantes (semiurbano) y municipios de más de 10.000 habitantes (urbano).

Para el análisis estadístico, en primer lugar se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, utilizando las medidas apropiadas según tipo de variable y su distribución: frecuencias y porcentajes; media y desviación estándar; y mediana, valor mínimo y valor máximo. Secundariamente, se realizó un contraste de medias empleando el análisis de ANOVA, con contrastes post hoc de Scheffe y para la diferencia de proporciones se empleó el contraste de Chi cuadrado, asumiendo un nivel de confianza del 95%.

Resultados

Se obtuvieron 1398 casos registrados, donde el 80% (1120) residía en ámbito urbano, el 18% (256) en semiurbano y el 1,6% (22) en rural. El 51% (714) eran hombres. La edad media de diagnóstico fue de 59,4 (DE 18,1) y de defunción de 75,8 (DE 16,4). La edad media de diagnóstico en urbano fue 58,8 (DE 17,5), en semiurbano 61,49 (DE 18,8) y en rural 65 (DE 20,2). Estos valores mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,036$). La edad media de defunción fue 74,5 (DE 16,7) en urbano, 82,7 (DE 12,6) en semiurbano y 77,9 (DE 17,4) en rural. Estos valores mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,013$) reflejando una edad superior de defunción en áreas semiurbanas que en áreas urbanas ($p=0,014$). El total de casos registrados representaron 2,3% en el ámbito urbano, el 5,9% en el semiurbano y el 1,8% en el rural. El 19,9% (272) falleció (9,6% - 131 por el cáncer de piel declarado; 10,3% - 141 por otro cáncer o motivo), mostrando diferencias significativas entre ámbitos ($p=0,041$).

Discusión

Se pone de manifiesto que el porcentaje de población que padece un cáncer de piel está influido por el ámbito en el que se reside. Tanto la edad de diagnóstico de la enfermedad como, en su caso, la de fallecimiento es superior en territorios de carácter rural. Sin embargo, el cáncer de piel es sufrido por mayor porcentaje de población del territorio rural que del territorio urbano, que puede ser debido a la cantidad de horas de exposición solar.

Implicaciones para la práctica clínica

Las desigualdades tienen un enorme impacto en la salud de la población. Conocer el territorio como determinante social en salud permite a los profesionales mejorar en la planificación de los cuidados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Bernabeu Mestre, J. (1998). Transición sanitaria y evolución de la medicina (diagnóstico, profilaxis y terapéutica), 1885-1942.
2. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2012). Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S, 26(2), 182–9. doi:10.1016/j.gaceta.2011.07.024.
3. Ruiz-Ramos, M., Sánchez, J., Garrucho, G., & Viciano, F. (2004). Desigualdades en mortalidad en la ciudad de Sevilla. Gaceta Sanitaria, 18(1), 16-23.
4. Camarero, L. A., Gomez, R., Jimenez, R. (2001). Death in Town and Country. An Analysis of Urban-Rural Differences in Mortality. SociologiaRuralis, 41(4), 454–474. doi:10.1111/1467-9523.00194.
5. Marcos-Gragera, R. (2012). ¿Está aumentando el cáncer cutáneo en nuestro país? Piel, 27(6), 295–299. doi:10.1016/j.piel.2012.01.008

AUTORES/AUTHORS:

MARÍA JOSÉ SIMÓN SAIZ, ROSA MARÍA FUENTES CHACÓN, MARÍA JOSÉ DÍAZ VALENTÍN, MARGARITA GARRIDO ABEJAR, MARÍA DOLORES SERRANO PARRA

TÍTULO/TITLE:

CONSUMO DE TÓXICOS Y SU REPERCUSIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA EN UNA POBLACIÓN ADOLESCENTE

Introducción

Desde hace tiempo los elevados niveles de prevalencia del consumo de drogas en adolescentes son objeto de creciente preocupación de muchos gobiernos de países occidentales. Este grupo poblacional es especialmente vulnerable a los efectos de estas sustancias por estar inmerso en el proceso de desarrollo y maduración, razón por la que se plantea la necesidad de diseñar estrategias y políticas sanitarias de promoción y prevención.

En Europa el estudio Health Behaviour in School-aged Children (HSBC) realizado en 44 países y auspiciado por la OMS, analiza los estilos de vida en estudiantes de entre 11 y 15 años con la finalidad de orientar la promoción de la salud de esta etapa vital. En el informe de 2014 se destaca el inicio temprano de alcohol y tabaco (1). En la muestra seleccionada en España se amplía el rango poblacional incluyendo a los adolescentes (11-18 años), los resultados en población española confirman el inicio temprano e indican que en la población adolescente el consumo frecuente de alcohol se asocia con consecuencias negativas como continuar el consumo de esta y otras drogas en la etapa adulta y problemas académicos, físicos y emocionales (2).

En nuestro país además en nuestro país, desde 1994 la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) promueve las encuestas ESTUDES, en estudiantes de 14 a 18 años, con carácter bienal para conocer no sólo la situación del consumo de drogas, sino también la percepción de riesgo, los hábitos asociados al consumo y los problemas derivados del consumo especialmente conductas violentas (3). Se destaca en el último resumen de resultados correspondiente a la edición 2014/15 con respecto a la percepción de riesgo que el alcohol es la sustancia que se percibe como menos peligrosa y la consideración de que el tabaco es más peligroso que el cannabis presentando además las chicas mayor riesgo percibido en el consumo habitual (4).

Hay numerosos estudios descriptivos sobre consumo (5-7), pero son escasos los relacionales y especialmente los vinculados con calidad de vida (8). La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto multidisciplinar que incluye una percepción subjetiva de la capacidad de funcionar influenciada por el estado de salud (9). Abarca entre otros aspectos el bienestar físico, el bienestar psicológico y el estado de ánimo. Los estudios que analizan la calidad de vida en adolescentes muestran una disminución de los valores de calidad de vida en esta etapa, siendo este descenso más marcado en los últimos años de esta fase y en chicas (10). Nuestro propósito es analizar el consumo de tóxicos y sus consecuencias en la calidad de vida de una población adolescente, especialmente en las dimensiones bienestar físico, mental y estado de ánimo.

Objetivos

- Determinar la prevalencia de consumo de tóxicos en la población adolescente de Cuenca capital.
- Identificar los valores de distintas dimensiones de calidad de vida en estudiantes escolarizados.
- Estudiar la posible relación entre el consumo de tóxicos y niveles de calidad de vida en la población mencionada.

Método

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, multicéntrico en IES de Cuenca en alumnos de entre 14 y 18 años. Se seleccionaron aleatoriamente los grupos y se les administró el cuestionario a los que presentaron el consentimiento informado firmado por ellos o por los padres, en el caso de ser menores.

Los participantes cumplieron un cuestionario autoadministrado que recogía datos sociodemográficos, sobre consumo de drogas (alcohol, tabaco, cannabis y otros) y la escala de calidad de vida Kidscreen (11).

Las variables que establecen la frecuencia de consumo de las diferentes drogas se recodificaron en tres categorías, consumo habitual (a diario o casi a diario), consumo ocasional (cada mes o cada semana) y no consumo (nunca o una o dos veces).

Para el tratamiento estadístico se empleó el paquete SPSS-22. El análisis descriptivo de los datos incluyó porcentajes, medias y desviaciones estándar del consumo de tóxicos y dimensiones de calidad de vida. Además se realizaron pruebas de ANOVA para testar las asociaciones entre consumo (habitual, ocasional y no consumo) y las dimensiones de bienestar físico, mental y estado de ánimo.

Resultados

De los 844 adolescentes participantes el 44,3% eran varones, la media de edad fue de 16,36 años. Las drogas más consumidas fueron el alcohol, el tabaco y el cannabis por este orden. Un 70,9% ingirió bebidas alcohólicas alguna vez, un 26,4% probó el tabaco y un 14,3% el cannabis. La proporción de consumidores habituales de estas sustancias fue de 16,5% para el alcohol, 10,55% para el tabaco y 2,3% para el cannabis. El consumo de anfetaminas y otras drogas fue minoritario.

Respecto a la edad de inicio en el consumo fue de 13,69 años para el alcohol, 14 años para el tabaco y 14,89 años para el cannabis. Las chicas comenzaron el consumo a edad más tardía, aunque sin llegar a tener diferencias estadísticamente significativas. La proporción de consumidores de las distintas drogas aumentó progresivamente con la edad.

El consumo habitual de drogas legales (tabaco y alcohol) se asoció con los chicos mientras que en las chicas lo hizo el consumo ocasional.

En relación con los valores de las dimensiones de bienestar físico, bienestar psicológico y estado de ánimo fueron significativamente ($p < 0,05$) menores en mujeres y disminuyeron con la edad.

En lo que se refiere a la periodicidad del consumo de tabaco, alcohol y cannabis y su relación con bienestar físico, psicológico y estado de ánimo, la prueba estadística ANOVA mostró, una asociación significativa ($p < .05$ IC95%) entre consumo de drogas y peor estado de ánimo en chicas y chicos (excepto para el alcohol en estos últimos); además el consumo de tabaco se relacionó con niveles inferiores de bienestar físico en las chicas.

Discusión

El consumo de tóxicos en adolescentes es un tema preocupante y ampliamente analizado por las consecuencias que tiene en la salud de los jóvenes, pero los estudios se han centrado fundamentalmente en las repercusiones del consumo, en especial sobre la

conducta social (3).

En nuestro estudio se constatan que las drogas más consumidas por los estudiantes fueron el alcohol, el tabaco y el cannabis y estos datos vienen a confirmar la tendencia observada por las distintas ediciones de la encuesta ESTUDES. El porcentaje de adolescentes que ingirió bebidas alcohólicas es similar en ambos casos (75,1% en Estudes frente a 70,9% en nuestra muestra), mientras que se encuentran diferencias en el consumo de tabaco y el cannabis, siendo los datos de nuestro estudio inferiores en ambos casos (39,8% frente a 26,4% y 33% frente al 14,3% respectivamente). El consumo de anfetaminas y otras drogas como cocaína, y anfetam. en ambos estudios fue mucho más minoritario y ello puede ser debido a que estas sustancias son menos accesibles en estas edades.

Los resultados de nuestra investigación revelan que el inicio del consumo es temprano lo que lo hace aún más peligroso. Esos hallazgos coinciden completamente con resultados publicados a nivel nacional (3). El tabaco y el alcohol son drogas iniciáticas que se comienzan a consumir durante los fines de semana asociadas al fenómeno del botellón como una forma de desinhibirse y establecer relaciones que coincide con la forma de entender la diversión por amplios sectores sociales. El consumo de estas dos sustancias está ampliamente extendido en nuestra sociedad asociado a celebraciones y festejos. Esta "tolerancia" social podría evitar en cierta medida el éxito de las estrategias encaminadas a reducir riesgos apoyadas por los distintos organismos.

Se confirma también el hecho de que la proporción de consumidores de las diferentes drogas aumenta progresivamente con la edad. Con respecto a las drogas legales, los chicos presentan un consumo habitual, mientras que en las chicas es ocasional.

En lo que respecta a la calidad de vida nuestros datos indican que los valores descienden con la edad y siempre son inferiores en las chicas, datos que también fueron hallados en estudios previos (10).

Cuando estudiamos la asociación entre consumo de tóxicos y bienestar físico observamos que los chicos, a pesar de presentar un mayor consumo habitual de tóxicos, tienen mejores datos de bienestar que las chicas y que su nivel de actividad, energía, y forma física no se ve afectado de la misma manera que en ellas. Además, los chicos expresan mejor percepción de salud y menos quejas psicosomáticas (10). En las chicas el consumo ocasional es el más frecuente y como hemos señalado, se traduce en peores datos de bienestar físico y también psicológico lo que nos permite señalar que éstas tienen menor percepción de satisfacción vital y experiencias emocionales positivas.

En lo que hay similitudes en chicos y chicas consumidores sean éstos habituales u ocasionales es en que ambos grupos conforme aumenta el consumo aumenta el deterioro en el estado de ánimo y son mayores los niveles de estrés. En la escala Kidscreen esta dimensión –estado ánimo y estrés- es la que presenta las puntuaciones más bajas en ambos sexos lo que pone de manifiesto que entre adolescentes es frecuente la labilidad emocional y los sentimientos de inseguridad, tristeza y soledad y que estos sentimientos están más presentes entre los consumidores de drogas legales e ilegales.

Al tratarse de un estudio transversal no se ha podido establecer la dirección de causa efecto entre el consumo de tóxicos y el estado de ánimo. Es decir si el consumo provoca una disminución del estado de ánimo o si los adolescentes con peor estado de ánimo se ven inducidos a consumir drogas para superar el malestar emocional. Sin embargo aclarar esta relación sería interesante y muy útil para diseñar políticas sanitarias. En cualquier caso, es necesario planificar intervenciones dirigidas a potenciar hábitos saludables en nuestros jóvenes e intervenciones que favorezcan la incorporación de habilidades sociales que fomenten su seguridad y autoestima.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. HBSC study: international report from the 2013/2014 survey. Health policy for children and adolescents, N7. WHO 2016.
- (2) Moreno C, Ramos P, Rivera F et al. Los adolescentes españoles: estilos de vida, salud, ajuste psicológico y relaciones en sus contextos de desarrollo. Resultados del Estudio HBSC2014 en España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016.
- (3) Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias. Estudios 1994-2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas2012.
- (4) Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias. Estudios2014/15. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas2016.
- (5) Morales E, Ariza C, Nebot M, Pérez A, Sánchez F. Consumo de cannabis en los estudiantes de secundaria de Barcelona: inicio en el consumo, efectos experimentados y expectativas. Gac. Sanit. 2008;22(4):321-9.
- (6) Ariza C, García X, Villalbí, JR, Sánchez F, Pérez Ay Nebot, M. Consumo de tabaco de los adolescentes en Barcelona y tendencias a lo largo de 20 años. Gac. Sanit. 2014;28(1):25-33.
- (7) Sánchez I, Moreno C, Rivera F y Ramos P. Tendencias en el consumo de alcohol en los adolescentes escolarizados españoles a lo largo de la primera década del siglo XXI. Gac. Sanit. 2015;29(3):184-189.
- (8) Vargas JJ, Ibáñez J Cortés EB, Ramírez EMM, Cabrera JE. Evaluación de calidad de vida en adolescentes consumidores de cocaína. Revista electrónica de Psicología Iztcala. 2001;V4N1.
- (9) Rajmil, L; Estrada, M D; Herdman, M; Serra-Sutton, V; Alonso, J. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. Gac. Sanit. 2001;15(supl.4):34-43.
- (10) Svedberg P, Eriksson M, and Boman E. Associations between scores of psychosomatic health symptoms and health-related quality of life in children and adolescents Health Qual Life Outcomes. 2013;11:176.
- (11) Ravens-Sieberer, U; Herdman, M; Devine, J; Otto, C; Bullinger, M; Rose, M; Klasen, F. The European KIDSCREEN approach to measure quality of lifeand well-being in children: development, current application, and future advances. Qual Life Res 2014; 23:791–803.

AUTORES/AUTHORS:

Joaquín Salvador Lima-Rodríguez, Isabel Domínguez-Sánchez, Claudia Bernabéu Álvarez, Nerea Jiménez-Picón, Marta Lima-Serrano

TÍTULO/TITLE:

La salud familiar y su relación con las características familiares y el apoyo social.

Introducción Los estudios sobre familias se han desarrollado desde distintas perspectivas, siendo escasos los relacionados con la salud familiar y sus determinantes, desarrollados desde una visión enfermera. La familia se puede considerar como 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, promover su desarrollo, salud y bienestar y adaptarse a las situaciones de crisis. La salud familiar podría definirse como un proceso dinámico de la familia para promover el desarrollo de sus miembros, resolver los problemas que les afecten, mantener el equilibrio frente a los agentes estresantes, y adaptarse a las situaciones de crisis. En dicho proceso cambiante intervienen elementos como el clima familiar, la integridad familiar el funcionamiento familiar, la resiliencia familiar y el afrontamiento familiar, que puede afectarse por diversos factores, entre los que se encuentran las características sociodemográficas, las redes de apoyo, o los acontecimientos vitales estresantes.

Objetivo: Analizar las características familiares y el apoyo social y su posible relación sobre la salud familiar en sus distintas dimensiones.

Método: Estudio analítico transversal sobre 535 familias residentes en Sevilla (España). La recogida de datos se realizó por encuestadores formados, en centros sanitarios y domicilios. Se utilizó un cuestionario que incluía: número de miembros, tipo de familia, etapa del ciclo vital familiar, situación de transición, nivel de estudios máximo alcanzado por los miembros de la pareja, profesión del cabeza de familia (más alta), años de relación conyugal y tipo de unión, ámbito de vivienda (rural/urbano). Para evaluar la salud familiar se utilizó la escala de Autopercepción del Estado de Salud familiar (AESFA) y para el Apoyo Social percibido el Cuestionario de MOS. Se realizó análisis descriptivo y bivariado mediante coeficiente de correlación de Pearson, para $p < 0,05$. Para las variables categóricas se usó la f de ANOVA. El análisis se apoyó en el programa estadístico SPSS v.18. La participación fue voluntaria y anónima, se solicitó consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el comité ético de investigación de la Universidad de Sevilla.

Resultados: Las familias eran fundamentalmente nucleares, en etapa de hijos escolares y adolescentes, con una media de $3,2 \pm 1$ miembros. El nivel de salud familiar autopercebido resultó bueno, con una media en la escala AESFA de $70,2 \pm 9,1$ puntos. El cuestionario de MOS, obtuvo valores medios de $85,2 \pm 11,7$, mostrando buen nivel de apoyo social percibido.

La salud familiar se relacionó con la etapa del ciclo vital familiar ($f=2,328$, $p=0,031$), nivel de estudios máximo de la pareja ($f=7,166$, $p=0,000$), el nivel profesional ($f=3,127$, $p=0,002$), que también influiría sobre el clima familiar, resistencia familiar y afrontamiento familiar. La clase social, influye significativamente sobre la salud familiar ($f=5,366$, $p=0,000$), y la resistencia familiar ($f=4,820$, $p=0,001$). El número de años de relación conyugal influiría negativamente sobre la salud familiar ($r=-0,152$, $p=0,005$) el clima familiar ($r=-0,220$, $p=0,000$) y afrontamiento familiar ($r=-0,122$, $p=0,025$). Al analizar la relación entre la salud familiar y el nivel de apoyo social, se encontró que ambos estaban relacionados directamente de manera significativa con nivel de efecto moderado ($r=0,450$, $p=0,000$), siendo la salud familiar percibida más positiva a mejores niveles de apoyo social. No se encontraron relaciones significativas entre la salud familiar y tipo de familia, situación de transición, ámbito de residencia (rural/urbano) o tipo de unión conyugal. El mayor número de miembros afectó de forma significativa sólo al funcionamiento familiar.

Discusión: La salud familiar es un proceso dinámico y en continua transformación, donde intervienen determinantes psicosociales, características familiares, dinámicas familiares y acontecimientos vitales estresantes. El presente estudio ha permitido caracterizar una muestra de familias, respecto a variables demográficas, familiares y otras relacionadas con la salud familiar y sus determinantes,

pretendiendo llenar el vacío existente en cuanto a este tipo de datos referidos a las familias, ya que los datos recogidos por el INE en nuestro país, que hacen referencia a los hogares y no a las familias.

Entre los principales factores que influyen sobre la mayoría de las dimensiones de la salud familiar destacan la etapa de ciclo vital familiar, en la medida en que estas pueden generar diferentes niveles de demandas sobre el sistema familiar. Igualmente importante son el nivel de estudio y el nivel profesional de los conyugues, así como la clase social a la que pertenecen las familia, lo que demuestra la importancia de intervenir para que las unidades familiares se desarrollen en estos tres factores que pueden proteger la salud familiar. El número de años de relación conyugal, también es un factor a tener en cuenta, pues en la media en que este aumenta se aprecia una peor salud familia, lo que haría recomendable tratar de buscar una explicación a este factor que puede convertirse en riesgo para la salud del sistema. En sentido contrario el nivel de apoyo social percibido resulto un buen factor de protección para la salud familiar, lo que pone de manifiesto la importancia de que las unidades familiares se integren de forma positiva en su contexto social y desarrollen redes de apoyo que pueda contribuir a mejorar su salud familiar pues, el apoyo social, se convierte en un recurso externo para la familia que la fortalece en situaciones de crisis, ya que este tiene una función emocional relacionada con aspectos como el cuidado y confort, una función informativa basada en la orientación y en proporcionar consejos y una función instrumental que implica la disponibilidad de ayuda y recursos. Es importante que las enfermeras, desde un enfoque centrado en la familia, aborden estos factores determinantes de la salud familiar como modo de promoverla y fomentarla.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Almagiá, E. B. (2014). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y salud*, 14(2), 237-243.

Camacho P, León C, Silva I. (2009). Funcionamiento Familiar según El Modelo Circumplejo de Olson en adolescentes. *Rev Enferm Herediana*, 2(2), 80-85

Herrera PM, González I, Soler S. (2002). Metodología para evaluar el impacto de los acontecimientos vitales de la familia en la salud familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(2), 169-72

Louro I. (2004) Matriz de salud del grupo familiar: un recurso para el diagnóstico de la situación de salud de la familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 20(3). Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_3_04/mgi06304.htm

Lima JS, Lima M, Sáez A. (2009). Intervenciones enfermeras orientadas a la familia. *Enfermería Clínica*, 19(5), 280-283.

Lima JS, Lima M, Jiménez N, Domínguez I. (2012). Consistencia Interna y Validez de un cuestionario para medir la Autopercepción del Estado de Salud Familiar. *Revista Española de Salud Pública*, (86), 509-521.

Ortiz MT. (1999). La salud familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15, 439-445.

Putwain D, Woods K, Symes W. (2010). Personal and situational predictors of test anxiety of students in post-compulsory education. *Br J Educ Psychol*, 80(1), 137-160.

Roland JS. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad: una propuesta desde la terapia sistémica*. Barcelona: Gedisa.

AUTORES/AUTHORS:

Maria do Carmo Lemos Vieira Gouveia, Eydís Kristin Sveinbjarnardottir, Maria Adriana Pereira Henriques

TÍTULO/TITLE:

Family strengths and difficulties in families affected by depression

In presence of depression in a family member, the family stress level is mediated by family's perception of the situation, the accumulation of stressor events, family's coping skills, the presence of moderating factors and the resources available to deal with the situation.

An intervention focused on the identification and enhancement of family strengths, promotes the development of family capabilities and resilience and makes her less susceptible to see stressful situations as problematic.

In order to promote families' resilience and well-being, it is recommended an intervention focused on the potentiation of family strengths and minimization of stress factors. There are no intervention programs conceptually oriented to guide mental health nurses in implementing such intervention, so this study emerges as part of a broader project which aims to develop and evaluate an intervention program for families affected by depression.

AIMS

- Identify the strengths and difficulties of families with members affected by depression.
- Contribute to the development of an intervention program to promote families' expressive functioning in families affected by depression.

METHODS

It was developed a cross-sectional, descriptive and exploratory study with a qualitative approach. Thirteen of the seventeen mental health nurses, in exercise of functions in direct care in primary health care of Madeira Island, adhered voluntarily to the study. Data were collected through focus group technique, with application of a sociodemographic characterization questionnaire and a semi-structured group interview. Data were analysed through content analyses technique, using a constant comparative analysis approach, after transcription of the video records content.

RESULTS

Were defined a priori two categories: Family strengths and Family difficulties. From the transcription of the video records and analysis of nurses' discourse, have emerged preliminary two sub-categories for each main category. The Family strengths category, was sub-categorized in Internal resources and External resources and the Family difficulties category, in Internal difficulties and External difficulties.

In the domain of Family strengths, the mental health nurses have identified as family's Internal resources, the cognitive ability, the educational level, the health literacy, the family's presence and protection, the family members' proximity, the family's emotional communication, the family's understanding about the disease and the adherence to drug therapy.

In the same domain, the nurses have identified as External resources, the economic condition, the mutual aid capacity, the neighbours' involvement, the use of community resources and the availability of social support in medication.

In the Family difficulties category, were identified as Internal difficulties, the family members' cognitive ability, the educational level, the health illiteracy, the inability to manage drug therapy, the non-acceptance of the disease, the family members' emotional distance, the family high expressed emotion, the depression/alcohol abuse comorbidity and the caregiver burden.

As family's External difficulties, were referred by nurses, the economic condition, the unemployment, the prejudices against the disease, the social isolation and the poor housing.

DISCUSSION

By analysing the family internal resources and the family internal difficulties, we found that in general, the same factors referred by

nurses as being family strengths, can also play an opposite role, assuming a difficulty role. According to the results of this study and to the findings of research, the high educational level is seen as a protective factor and a family strength. However, according to the mental health nurses, in some families, it can also play a difficulty role, by leading families not to hear or accept health professionals' guidance.

With respect to the health literacy, data highlight the importance of health education as an essential nursing intervention to improve families' knowledge and to give families the responsibility for their own process of change. Directly related to the health literacy, family's understanding about the disease and the adherence to drug therapy, were identified either as strengths or as difficulties, what emphasizes the key role played by health education, as a basic nursing intervention that shall be offered to these families.

Data have also underlined the key role of family intimacy, proximity and emotional communication, either as family strengths or as family difficulties. Several studies confirm depression's significant impact to individuals and families, namely, poor communication, decrease of intimacy, decrease of family interaction, decrease of affective involvement, increase of conflicts and difficulties on problems solving (DiBenedetti et al, 2012; Souza et al, 2011; Ogburn et al, 2010; Saeki et al, 2002; Keitner et al, 1991).). However, they also report family proximity and support as essential tools in patients and families recovery and well-being (Wright and Leahey, 2009; Wright and Bell, 2009; Marshall and Harper-Jaques, 2008; Boss, 2002, 2006).

Analysing at the same time the data related to the family External resources and the family External difficulties, there are two main aspects that are noteworthy: The economic condition and the community support. Regarding to the economic condition, it is mentioned as an external resource that plays an important protective role for the majority of the families. However, in the context of the economic, political and social crises that Portugal is facing, many families have seen decreasing family budgets, have lost their jobs, their salaries and their own homes. There has been an impoverishment of the middle and lower classes, which has made it difficult to maintain the healthy balance of families and has led to an increase in cases of depression in family members.

With regard to the community support, all families benefit from social support on medication, however, according to the mental health nurses, the community resources available to families, are not enough to face all family needs and the majority of the times, have to cross long bureaucratic processes. At the community support, was also reported as having an important protective role, the involvement of neighbours and other community members, which were positively reported only in relation to rural areas. According to mental health nurses' perception, in urban areas, neighbours usually do not get involved. This differences can be related to many factors such as culture, values, prejudices, beliefs and different styles of life, and needs to be studied within community members in both contexts.

In general, data point a lack of resources to support families and individuals when facing problematic situations, such as depression. To improve families' access to community resources, nurses need to be actively involved in the identification and dissemination of available resources and take proactive action among government agencies in order to positively influence health policies.

The role of nursing within families, is to promote family members' health, recovery from illness, maximize family functioning, give support and enhance family strengths, assist families in maintaining linkages with community support and help families to find and decide what is better for themselves (Wright and Leahey, 2009; McCubbin and McCubbin, 1989).

It is important to believe and work in the development of families' strengths, empowering families with knowledge and experience to enable them to look after themselves, improve their level of functioning and self-control, deal with new situations, demands, resources and relationships, manage their problems and mobilize internal and external resources. This will reduce the vulnerabilities and risks to families' mental health, will decrease suffering and promote functioning, growth, resilience and well-being.

Implications for practice

This study identifies mental health nurses' perception about family strengths and difficulties, in families affected by depression. Another study focusing on families' perspective, is being done. The results from both studies will be triangulated and will contribute to the design of an intervention program to promote family expressive functioning in families affected by depression. The program will be developed having into consideration the nurses and families contexts, which will allow the implementation of nursing interventions,

adjusted to the real contexts of practice and of families' life.

Conflict of interest: None declared.

Funding: Supported by FCT – Foundation for Science and Technology (PhD Grant Nº SFRH/BD/113061/2015).

Supported through the first author's involvement in the European Science Foundation Research Networking Programme 'REFLECTION' – 09-RNP-049. The views expressed are those of the authors and not necessarily those of the European Science Foundation.

Ethical approval: This trial was approved by the Madeira Regional Health Service's Ethics Committee (Nº 51/2014).

- first and third authors supported by ui&de/ESEL - Unidade de Investigação & desenvolvimento em Enfermagem/Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Research and development Nursing Unit / Lisbon High School of Nursing).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bardin, Laurence (2013). *Análise de Conteúdo*, Lisboa, Edições 70.

Chesla, C. A. (2010). Do family interventions improve health? *Journal of Family Nursing*. 16 pp 355-377.

Craig P. et al, (2008). *Developing and evaluating complex interventions: new guidance*. Medical Research Council. Available at www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance

DiBenedetti, DB. et al (2012). Development of a family functioning scale for major depressive disorder. *Curr Med Res Opin*. Mar 28 (3) pp 303-313.

Marshall, A.; Bell, Janice; Moules, Nancy J. (2010). Beliefs, Suffering, and Healing: a clinical Practice Model for Families Experiencing Mental Illness. *Perspectives in Psychiatric Care*. 46 (3) pp 197-208.

McCubbin, M.A., & McCubbin, H.I. (1989). Families coping with illness: The resiliency model of family stress, adjustment and adaptation. In, C.B. Danielson, B. Hamel-Bissel, & P. Winstead-Fry, *Families, health & illness: Perspectives on coping and intervention*. St. Louis: Mosby.

Price, Sharon J.; Price, Christine A.; McKenry, Patrick C. (2010) *Families Coping With Change: A Conceptual Overview*. In Price, Sharon J. et al. *Families & Change. Coping with Stressful Events and transitions*. (4ª ed.) London. Sage Publications, Inc. pp 1-23.

Richards D. A.; Hallberg, I.R. (2015) *Complex interventions in health: An overview of research methods*. New York. Rotledge.

Tesch, Renata (1990). *Qualitative research – analysis types and software tools*, New York, The Falmer press.

Wright, M. L. & Leahey, M. (2013). *Nurses and Families: A guide to family assessment and intervention*. (6ªed.). Philadelphia: Davis Company.

Wright, M. L.; Bell, J.M. (2009). *Beliefs and illness: A model for healing*. Calgary. 4th Floor Press.

Wright, M. L. (2005). *Espiritualidade, Sofrimento e Doença*. Ariadne editora. Coimbra

Mesa de Comunicaciones 19: Salud mental

Concurrent Session 19: Mental Health

AUTORES/AUTHORS:

Ruben J. Bernal-Celestino, Jacinto Ruiz-García, Silvia Muñoz-Romera, David León-Hurtado, Jose María Romero de Ávila Román, Begoña Izquierdo-Alcolea, Luis Manuel Rodrigo-Sánchez

TÍTULO/TITLE:

LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL COMO FACTOR PREDICTIVO DE INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS EN SALUD MENTAL

INTRODUCCIÓN:

La discapacidad intelectual (DI) es un término no específico que se refiere a un funcionamiento intelectual por debajo de lo normal, debido a cualquier condición que afecta el desarrollo del cerebro antes del nacimiento, durante el parto, o en los años de la infancia. Actualmente, para su diagnóstico se tiende más a la evaluación de las habilidades y limitaciones que solamente a la evaluación de la inteligencia. La discapacidad intelectual afecta del 0,6 al 2,5 por ciento de las personas en el Reino Unido y los Estados Unidos. En España se estima que esa cifra ronda las 300.000 personas (Un 0,5 % de la Población).

Las personas con discapacidad intelectual (PDI) han aumentado su esperanza de vida en los últimos años. Aun así, estas personas tienen una esperanza de vida entre 13 y 20 años más corta que la Población General (PG) y además padecen más problemas de salud (1, 2).

Las causas que pueden influir en su estado de salud varían desde la predisposición genética a desarrollar ciertas enfermedades, hasta la dificultad e inequidades en el acceso a los servicios sanitarios.

El hecho es que desafortunadamente, existe disparidad en los servicios de salud prestados a las personas con discapacidad intelectual en comparación con la población general (3).

Las personas con discapacidad intelectual tienen menos probabilidades de recibir atención médica que la población general, a pesar de la alta prevalencia de problemas de salud crónicos que presentan.

La OMS ha recomendado el uso de los dispositivos sanitarios generales pero adaptados a las especificidades de las PDI para garantizar su acceso sin barreras y en igualdad de oportunidades. Sin embargo y según revela la bibliografía, la desinstitutionalización de las PDI, vivida en los últimos años, no se acompañó de una adecuada política organizativa y de adaptación de los servicios médicos generales a la población con discapacidad intelectual (4).

Un ejemplo de esta situación es la manifestada en cuanto a la atención de los problemas de salud mental que padecen las PDI.

La literatura nos indica que existe una alta prevalencia de comorbilidades psiquiátricas. Así la depresión, la ansiedad y los trastornos psicóticos afectaban al 31% de las personas con discapacidad intelectual que fueron seguidas durante un transcurso de 14 años. En esta cohorte de Australia, sólo el 10 por ciento de las PDI que tenía psicopatología había recibido intervención de salud mental durante los años que duró el estudio (5).

En concreto, los problemas comportamentales o problemas de conducta aparecen como la causa más frecuente de atención psiquiátrica en PDI. Existen estudios que informan de una prevalencia del 10% de comportamientos desafiantes graves en Personas con Discapacidad Intelectual (PDI). Otros estudios estiman entre un 22,5% y un 55% de problemas de conductas como rabietas y/o agresiones verbales en estas personas, siendo mayor en entornos residenciales, entre el 40% y el 71% (6).

Por lo que se expone, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales y otros trastornos graves en esta población pueden ser inadecuados, retrasarse, o por los motivos antes mencionados, no contemplarse. Además estas patologías en las Personas con Discapacidad Intelectual (PDI) podrían, en ocasiones, solo tenerse en cuenta cuando estos se convierten en problemas conductuales.

Existen estudios que ponen de manifiesto que la medicación reflejada en las historias clínicas de las PDI no se correspondían con los diagnósticos psiquiátricos o éstos no constaban (7).

Fuera de nuestro ámbito, se han estudiado los aspectos clínicos relacionados con la atención en servicios de Psiquiatría a PDI desde la perspectiva del profesional sanitario. El personal informaba de una falta de conocimiento sobre la discapacidad intelectual.

Además también echaban en falta apoyos y recursos a nivel comunitario para apoyar a los cuidadores y que éstos se tradujesen en una mejora en el abordaje de los problemas mentales y evitase ingresos en urgencias psiquiátricas. De esta forma reclamaban más formación y recursos tanto para la familia como para ellos en este campo (8, 9).

Hay autores que ponen énfasis la necesidad en desarrollar estrategias y alternativas al ingreso hospitalario cuando se presenten

problemas psicoconductuales (10).

Las formas de tratar las conductas problemáticas graves se han basado en el uso de medidas restrictivas, dejando al margen las intervenciones conductuales. No se debe obviar que la contención ya sea química, con la administración de antipsicóticos o mecánicas, se recomienda como última medida a utilizar debido a sus complicaciones.

Previo al establecimiento de prioridades se han de evaluar las causas de atención, factores asociados e intervenciones para desarrollar líneas de mejora en el ámbito de la Discapacidad Intelectual.

OBJETIVO:

Evaluar las intervenciones terapéuticas llevadas a cabo a nivel hospitalario en las personas con Discapacidad Intelectual comparándola con la población general (PG).

Determinar la influencia que pueda tener la presencia y grado de discapacidad intelectual para el uso de alternativas terapéuticas en el ámbito de la Salud Mental.

METODOLOGÍA:

Tipo de Estudio:

Estudio analítico transversal comparativo.

Ámbito:

Se recogieron los datos de las altas dadas entre el 1 de enero del 2011 y el 31 de diciembre del 2013. El estudio se llevó a cabo en el Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR). Dicho hospital es de segundo nivel y su área de influencia abarca 32 zonas básicas de salud e integran a una población de 328.506 habitantes.

Recogida de Datos y Variables:

La información se obtuvo del Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMBD).

Las variables estudiadas fueron: El sexo, la presencia de epilepsia, la edad al ingreso, los días de ingreso, el Peso de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD). Dicho peso es el cálculo en función de los recursos reales que consumió según una base de datos fija por cada GRD. El Grupo Relacionado por el Diagnóstico (GRD): Es un sistema de clasificación de pacientes en grupo homogéneos en función de la cantidad de recursos que consume.

También se estudió la presencia de Discapacidad Intelectual y el Tipo de discapacidad intelectual. La variable Tipo de discapacidad se categorizó en: Sin discapacidad, Discapacidad Intelectual de grado no especificado, Leve, Moderada, Profunda, Grave.

Además se estudiaron las 10 primeras intervenciones registradas en estas personas y codificadas en el CMBD como Procedimientos terapéuticos relacionados con la psique CIE-9 MC llevados a cabo: Éstos se definen como aquellos procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que requieren recursos materiales y humanos especializados e implican un riesgo para el paciente.

- Evaluación psicológica,
- Evaluación psiquiátrica,
- Somatoterapia Psiquiátrica (Psicofármacos y electroshock).
- Psicoterapia individual,
- Otra psicoterapia y asesoramiento,
- Remisión hacia rehabilitación psicológica,
- Rehabilitación y desintoxicación de alcohol y drogas.

Población de Estudio:

La muestra estuvo conformada por las 2012 personas que estuvieron ingresadas y fueron dadas de alta en el Servicio de Psiquiatría durante el periodo anteriormente mencionado.

Análisis Estadístico:

Se lleva a cabo un análisis descriptivo de los datos calculando la mediana y el rango intercuartilico las cuantitativas, la media y la desviación típica. Para variables cualitativas se calcularon las frecuencias absolutas y relativas. Se estudió la normalidad de las variables cuantitativas mediante el test de Kolmogórov-Smirnov. Se calcularon los intervalos de confianza al 95%. Para comparar las diferencias entre los grupos de las personas con discapacidad intelectual y sin ella se utilizarán las pruebas de Chi-cuadrado y U de Mann-Whitney. Para evaluar las diferencias según el grado de discapacidad se utilizó la prueba de Kruskal Wallis. Para controlar las posibles variables confusoras se utilizó un análisis multivariante a través de la regresión logística binaria. Se utilizó el software informático SPSS 15.0.

Cómo medidas de impacto se utilizó la Odd Ratio y el cálculo de los intervalos de confianza.

Consideraciones Éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Clínica de la Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real.

RESULTADOS:

Se analizaron un total de 2012 altas, 1825 PG y 187 PDI. La edad de las PDI no especificada era menor que la del las PG y las del resto de PDI $F=7.01$ $p<0.001$

Los diagnósticos más frecuentes en ambos grupos fue la Psicosis 932 (46.32%) y las Neurosis no depresivas 361 (17.94%)

La utilización de Somatoterapia Psiquiátrica (Psicofármacos y electroshock) 91 (48,7%) Vs 683 (37,4%), Chi cuadrado 9,05 $p=0.003$, OR: 1,58 (1,17-2,14) era más frecuente en PDI, así como la Evaluación Psiquiátrica $X^2=5,18$ $p=0,23$, OR=1,58 (1,06-2,35). Por el contrario la Evaluación Psicológica $X^2=6,36$ $p=0,012$ OR: 0,52 (0,07-0,80) era más frecuente en la PG.

Mediante un modelo de regresión logística se controlaron las posibles variables confusoras. Se mostró que a las PDI Moderada se les aplicaba más la Somatoterapia que a las personas sin discapacidad OR 3,09 (1,75-5,44). Sin embargo en la Evaluación Psicológica influía más la edad OR: 0,94 (0,93-0,96) $p<0.001$ y el sexo OR: 1,591 (1,078-2,347) $p=0.019$ (Presentaban más evaluaciones psicológicas los hombres que las mujeres). El grado de discapacidad en este caso no influía. Lo mismo ocurre en Otras Psicoterapias OR: 1,88 (1,18-3,00) $p=0,008$ para el sexo y OR: 0,88 (0,86-0,91) $p<0.001$ para la edad de ingreso. Como factores predictivos de la Evaluación Psiquiátrica solo influía la edad OR: 0,95 (0,94-0,96) $p<0,001$

CONCLUSIONES:

La presencia de DI Moderada podría convertirse en un factor a la hora de sobremedicar problemas de salud mental. Así Las PDI duplican la probabilidad de ser tratados con Somatoterapia Psiquiátrica (Psicofármacos y electroshock) con respecto a la PG. Se han de tener en cuenta como limitaciones del estudio la falta de codificación de la Discapacidad en el CMBD y la inclusión del electroshock dentro de las Somatoterapia Psiquiátrica.

Además de un estricto control de los efectos secundarios y dosis de psicofármacos, se recomienda el uso de instrumentos específicos de evaluación y mejorar las aptitudes de los profesionales y cuidadores a la hora de abordar problemas psicoconductuales.

Se deberían explorar alternativas previas a la derivación hospitalaria para el manejo de emergencias psicoconductuales en el ámbito comunitario.

PALABRAS CLAVES:

Discapacidad Intelectual, Salud Mental, Trastornos Mentales, Disciplinas y Actividades Conductuales, Psicofarmacología, Enfermería

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Bernal-Celestino RJ. Salud y enfermedades más frecuentes en personas con retraso mental. Metas de enfermería. 2011;14(2).

2. 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 neurologia*. 2011;53(7):406.
3. Krahn GL, Fox MH. Health disparities of adults with intellectual disabilities: what do we know? What do we do? *J Appl Res Intellect Disabil*. 2014 Sep;27(5):431-46.
4. Martínez-Leal R, Salvador-Carulla L, Linehan C, Walsh P, Weber G, Van Hove G, et al. The impact of living arrangements and deinstitutionalisation in the health status of persons with intellectual disability in Europe. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2011;55(9):858-72.
5. Sinai A, Tenenbaum A, Aspler S, Lotan M, Morad M, Merrick J. Challenging Behavior and Related Factors in People with Intellectual Disability Living in Residential Care Centers in Israel. *Frontiers in Public Health*. 2013;1:13.
6. Einfeld SL, Piccinin AM, Mackinnon A, Hofer SM, Taffe J, Gray KM, et al. Psychopathology in young people with intellectual disability. *JAMA*. 2006 Oct 25;296(16):1981-9.
7. Krahn GL, Hammond L, Turner A. A cascade of disparities: Health and health care access for people with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. 2006;12(1):70-82.
8. Lunskey Y, Gracey C. The reported experience of four women with intellectual disabilities receiving emergency psychiatric services in Canada: a qualitative study. *J Intellect Disabil*. 2009 Jun;13(2):87-98.
9. Lunskey Y, Gracey C, Gelfand S. Emergency psychiatric services for individuals with intellectual disabilities: perspectives of hospital staff. *Intellect Dev Disabil*. 2008 Dec;46(6):446-55.
10. Lunskey Y, Balogh R, Khodaverdian A, Elliott D, Jaskulski C, Morris S. A Comparison of Medical and Psychobehavioral Emergency Department Visits Made by Adults with Intellectual Disabilities. *Emergency Medicine International*. 2012;2012:1-6.

AUTORES/AUTHORS:

Jordi Torralbas Ortega, Alberto Granero Lazaro, Montserrat Paños Martínez, Ester Patró Moncunill, Angel M^a Santiago Barragan, Anna M^a Escayola Maranges, Marc Marti Mestre

TÍTULO/TITLE:

Prevalencia de sobrepeso y Obesidad en el Trastorno mental severo

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad abdominal en las personas con Trastorno mental severo (TMS) en la Corporación sanitaria Parc Taulí (CPT). Describir la asociación existente entre la edad y el sexo con las variables relacionadas con la obesidad.

MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal de todas las personas introducidas en el programa TMS del Área de Salud mental de la CPT, en el que se analizaron las variables recogidas en las entrevistas de seguimiento de Enfermería.

Variables recogidas relacionadas con la obesidad: Índice de masa corporal (IMC) y Perímetro abdominal (PA).

RESULTADOS

El total de 789 usuarios incluidos en el programa de TMS de la CPT fueron incluidos en el análisis, 59.9% hombres. Edad mediana de 44.7 (DE 12.6) años.

Casi el 78% de la muestra tomaban APS orales o depot.

El 73% de la muestra presentaban un IMC >25, con normopeso casi igual entre sexos, aunque los hombres suelen presentar mayor índice de sobrepeso (IMC 25-30) que las mujeres, y éstas mayor índice de obesidad (IMC > 30) que los hombres (p=0.003).

La edad también es un factor determinante en la variación del IMC: los jóvenes menores de 30 años que presentan normopeso representan el 44.9% de la muestra, mientras que en los grupos de mayor edad el IMC oscila entre el 22.6% y 18.8%, conforme la edad aumenta (p<0.001).

La obesidad abdominal responde de forma similar en el análisis: la es presentada por un 80.7% de las mujeres (PA>88cm) y 52.6% de los hombres (PA>102cm), con diferencia significativa (p<0.001), aumentando la frecuencia a medida que aumenta la edad, de un 37.6% de los <30 años hasta el 79.5% de los que ya han superado los 60 años.

DISCUSIÓN

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en los usuarios TMS es muy elevada comparada con la población general, suponiendo este un riesgo cardiovascular y metabólico sobreañadido a la problemática de base de la persona. Muchos estudios consideran que los factores como la abulia, la clinofilia, el sedentarismo, la administración de APS y otros psicofármacos, y los malos hábitos dietéticos, muy presentes en los usuarios afectados de un TMS, hacen que se cuadruplicen sus cifras de morbi-mortalidad a nivel cardiovascular. Es necesaria la intervención específica por parte de sus referentes enfermeros, dentro del seguimiento habitual de los trastornos mentales crónicos. Debemos intervenir para mejorar los factores de riesgo cardiovascular en este grupo de población, más sensible a padecerlos, con la finalidad de mejorar su calidad de vida y evitar las consecuencias negativas del sobrepeso y la obesidad en el transcurso del trastorno mental.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.- WHO. Global Action Plan for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases 2013-2020. Ginebra: WHO; 2013 [citado 11 Feb 2016]. Disponible en: http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/
- 2.- WHO. Global Status Report on non-communicable diseases 2014. Ginebra: World Health Organization; 2014 [citado 11 Feb

2016]. Disponible en: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>

3.- Organización Mundial de la Salud. Mortalidad y Causas. Ginebra [acceso 22 Abril 2011; actualizada 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/research/es/index.html>

4.- Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la obesidad. World Health Organization; Mayo 2014 [citado 11 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>

5.- Efer I. La Obesidad en España y otras claves de la alarma sobre el exceso de kilos en el mundo. [Actualizado el 17 Abr 2016]. ABC [citado 12 Jul 2016]. Disponible en:

http://www.abc.es/sociedad/abci-obesidad-espana-y-otras-claves-alarma-sobre-exceso-kilos-mundo-201604012226_noticia.html

6.- Vandevijvere S, Chow CC, Hall KD, Umali E, Swinburn BA. Increased food energy supply as a major driver of the obesity epidemic: a global analysis. Bull World Health Organ. 2015; 93:446–456. Disponible en :

<http://www.who.int/bulletin/volumes/93/7/14-150565.pdf?ua=1>

7.- Aranceta J. et al. Prevalencia de obesidad general y obesidad abdominal en la población adulta española (25-64 años) 2014-2015: estudio ENPE. [citado Sep 2016]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2016/j.recesp2016.02.10>. revista española de cardiología. 2016;69(6):579-587.

8.- Wildgust HJ, Beary M. Are there modifiable risk factors which will reduce the excess mortality in schizophrenia?. J Psychopharmacol. 2010;24(4 Suppl):37-50.

9.- De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. World Psychiatry. 2011;10(1):52-77.

10.- De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RI, Möller HJ. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). Eur Psychiatry. 2009;24(6):412-24. 11.- Ohaeri JU, Akanji AO. Metabolic syndrome in severe mental disorders. Metab Syndr Relat Disord. 2011;9(2):91-8.

AUTORES/AUTHORS:

M^ª Fabiola Modrego Aznar, Jesús Magdalena Belio, Antonio Hernández Torres

TÍTULO/TITLE:

Impacto de un programa enfermero de seguimiento metabólico para pacientes ambulatorios con tratamiento antipsicótico

En los últimos diez años ha habido un creciente interés por la salud física de los pacientes que sufren enfermedades mentales (1) reconociéndose que tienen un mayor riesgo de sufrir problemas de salud física, por diversas razones: hábitos de vida y los cambios en el metabolismo inducidos por la propia enfermedad y por algunos fármacos (2-3).

Tener una enfermedad mental ha sido, y sigue siendo hoy, una fuerte barrera a la atención médica efectiva (4). Los enfermos mentales tienen casi dos veces más riesgo de sufrir una muerte natural que las personas sanas de su misma edad y presentan una mayor tasa de comorbilidad física (principalmente complicaciones metabólicas y cardiovasculares) (5,6). Esto representa una reducción de la vida útil de 15 a 30 años (3). Los fármacos antipsicóticos permiten evitar recaídas a los pacientes pero están vinculados a numerosos efectos adversos: síntomas extrapiramidales, sedación, aumento de peso, alteraciones endocrino-metabólicas (7-9). El síndrome metabólico (SM) es una agrupación de factores de riesgo (aumento del perímetro abdominal, aumento de triglicéridos, descenso del colesterol H.D.L., elevación de la presión arterial e hiperglucemia). La suma de ellos incrementa de forma exponencial el riesgo cardiovascular (10).

OBJETIVOS:

- 1.-Diseñar y evaluar la efectividad de un programa enfermero para cuidar la salud física de los pacientes ambulatorios que sufren TMG y precisan tratamiento antipsicótico inyectable, utilizando el lenguaje enfermero NANDA-NOC-NIC.
- 2.-Conocer la frecuencia de SM y los parámetros que lo definen en los pacientes, al inicio del estudio y tras dos revisiones metabólicas anuales.

MÉTODOS:

Muestra poblacional de 128 pacientes adultos, hombres y mujeres; edad entre 18-76 años, con tratamiento antipsicótico inyectable referidos a la Unidad de Salud Mental-Consultas del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

Criterios de inclusión: mayores de 18 años, más de un año en tratamiento antipsicótico inyectable, consentimiento informado firmado para la participación en el estudio.

El diseño del estudio fue de corte cuantitativo; descriptivo, observacional trasversal al inicio del estudio. pasó a ser prospectivo longitudinal cuasi-experimental por el seguimiento realizado durante dos años. El Comité Ético de Investigación de Aragón autorizó su realización.

Los dos pilares sobre los que se apoya el presente estudio enfermero son el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y la Valoración enfermera utilizando los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon (11). Se utilizó el lenguaje común entre los profesionales de enfermería: los Diagnósticos Enfermeros de la Clasificación Internacional NANDA (12). Se determinó la presencia de SM según las definiciones: Adult Treatment Panel III (ATP III) y la Federación Internacional de Diabetes (IDF).

La recogida de datos se realizó durante cuatro años, desde octubre del año 2010 a marzo del año 2014. En la etapa inicial del estudio se realizó la Valoración Enfermera no solo funcional, psicoafectiva y familiar, sino también de la salud física. Dado que la obesidad es uno de los factores desencadenantes de alteraciones metabólicas, se efectuó medición de peso y talla para cálculo del IMC (kg/m²). Como la expresión del SM es una comorbilidad de la obesidad, se calculó su presencia en los pacientes según las definiciones ATP III e IDF: circunferencia de cintura, tensión arterial, glucemia, triglicéridos y HDL colesterol (7).

El perímetro abdominal se midió con cinta métrica flexible, inextensible, por encima del ombligo. La medida de la tensión arterial (TA) se llevó a cabo con el paciente sentado, en reposo durante cinco minutos, brazo apoyado y manguito a nivel del corazón. Se tomó en tres ocasiones con un tensiómetro digital de brazo y se consideró el valor promedio. Se realizó extracción sanguínea (bioquímica y

hormonal). El plan de atención de enfermería se realizó eligiendo los cuatro diagnósticos más frecuentemente alterados en los pacientes, tal como se detalla a continuación:

PATRÓN 2.- Nutricional-Metabólico. Diagnóstico enfermero NANDA: Código 0001. Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades.

Características definitorias: Peso corporal del 20% superior al ideal para la altura y constitución corporal. Patrones de comida disfuncionales (por ejemplo: comer al mismo tiempo que realiza otras actividades). Comer en respuesta a claves internas distintas al hambre (p.e. ansiedad).

Se trabajaron las capacidades de los pacientes para corregirlos: Falta de conocimientos sobre los alimentos y su metabolismo. Comportamientos psicóticos (polidipsia, pica-pica y otros). Estados de ánimo distímicos (soledad, tristeza, aburrimiento). Hábitos familiares erróneos o deficitarios respecto a la comida, en cuanto al equilibrio calórico.

Se hizo partícipe a cada paciente en la elaboración de una dieta adecuada para lograr mantenimiento y/o pérdida de peso. Se explicó el valor nutricional de los alimentos y su contenido calórico, así como la elección de alimentos acordes a sus gustos y preferencias. Se compartió con su familia la importancia de modificar algunos hábitos alimenticios familiares. Cada vez que el paciente lograba pérdida de peso se le felicitó por el objetivo conseguido.

PATRÓN 4.- Actividad-Ejercicio. Diagnóstico enfermero NANDA: Código 0168. Estilo de vida sedentario.

Características definitorias: El paciente elige una rutina diaria con falta de ejercicio físico. Verbaliza preferencia por actividades con poca actividad física. Conocimientos deficientes sobre los beneficios del ejercicio físico para la salud.

Se explicaron al paciente los efectos sobre la salud del ejercicio físico, como mecanismo de gasto energético y como factor beneficioso. Se facilitó la elección del ejercicio que más le interesara al paciente, animándole y explicándole cómo aplicarlo. Ninguna alimentación es sana, si no va acompañada de ejercicio físico y se le motivó para romper el círculo del sedentarismo. Se escucharon los argumentos que le llevaban a ese estilo de vida y se le explicó la necesidad de modificarla.

PATRÓN 5: Percepción–Manejo de la salud. Diagnóstico enfermero NANDA: Código 0099. Mantenimiento ineficaz de la salud.

Características definitorias: Falta demostrada e incapacidad para asumir la responsabilidad de llevar a cabo, o buscar ayuda, para las prácticas básicas de salud (consumo excesivo de tabaco, alcohol o drogas).

Se buscó y animó la implicación de la familia para facilitar al paciente el logro de los objetivos, referente a la dieta y el ejercicio acordado. Se realizó escucha activa de las carencias o limitaciones que los pacientes expresaban y se llegó a un acuerdo consensuado con ellos.

PATRÓN 10.- Adaptación–Tolerancia al estrés. Diagnóstico enfermero NANDA: Código: 0069. Afrontamiento inefectivo: Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de los agentes estresantes, para elegir adecuadamente las respuestas o para usar los recursos disponibles.

Características definitorias: Expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales. Insomnio. Nerviosismo. Irritabilidad. Disminución de la habilidad para aprender/solucionar problemas. Tendencia a culpar a otros.

Se incentivó una actitud de esperanza, como forma de manejar los sentimientos de impotencia o desánimo. Se ayudó al paciente a que expresara los sentimientos de ansiedad, ira, tristeza, animándolo y ofreciéndole apoyo, así como a clarificar los conceptos equivocados.

La medida del compromiso de los pacientes con los diagnósticos enfermeros es un concepto variable y se utilizó una escala ordinal de cinco puntos que proporcionó opciones suficientes para demostrar la variabilidad de la conducta en su autocuidado o percepción del paciente en relación con el resultado: 1.Nulo compromiso, 2.Algún compromiso, 3.Moderado compromiso, 4.Frecuente compromiso, 5.Importante compromiso.

En las citas sucesivas para el tratamiento inyectable se realizó un control de peso. Asimismo, se repasaron los acuerdos dietéticos y la realización de actividad física.

RESULTADOS.

La distribución por sexo de la población a estudio fue de 74 hombres (57,8%), con una edad media de $39 \pm 9,18$ años, y de 54 mujeres (42,2%) con una edad media de $45 \pm 12,6$ años. El diagnóstico psiquiátrico más frecuente fue "esquizofrenia" (63,3%); seguido por el "delirio crónico" (13,3%), "trastorno esquizoafectivo" (10,2%) y "otros trastornos psicóticos" (13,3%). La media de años con tratamiento antipsicótico fue de $11,2 \pm 7,9$ años (de 1 año a 40 años). El 54% de los pacientes utilizaba tratamiento antipsicótico en monoterapia (inyectable depot). El 46% de pacientes llevaba además uno o más antipsicóticos orales (politerapia).

La prevalencia de SM al inicio del estudio, según la definición ATP III, fue del 32,8% (42 pacientes) y para la definición IDF, fue del 45,3% (58 pacientes). Si comparamos por sexo, las mujeres tienen mayor frecuencia de SM respecto a los hombres en todos los grupos de edad, pero la diferencia observada no resultó estadísticamente significativa (e.s.). Los pacientes del estudio mostraron una prevalencia de SM mayor que la población general española: 45,3% vs del 31% (Estudio nacional DARIOS 2012).

Los pacientes en monoterapia antipsicótica presentaban la mitad de la frecuencia de SM que los que recibían politerapia (38,1% vs 61,9%), resultando (e.s.)($p=0,02$). También se observaron diferencias e.s. en la utilización de antipsicóticos atípicos ($p=0,02$).

En la revisión metabólica inicial, el 20,3% de los pacientes tenía peso normal, el 39,8% sobrepeso y obesidad el 39,9%. En la revisión final, el 19,2% presentó normopeso, el 42,4% sobrepeso y obesidad 38,4%. A lo largo de las revisiones realizadas, se redujo la frecuencia de obesidad en los pacientes del estudio.

La frecuencia y el porcentaje de pacientes que presentaban SM disminuyeron a lo largo de las tres revisiones metabólicas realizadas, aunque los resultados no fueron e.s. Según la definición IDF se aproximó ($p=0,06$).

Se observó una clara relación entre el mayor compromiso de los pacientes con hábitos de vida saludables y la menor frecuencia de SM ($p=0,0039$). El desequilibrio nutricional en exceso triplicó el riesgo de SM en ambas definiciones (ATPIII: OR 3,37, IC 1,59-7,26) (IDF: OR 3,08, IC 1,49-6,38). El estilo de vida sedentario incrementó en cuatro veces el riesgo de SM aplicando la definición ATPIII (OR 4,04, IC 1,77-9,25, $p=0,013$) y 3,4 veces más riesgo de SM (OR 3,41, IC 1,63-7,14, $p=0,0017$), según la definición IDF. Los otros dos diagnósticos enfermeros, gestión ineficaz de la salud y el afrontamiento infeccioso, no resultaron e.s.

DISCUSIÓN. Saravane (4) señala que el reconocimiento y manejo de la morbilidad médica en pacientes con enfermedad mental se logran con más dificultad debido a barreras relacionadas con el propio paciente, la enfermedad, las actitudes de los profesionales sanitarios y la estructura de los servicios sanitarios. Por eso era necesario diseñar planes de cuidados enfermeros que mejorasen el sobrepeso, la obesidad y las alteraciones metabólicas de los pacientes con tratamiento antipsicótico.

Las intervenciones enfermeras seleccionadas han sido efectivas y eficaces para mejorar el compromiso de los pacientes con los diagnósticos enfermeros seleccionados y refuerza la importancia de dichas intervenciones para el control, seguimiento y tratamiento de las comorbilidades físicas en los pacientes con trastornos psicóticos.

Entre las implicaciones a la práctica de enfermería, este estudio favorece la construcción de un cuerpo de conocimientos basado en evidencias sobre el cuidar de los pacientes que precisan tratamiento antipsicótico; facilita la elaboración de protocolos de actuación en enfermería de salud mental, fundamenta la enseñanza enfermera y raciocinio clínico; apoya la planificación de asignación de recursos para los servicios de enfermería de salud mental.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.- Toshi G et al. Physical health care monitoring for people with serious mental illness. Reviews. Cochrane Systematic Reviews 2014. [citado 2014 Feb 28]. Disponible en: <http://www.update-software.com//BCP/WileyPDF/EN/CD008298.pdf>
- 2.- García-García E et al. La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Salud Mental [revista en Internet] 2009[citado 2014 Jul 11]; 32(1):79-87. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000100011&lng=es
- 3.- Bobes-García J et al. Dephi consensus on the physical health of patients with schizophrenia: evaluation of the recommendations of the spanish societies of psychiatry and biological psychiatry by a panel of experts. Actas Esp Psiquiatr. 2012;40(3):114-28.

- 4.- Saravane D et al; avec le soutien institutionnel du laboratoire Lilly. Drawing up guidelines for the attendance of physical health of patients with severe mental illness. *Encephale*. 2009;35(4):330-9.
- 5.- Sáiz Ruiz J et al. Consensus on physical health of patients with schizophrenia from the Spanish Societies of Psychiatry and Biological Psychiatry. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008;36(5):251-64.
- 6.- De Hert M et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*. 2011;10(2):138-51.
- 7.- American Diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of Clinical Endocrinologists, North American Association for the Study of Obesity. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. *Diabetes Care*. 2004;27(2):596-601.
- 8.- Usher K, Foster K, Park T. The metabolic syndrome and schizophrenia: the latest evidence and nursing guidelines for management. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs*. 2006;13(6):730-34.
- 9.- Newcomer J. Metabolic considerations in the use of antipsychotic medications: a review of recent evidence. *J Clin Psychiatry*. 2007;68 Suppl 1:20-7.
- 10.- Gami AS et al. Metabolic syndrome and risk of incident cardiovascular events and death: a systematic review and metaanalysis of longitudinal studies. *J Am Coll Cardiol*. 2007;49(4):403-14.
- 11.- Gordon M. *Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación*. 3ª Edición. Mosby/Doyma Libros. Madrid 2009.
- 12.- NANDA.NOC.NIC. Sistema de ayuda en la elaboración de planes de cuidados de enfermería. [citado 2012 Aug 20]. Disponible en: <http://www.nanda.es>

Mesa de Comunicaciones 20: Práctica clínica

Concurrent Session 20: Clinical Practice

AUTORES/AUTHORS:

M^ªDolores Rodríguez Huerta, Lidia García Pérez, María Martín Rodríguez, Mario Fernández Izquierdo, Leticia Cuéllar Pompa

TÍTULO/TITLE:

Accesos vasculares guiados con ultrasonidos en población infantil: efectividad y seguridad. Una revisión sistemática.

Introducción

La canalización de accesos vasculares en niños es un procedimiento habitual en diversos ámbitos hospitalarios, con unas tasas de complicaciones en esta población del 3,1% en canalización de vena femoral y del 34% en subclavia. El riesgo de complicaciones aumenta significativamente hasta seis veces con tres o más intentos, y la probabilidad de fallo en la canalización se correlaciona con el número de intentos¹. En niños, sobre todo pequeños, supone técnicamente un reto debido al pequeño calibre de los vasos; la canalización de la vena yugular interna está sujeta a variaciones anatómicas y la subclavia se asocia a mayor tasa de complicaciones². Además, respecto a la canalización de venas centrales (CVC) se ha descrito que un 18% de esta población sufre anomalías anatómicas, particularmente en niños menores de un año o de 4 kg de peso¹.

Apoyándose en los resultados de numerosos estudios que muestran un mayor éxito en la canalización vascular asociado a la guía con ultrasonidos (US), diversas publicaciones actuales recomiendan en general, con determinadas especificaciones, la canalización vascular dirigida con US en lugar de la técnica por referencias anatómicas y palpación^{3,4}. Sin embargo, la evidencia en esta población es escasa y además muestra resultados discordantes⁵⁻⁷.

El objetivo de esta revisión era identificar y evaluar la evidencia científica disponible sobre la efectividad y la seguridad de la canalización guiada con US en población infantil.

Método

Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura en las bases electrónicas MEDLINE, EMBASE, CINAHL, DARE y HTA desde su inicio hasta mayo de 2015, mediante la combinación de los términos Central venous catheter, Central venous catheterization, Intravascular catheter, Cannulation, arterial catheter, Artery catheterization ultrasonography, ultrasonic guidance, ultrasound guidance y otros relacionados aplicándose el filtro de SIGN para localizar ensayos clínicos aleatorizados (ECA), así como búsqueda de literatura gris y secundaria en las referencias de las publicaciones evaluadas en la revisión.

Se incluyeron revisiones sistemáticas (RS) y ECA que evaluaran efectividad y seguridad de la canalización de accesos vasculares venosos y arteriales guiada con US comparando con la técnica tradicional. No se limitó por edad de los participantes ni por especialidad hospitalaria. Las medidas de resultado de principal interés fueron la proporción de éxito/fallo en la canalización, número de intentos, tiempo del procedimiento e incidencia de efectos adversos. Se excluyeron los estudios que no fueran ECA o RS, abstract de congresos, los estudios con modelos anatómicos y los que no estuvieran publicados en inglés o español.

Dos revisores evaluaron independientemente los títulos y los resúmenes de los estudios identificados y los artículos seleccionados a texto completo; posteriormente se procedió a la puesta en común de resultados para determinar qué estudios eran finalmente incluidos en la presente RS.

Cuando se identificaron RS actuales y de calidad describiendo correctamente el método, criterios de inclusión y valoración de la calidad de los estudios individuales, se optó por incluirlas excluyendo RS anteriores que tenían estudios primarios en común, así como los estudios originales anteriores a dichas revisiones, e incluir aquellos publicados con posterioridad al rango de fechas incluidas por las mencionadas revisiones.

Dos revisores de forma independiente valoraron la calidad de los estudios consensuando la puntuación final cuando hubo disparidad en la valoración, utilizando los instrumentos del Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) adaptado al español por GuíaSalud. Los estudios se clasificaron globalmente como de baja, moderada o alta probabilidad de sesgo.

La extracción de los datos se realizó en una plantilla formato excell previamente diseñada para RS y ECA y se analizaron por tipo de acceso vascular realizando una síntesis narrativa con tabulación de resultados ya que las características de los estudios incluidos no permitieron realizar meta-análisis.

Resultados

De las 363 referencias recuperadas finalmente quedaron incluidos 6 estudios: 5 RS^{2,8-11} y 1 ECA¹² de publicación posterior a las RS incluidas; todos ellos publicados en inglés.

Características de los estudios incluidos

Los estudios incluidos cumplían los criterios establecidos, siendo la técnica de US en 2 dimensiones a tiempo real la intervención evaluada en todos ellos. Una revisión también incluyó estudios que analizaban la técnica US Doppler⁸, y una el uso de US para la pre-visualización del vaso². El ámbito fue mayoritariamente canalización programada en unidades de hospitalización, cuidados intensivos y quirófono.

Las medidas de resultado principales fueron la proporción de fallo o éxito en la inserción del catéter e incidencia de complicaciones generales. Secundariamente algunos autores evaluaron número de intentos, tiempo invertido en el procedimiento y/o complicaciones específicas.

Calidad metodológica de los estudios incluidos

Los estudios sobre CVC^{8,9} y canalización de arteria (CA) radial^{10,11} que incluyen todo tipo de población son de calidad metodológica media y alta y evaluaron la heterogeneidad estadística entre estudios en el análisis por subgrupos. Las limitaciones más destacables es la escasa muestra para población infantil. La RS exclusivamente sobre CVC niños² incluyó estudios heterogéneos (evaluaban dos técnicas diferentes) y no se informa de la calidad de los estudios individuales. Por último, el ECA de Bruzoni et al¹² tiene un alto riesgo de sesgo de publicación de resultados.

Efectividad de la canalización del acceso vascular guiada con ultrasonidos

CVC

Sigaut et al² realizaron un meta-análisis incluyendo 3 estudios que evaluaban el uso de US a tiempo real para la canalización y 2 para la visualización previa sin obtener significación estadística para fallo de inserción ni para tiempo del procedimiento, mientras que sí observaron que el uso de US era efectivo en disminuir el número de intentos (diferencia de medias: -0,81; IC 95%:-1,10 a -0,52). En el análisis de los dos tipos de técnica por separado obtuvieron una disminución de la proporción de fallos y de punción arterial en el caso de pre-visualización (OR = 0,13; IC95%:0,03-0,61 y OR = 0,16; IC95%: 0,03-0,77), pero no para la inserción guiada con US. Wu et al⁹ tampoco encontraron diferencias significativas entre ambas técnicas para el fallo de inserción en el análisis de subgrupo en menores de 8 años (n=5, RR=0,26; IC 95%: 0,03-2,55) con una heterogeneidad importante entre estudios (I²= 85, 9%). Mientras que Hind et al⁸ informaron de una disminución significativa del riesgo de fallo en la canalización de yugular interna con US para este subgrupo (n=3).

Los resultados del ECA mostraron una mayor incidencia de éxito al primer intento (P=0,021) y en los tres primeros intentos (P=0,0001) en el grupo intervención frente al comparador¹².

CA radial

Los resultados obtenidos por las 2 RS identificadas muestran que comparado con la técnica tradicional, la canalización guiada con US aumenta la proporción de éxito en el primer intento: Tang et al (n=3) RR=1,88 (IC95%:1,07-3,31)¹⁰ y Gao et al (n=4) RR= 1,73 (IC95%: 1,35-2,21)¹¹.

Seguridad de la canalización del acceso vascular guiada con ultrasonidos

Para CVC en niños los resultados son contradictorios. Hind et al⁸ informan de una reducción del riesgo de complicaciones del 73% estadísticamente significativa, mientras que Sigaut et al² no encontraron diferencias entre las dos técnicas (n=5 cada revisión). Wu et al⁹ tampoco observaron asociación del uso de US con reducción del riesgo de punción arterial (RR= 0,34; IC95%: 0,05-2,60), hematoma (RR= 0,13; IC95%: 0,01-2,42), neumotórax (RR= 0,40; IC95%: 0,02-9,61) y hemotórax (RR= 0,40; IC95%: 0,02-9,61) para subgrupo < de 8 años.

El estudio sobre CA que evaluó la aparición de hematoma observando una disminución del riesgo de complicaciones con el uso de US (P=0,0001)¹⁰. No se pudo hacer análisis por edad pero los autores informan de heterogeneidad no significativa entre estudios para esta medida.

Discusión

El objetivo de esta revisión era identificar y evaluar la evidencia científica disponible sobre efectividad y seguridad de la canalización

vascular guiada con US en población infantil.

Los trabajos identificados en niños son escasos, centrados en yugular interna, heterogéneos a nivel individual y además obtienen resultados contradictorios; sin embargo, habría que tener en cuenta que los meta-análisis de Wu et al⁹ y Sigaut et al² se ven influenciados por un solo estudio, el mismo en ambos casos, cuyos resultados eran a favor del método tradicional. En base a los resultados observados en esta revisión serían necesarios más estudios de alto nivel de evidencia para evaluar el papel que juegan los US en esta población. Dado el riesgo potencial del procedimiento (peso corporal variable, calibre pequeño, 18% de anomalías¹), estos pacientes podrían beneficiarse del uso rutinario de US en la inserción de catéter venoso central y arterial, si bien se ha demostrado su utilidad para evaluar previamente la idoneidad del vaso a canalizar.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Kumar a, Chuan A. Ultrasound guided vascular Access: efficacy and safety. Best Practice and Research Clinical Anaesthesiology. 2009; 23:299-311.
2. Sigaut S, Skhiri A, Stany I, Golmar J, Nivoche Y, Constant I et al. Itrasound guided internal jugular vein access in children and infant: a meta-analysis of published studies. Paediatr Anaesth. 2009; 19 (12):1199-206.
3. Troianos CA, Hartman GS, Glas KE, Skubas NJ, Eberhardt RT, Walker JD et al. Guidelines for Performing Ultrasound Guided Vascular Cannulation: Recommendations of the American Society of Echocardiography and the Society of Cardiovascular Anesthesiologists. J Am Soc Echocardiogr. 2011; 24:1291-318.
4. Lamperti M, Bodenham AR, Pittiruti M, Blaivas M, Augoustides JG, Elbarbary M et al. International evidence-based recommendations on ultrasound-guided vascular Access. Intensive Care Med. 2012; 38:1105–1117
5. Verghese ST, McGill WA, Patel RI, Sell JE, Midgley FM, Ruttimann UE. Ultrasound-guided internal jugular venous cannulation in infants: a prospective comparison with the traditional palpation method. Anesthesiology. 1999; 91(1):71-7
6. Verghese ST, McGill WA, Patel RI, Sell JE, Midgley FM, Ruttimann UE. Comparison of three techniques for internal jugular vein cannulation in infants. Paediatr Anaesth. 2000; 10 (5):505-11.
7. Grebenik CR, Boyce A, Sinclair ME, Evans RD, Mason DG, Martin B. NICE guidelines for central venous catheterization in children. Is the evidence base sufficient? Br J Anaesth. 2004; 92(6):827-30.
8. Hind D, Calvert N, McWilliams R, Davidson A, Paisley S, Beverley C, et al. Ultrasonic locating devices for central venous cannulation: meta-analysis. BMJ. 2003; 327:361.
9. Wu S, Ling Q, Cao L, Wang J, Xu M, Zeng W. Real-time two-dimensional ultrasound guidance for central venous cannulation: a meta-analysis. Anesthesiology. 2013; 118 (2): 361-75.
10. Tang L, Wang F, Li Y, Zhao L, Xi H, et al. Ultrasound Guidance for Radial Artery Catheterization: An Updated Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. PLoS ONE. 2014; 9(11): e111527.
11. Gao Y-B, Yan J-H, Gao F-Q, Pan L, Wang X-Z, Lv Ch-J et al. Effects of ultrasound-guided radial artery catheterization: an updated meta-analysis. Am J Emerg Med. 2015; 33: 50–55.
12. Bruzoni M, Slater BJ, Wall J, St Peter SD, Dutta S. A prospective randomized trial of ultrasound- vs landmark-guided central venous access in the pediatric population. J Am Coll Surg. 2013; 216(5):939-43.

AUTORES/AUTHORS:

M^º Dolores López Franco, Pedro Luis Pancorbo Hidalgo

TÍTULO/TITLE:

Actualización de un cuestionario de conocimientos en prevención de úlceras por presión: Validación de contenido.

INTRODUCCIÓN: Según el modelo teórico actual, las úlceras por presión (UPP) son consideradas como lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (1). Las UPP constituyen un problema que es tan antiguo como la propia humanidad. Una UPP se define como "una lesión localizada en la piel y/o tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con las fuerzas de cizalla. En ocasiones, también pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos (2).

En el 4º Estudio Nacional de Prevalencia se destaca que hasta el 65% de las lesiones originadas durante la estancia hospitalaria son de origen nosocomial (3). Aunque en la prevención de UPP debe de estar implicado un equipo multidisciplinar, es el personal de enfermería el principal responsable de los cuidados de personas con UPP o riesgo de padecerlas, por ello es importante evaluar los conocimientos que poseen sobre la prevención en UPP. Los cuestionarios de conocimientos de prevención en UPP que existen están basados en guías de práctica clínica (GPC) antiguas, no están validados o no aportan suficientes pruebas de su validación (4-6).

OBJETIVO: Diseñar y validar de contenido un cuestionario sobre conocimientos en prevención de úlceras por presión en adultos basado en recomendaciones de guías de práctica clínica y documentos técnicos más actuales dirigidos a enfermeras.

MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal para la validación de contenido de un cuestionario. Se desarrollaron 7 fases:

Fase 1: Selección de documentos sobre prevención de UPP. Para identificar las recomendaciones sobre prevención en UPP se realizó una búsqueda bibliográfica de GPC utilizando los recursos disponibles on-line. En la búsqueda se consideró las GPC publicadas desde 2009-2014. Se utilizaron diversos medios electrónicos y recursos on-line: PUBMED, LILACS, CINAHL, COCHRANE, Guía Salud, Google Scholar, National Pressure Ulcer Advisory Panel, Instituto Joanna Briggs, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), National Guideline Clearinhouse, National Library of Guideliness Specialist Library, National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN), Exploraevidencia y la página web de la GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por presión y Heridas crónicas).

Fase 2: Extracción de las recomendaciones. Mediante la selección y obtención del texto completo de las GPC se extrajeron las recomendaciones sobre prevención de UPP (traduciendo al español las que estaban en inglés). Dichas recomendaciones se agruparon por áreas y se estableció su nivel de evidencia usando el sistema GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation).

Fase 3: Consulta con panel de expertos para selección de recomendaciones. Las recomendaciones seleccionadas fueron consultadas por vía e-mail con 12 profesionales expertos en cuidado de heridas, unos de ámbito asistencial y otros de ámbito académico. Cada experto debía de puntuar cada recomendación entre 1 a 7 según fuera considerada menos o más adecuada.

Fase 4: Análisis de los datos y selección de las recomendaciones para elaboración del cuestionario. Se consideraron para el cálculo los siguientes valores descriptivos: número de expertos que participaron, número de expertos que puntuaban 6 ó 7, valor medio de las puntuaciones obtenidas en cada recomendación, desviación estándar y porcentaje de acuerdo. Se eligieron aquellas recomendaciones con un porcentaje de acuerdo >80% de los expertos.

Fase 5: Redacción de ítems. En la redacción se tuvieron en cuenta las pautas sugeridas por DeVellis: claridad en la redacción, evitar ítem largos, evitar dobles ideas y con dificultad en la comprensión.

Fase 6 y 7: Validación de contenido por panel de expertos. Se pidió a cada experto que valorara cada ítem en función de la relevancia y claridad usando una escala de 1 a 5, siendo 1 (Nada relevante/ Nada claro) y 5 (Muy relevante/ Muy claro). Para establecer el grado de acuerdo entre los expertos se calculó el índice V de Aiken, y su intervalo de confianza al 95% (IC 95%) mediante el método Score (7). Los valores de V de Aiken oscilan entre 0 y 1.

RESULTADOS: Se localizaron 6 GPC y 1 documento técnico (8-9) tras la búsqueda en las diversas fuentes de datos y recursos on-line. Se obtuvieron 414 recomendaciones en prevención de UPP para población adulta de las cuales se extrajeron 84 tras la síntesis y agrupación en áreas y subáreas. Se escogieron 44 recomendaciones con un porcentaje de acuerdo >80% de los expertos. En la validación de contenido se emplearon 2 rondas de consulta a expertos. De los 52 ítems resultantes de las 44 recomendaciones, se eligieron 37 mediante el análisis de la V de Aiken usando el método Score con hojas de cálculo. El índice superior e inferior del valor de la V de Aiken en relevancia con IC al 95% de los ítems incluidos osciló entre 1.00 (0.92-1.00) y 0.88 (0.75-0.94). El índice superior e inferior del valor de la V de Aiken en claridad con IC al 95% de los ítems incluidos osciló entre 1.00 (0.92-1.00) y 0.90 (0.77-0.95) respectivamente.

DISCUSIÓN: Hay estudios que evalúan los conocimientos de los diferentes profesionales que atienden a personas en riesgo de padecer UPP pero no aportan suficientes pruebas de su validación. En un estudio del 2014 se ha concluido que para instrumentos que evalúen los conocimientos y habilidades que tienen los examinados, la evidencia de validez basada en el contenido del test es necesaria para construir un argumento de validez que apoye el uso de un test para un objetivo particular.

La validez de contenido debe reflejar el dominio de contenido de lo que se mide, es decir, el conjunto de dimensiones que integran la variable "conocimientos en prevención en UPP". Dicho dominio, lo hemos hallado concretamente en 6 GPC y un documento técnico. Se ha usado el método de la V de Aiken como método idóneo debido a la facilidad de cálculo y evaluación de los resultados mediante su intervalo de confianza.

Implicaciones para la práctica clínica: Utilizar un instrumento actualizado basado en GPC en prevención en UPP permitirá determinar los conocimientos de las enfermeras evidenciando los aspectos en los que no adquieran competencias preventivas con el objetivo de desarrollar intervenciones eficaces para minimizar los eventos adversos UPP relacionados con la asistencia sanitaria.

CONCLUSIONES: El cuestionario CPUPP-37 es una primera versión y debe de ser sometido a pruebas psicométricas como la fiabilidad pero constituye un buen argumento de validez de contenido que apoya su uso en el caso de estudios cuyo objetivo sea el de medir los conocimientos de enfermeras en prevención en UPP.

CONFLICTO DE INTERESES: Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. García-Fernández FP, Agreda J, Verdú J, Pancorbo-Hidalgo PL. A New Theoretical Model for the Development of Pressure Ulcers and Other Dependence-Related Lesions. *Journal of Nursing Scholarship*. 2014;46(1):28-38.
2. 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 II. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2014 [acceso 30 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.gneaupp>.
3. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Torra i Bou J, 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.

4. Beeckman D, Vanderwee K, Demarré L, Paquay L, Van Hecke A, Defloor T. Pressure ulcer prevention: development and psychometric validation of a knowledge assessment instrument. *Int J Nurs Stud.* 2010;47(4):399-410
5. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, López-Medina IM, López-Ortega J. Pressure ulcer care in Spain: nurses' knowledge and clinical practice. *J Adv Nurs.* 2007 May; 58(4):327-38.
6. Nuru N, Zewdu F, Amsalu S, Mehretie Y. Knowledge and practice of nurses towards prevention of pressure ulcer and associated factors in Gondar University Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC Nursing.* 2015;14(1):34
7. Cordón J. Analizando la V de Aiken usando el método Score con hojas de Cálculo [Internet]. 2015 [acceso 10 octubre 2015]. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/277555967_Analizando_la_V_de_Aiken_Usando_el_Mtodo_Score_con_Hojas_de_Clculo.
8. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Pressure Ulcer Prevention: The prevention and management of pressure ulcers in primary and secondary care. The management of pressure ulcers in primary and secondary care. A Clinical Practice Guideline [Internet]. NICE's Medical Technology Evaluation Programme guidance; 2014 [acceso 9 Marzo de 2015]. <https://www.nice.org.uk/>
9. García-Fernández FP, Soldevilla-Ágreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, Verdú-Soriano J, López-Casanova P, Rodríguez- Palma M. Prevención de las úlceras por presión. Serie Documentos técnicos GNEAUPP nº 1. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2014 [acceso 10 diciembre 2014] Disponible en: <http://www.gneaupp.org>

AUTORES/AUTHORS:

María Isabel Rihuete, Ángela Rodríguez, Susana Morán, María Gaudencia Casquero, Laura María Ramis, Raquel Nieto

TÍTULO/TITLE:

Resultados de la implementación de un programa de inserción ecoguiada de catéteres venosos central de acceso periférico

TITULO Resultados de la implementación de un programa de inserción ecoguiada de catéteres venosos central de acceso periférico
María Isabel Rihuete, Ángela Rodríguez, Susana Morán, María Gaudencia Casquero, Laura María Ramis, Raquel Nieto.

INTRODUCCION

El uso de catéteres venosos centrales de larga duración mediante acceso periférico (PICC) es una práctica cada vez más común en Oncología. Aunque la necesidad de accesos venosos centrales de larga duración en este campo no es nueva. Las características de los tratamientos, su duración y su administración en algunas ocasiones en perfusión continua, supusieron hace ya muchos años la utilización de catéteres tunelizados y/ o reservorios de acceso subcutáneo que permitieran administrar los tratamientos con la mayor seguridad posible¹. La colocación de estos dispositivos suele realizarse por profesionales médicos, en quirófano, el tiempo de espera para su implantación suele oscilar entre uno y tres meses, siendo necesaria también la intervención de un especialista médico en quirófano para su retirada. Estas razones y también su coste menor han llevado cada vez más a realizar la implantación de PICC por las enfermeras de las unidades de Oncología en la habitación del paciente, manteniendo las condiciones de asepsia que requiere su implantación. El PICC es un catéter venoso central de acceso periférico, no tunelizado, de silicona o de poliuretano de tercera generación, cuya duración estimada se sitúa alrededor de los 18 meses. El procedimiento puede ser realizado mediante técnica microsheldinger (TMS) por palpación o guiada por ultrasonidos (TMS-US), en el primer caso, se suelen utilizar venas visibles o superficiales en la región ante-cubital¹, no siendo siempre fácil el acceso a las mismas. En el segundo caso, mediante técnica ecoguiada, se puede acceder a venas más profundas y de mayor calibre por lo que el porcentaje de éxito es mayor, disminuyendo también el riesgo de flebitis mecánica y de trombosis venosa.² Aunque la utilización de un ecografo para realizar la inserción es cada vez mayor todavía no es una práctica habitual en las unidades de enfermería y requiere un aprendizaje en el manejo del mismo.

El catéter PICC necesita también unos cuidados posteriores a su implantación que debe realizar el mismo paciente con ayuda de un cuidador familiar por lo que la valoración de la enfermera previa a la inserción de este tipo de catéter es muy importante para comprobar la viabilidad del mantenimiento del mismo y tomar la decisión de su implantación.

En la Unidad de Oncología del Hospital Universitario de Salamanca decidimos realizar un programa de aprendizaje en la utilización de la técnica ecoguiada para la implantación de catéteres venosos centrales de larga duración mediante acceso periférico (PICC). Con nuestro programa pretendimos la formación de algunas enfermeras de la Unidad tanto en el manejo del ecografo como en la implantación y en las habilidades de comunicación e información al paciente tanto en las características de la inserción del catéter como en sus cuidados posteriores.

Para valorar la utilidad de nuestra innovación decidimos hacer un estudio cuyo objetivo principal era evaluar los resultados de la implementación de un programa de inserción ecoguiada de catéteres venosos centrales de larga duración mediante acceso periférico (PICC). Los objetivos específicos eran analizar las características de los pacientes que requieren terapia venosa prolongada, las complicaciones, la duración del catéter, el motivo de retirada y la calidad percibida por el paciente.

METODO: Se diseñó un estudio observacional retrospectivo de los catéteres implantados desde abril de 2014 a abril de 2016. Fueron seleccionados para el estudio todos los pacientes ingresados en la Unidad de Oncología durante el tiempo establecido, que precisaron terapia venosa prolongada y que dieron su consentimiento a la inserción del PICC por las enfermeras de la Unidad. Las variables estudiadas fueron: las características sociodemográficas de los pacientes, el diagnóstico, el tratamiento, las

características del catéter, el lugar de inserción, las complicaciones, la duración, el motivo de retirada y la satisfacción de los pacientes. Para la evaluación de esta última variable se utilizó una muestra aleatoria de la población total del estudio que respondieron a cuestiones relacionadas principalmente con la información recibida, el dolor en la inserción, el mantenimiento o la comodidad del catéter, mediante una escala tipo LIKERT de 4 opciones de respuesta: "totalmente en desacuerdo", "desacuerdo", "de acuerdo" y "muy de acuerdo, finalmente debían responder mediante una escala de 0 (nada satisfecho) a 10 (totalmente satisfecho) el nivel de satisfacción obtenido con el PICC.

Los datos se recogieron de la historia del paciente, de los registros de enfermería y mediante una entrevista con el paciente de forma presencial y telefónica. Se garantizó el anonimato para la recogida de los datos referentes a la satisfacción mediante un sobre que se debía entregar cerrado y sin identificación.

El análisis de los datos se realizó mediante los estadísticos descriptivos de media, desviación típica e intervalo de valor para las variables cuantitativas que seguían una distribución normal. En las variables que no seguían esta distribución se utilizó la mediana en lugar de la media como medida de centralización. Las variables cualitativas fueron definidas por el número de casos y el porcentaje. El procesado de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS 20.0.

RESULTADOS

Se insertaron 247 PICC. La edad media de los pacientes era de 58,3, con una desviación típica de 11,90, el 57,9% eran mujeres. En el 92,3% de los casos el catéter se utilizó para administración de quimioterapia, en el 3,2% para administración de Nutrición parenteral y en el 2,8% para quimioterapia y nutrición parenteral, solo en el 1,6% de los pacientes se utilizó en terapia de soporte. El diagnóstico de mayor frecuencia fue el de cáncer de mama (21,5%) seguido de cáncer de pulmón (12,6%), colon (7,7%) gástrico (6,1%) y ovario (5,3%). La media de duración fue de 111,36 meses, siendo la mediana de 86. El motivo de retirada por finalización de tratamiento de quimioterapia fue del 29,3%, el 43% continuaron con el catéter hasta su fallecimiento. La retirada accidental fue del 3,4%. Entre las complicaciones, la de mayor frecuencia fue la migración en 10 pacientes, la obstrucción en 9 pacientes, 4 pacientes presentaron trombosis, 3 pacientes presentaron infección y 2 bacteriemias. El 76,5% fue insertado en vena basilica y el 34,8% y el 30% fueron insertados en cuarto y tercer espacio intercostal respectivamente. El tipo de catéter utilizado fue en la mayoría de los casos (228 casos) un catéter de silicona con válvula antirreflujo en la punta del catéter de 4 Fr y un catéter de poliuretano de tercera generación en 19 casos, siendo su calibre de 4, 5 y Fr en 1 caso, 17 y un caso respectivamente. El número de luces fue de una luz en 245 de los casos y de dos y tres luces en los otros dos casos. La inserción se realizó en el brazo derecho en 194 de los casos y en el brazo izquierdo en 53 de los casos. La vena canalizada en 189 pacientes fue la basilica, frente a la vena braquial en 57 pacientes y un solo caso en el que la inserción se realizó en la vena cefálica. El porcentaje de éxito en la inserción fue del 99%. Tras la inserción se realizaba la comprobación radiológica visualizando la punta del catéter en segundo, tercer intercostal, cuarto y quinto espacio en el 13%, 30%, 35% y 11% de los casos respectivamente. Solo en un caso encontramos que la punta del catéter estaba en la yugular y en 7 casos en la aurícula izquierda.

En cuanto a la satisfacción de los pacientes el 94% afirmaron no tener dolor al llevar el catéter, aunque el 34% tuvieron a veces, miedo a las complicaciones, el 92% dijeron no haberse arrepentido nunca de tener un PICC. La media de satisfacción global sobre una escala de 0 a 10 fue de 9,45.

DISCUSION

La duración del catéter es mayor que en la mayoría de los estudios, retirándose por finalización de tratamiento. La migración fue mayor que en otros estudios, quizás por el tipo de catéter empleado, también por esta razón y por la técnica ecoguiada, posiblemente la frecuencia de trombosis haya sido menor³, La mayoría de los estudios relacionan el tamaño del PICC con el riesgo de trombosis, de manera que a mayor tamaño y mayor número de luces más riesgo⁴, aunque hay que tener también en cuenta otros factores como el tipo de pacientes, siendo más frecuente esta complicación en los pacientes con tumores sólidos que en los pacientes hematológicos, como sugieren algunos estudios sería interesante algún estudio prospectivo para ver cuál es la vena óptima de inserción que minimice el riesgo de trombosis⁴. La utilización del Protocolo Bacteriemia ZERO explica que hayamos

encontrado pocas infecciones, aunque en este factor de acuerdo con otros estudios hay que tener en cuenta también el tipo de tratamiento^{5,6}, la nutrición parenteral puede ser un factor de mayor riesgo que la quimioterapia aunque el riesgo de inmunosupresión en este caso es elevado y esto podría ser un factor de riesgo que en nuestro caso se ha controlado tanto en la inserción como en el mantenimiento. La satisfacción de los pacientes ante la inserción y utilización del PICC es elevada, estos resultados concuerdan con los de otros estudios en los que el nivel de distres y dolor durante el procedimiento de inserción es muy bajo y nulo a la semana de la implantación⁷. El éxito en la inserción es que debemos seguir en la línea de preparación del personal de enfermería que debe realizar la técnica y en la identificación temprana de los pacientes susceptibles de beneficiarse de un catéter PICC al comienzo de su tratamiento con quimioterapia. Hemos valorado nuestro programa mediante un estudio retrospectivo, creemos que este tipo de estudio es una limitación ya que puede suponer un sesgo a la hora de recoger los datos, y además facilita la pérdida de los mismos, por lo que nos planteamos como línea futura de trabajo realizar un estudio prospectivo con un registro de las variables y con un seguimiento proactivo de los pacientes.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA. El estudio ha demostrado las ventajas de la utilización del catéter PICC ecoguiado, por su fácil inserción por enfermería en la misma unidad de hospitalización, su baja tasa de complicaciones y su buena aceptación por los pacientes, por lo que recomendamos desde nuestros resultados, su implementación en los servicios de Oncología.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Moraza-Dulanto MI, Garate-Echenique L, Miranda-Serrano E, Armenteros-Yeguasa V, Tomás-López MA y Benítez-Delgado B. Inserción eco-guiada de catéteres centrales de inserción periférica (PICC) en pacientes oncológicos y hematológicos: éxito en la inserción, supervivencia y complicaciones. *Enferm Clin.* 2012; 22(3):135-143.
- Stokowski G, Steele D and Wilson D The use of ultrasound to improve practice and reduce complication rates in peripherally inserted central catheter insertions. *The Art and science of infusion Nursing* 2009; 32(3):145-155.
- Hughes ME. PICC-related thrombosis. Pathophysiology incidence, morbidity and the effect of ultrasound guided place. *JAVA* 2011 16(1)8-18.
- Liem T, Keenan E, Yanit, BS, Moseley S, Landry G, DeLoughery T, Rumwell C, Mitchell E, Moneta G. Peripherally inserted central catheter usage patterns and associated symptomatic upper extremity venous thrombosis. *J Vasc Surg.* 2012; 55(3):761-767.
- Chopra V, Ratz D, Kuhn L, Lopus T, Chenoweth C, Krein S. PICC-associated Bloodstream Infections: Prevalence, Patterns, and Predictors. *The Journal of Medicine.* 2014; 27 (4):319-328
- O,Grady NP, Alexander M, Burns LA. Summary of recommendations guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Clin. Infect. Dis.* 2011; 52(9):1087-1099.
- Bortolussi R, Zotti P, Conte M, Marson R, Polesel J, Colussi A, Piazza D, Tabaro G, Spazzapan S. Quality of Life, pain perception, and distress correlated to ultrasound-guided peripherally inserted central venous catheters in palliative care patients in a home or hospice setting. *J Pain Symptom Manage* 2015; 50:118-123.

AUTORES/AUTHORS:

Juan José Rodríguez Mondéjar, M^a José López Montesinos, Ana Belén Sánchez García, Ángeles del Rosario Sáez Soto, M^a Carmen Barberá Ortega, Juan Antonio Sánchez Pérez, Gloria Muñoz Pérez, M^a Fuensanta Hellín Gil, Javier Iniesta Sánchez

TÍTULO/TITLE:

ENSAYO CLÍNICO SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON DELIRIO EN CUIDADOS CRÍTICOS

Objetivo(s)

El Síndrome Confusional Agudo (SCA) o Delirio es un síndrome mental transitorio, caracterizado por un trastorno global de la cognición y la atención, un nivel de conciencia reducido, alteración de la actividad psicomotora, y un desorden en el ciclo sueño-vigilia.

Su presentación es aguda, inesperada, generalmente por la noche, añadido a otros procesos orgánicos, y su duración se considera relativamente breve (menos de 1 mes). (González Pérez, 2001).

Se describen múltiples teorías que predominan en la comunidad científica y están relacionadas con las hipótesis de la participación de neurotransmisores y de los mecanismos inflamatorios en el sistema nervioso central. (Ely, Girard, Shintani, et al, 2007; Hshieh, Fong, Marcantonio, et al, 2008; Gunther, Morandi, Ely, 2008; Maclulich, Ferguson, Miller, et al. 2008; Figueroa-Ramos, Arroyo-Novoa, Lee, et al. 2009; Van Munster, de Rooij, Korevaar, 2009; Adamis, Van Munster, MacDonald, 2009; Mattoo, et al. 2010; Cerejeira, Firmino, Vaz-Serra, et al. 2010).

Déficit del neurotransmisor Acetilcolina (ACh), en la que la síntesis puede estar alterada por situaciones como la hipoglucemia, la malnutrición y la isquemia.

La dopamina, en exceso, puede provocar psicosis, y tiene un papel muy importante, no solo de manera aislada, sino en combinación con la acetilcolina en la aparición del delirium (Gunther, 2008).

Se ha relacionado las interrupciones en la vía de producción de melatonina, como aspecto importante en la patogénesis del delirio (Figueroa-Ramos, 2009).

En cuanto al peso que juega la genética en el desarrollo de este síndrome, resulta importante mencionar a un gen que se encuentra en la apolipoproteína E (APOE) y que va a predisponer a los individuos a la presencia del delirio de larga duración en pacientes con enfermedades graves (Ely, 2007). Sin embargo, esto ha sido cuestionado por otros autores que refieren que la presencia del alelo APOE4 prolonga el delirio, pero no predice la incidencia del mismo (Adamis, 2009).

La prevalencia en personas mayores de 65 años, puede variar entre el 14 y el 24% (después de haber ingresado en un centro), mientras que la incidencia durante el periodo de hospitalización se encuentra entre el 6 y el 56% (Inouye, 1998; Agostini, Inouye, 2003).

Aparece en el 15-53% de los mayores durante el periodo postoperatorio (Agostini, Inouye, 2003), en el 60% de los que residen en centros de recuperación funcional o residencias (Kiely, et al, 2004; Roche, 2003), y en el 83% de quienes precisan cuidados paliativos (Breitbart, Strout, 2000; Casarett, Inouye, 2001).

Otros aspectos epidemiológicos se relacionan con la mortalidad y la estancia media, ya que el delirio se asocia con una mayor mortalidad al momento del alta y a los 12 meses, a una mayor duración de la estancia hospitalaria y a la institucionalización prolongada. (Siddiqi, House, Holmes, 2006).

El delirium representa un incremento considerable en los costos derivados de su atención, se ha estudiado que los pacientes que lo desarrollan durante su hospitalización pueden generar el doble de gastos en el siguiente año. (Villalobos JA, et al., 2010).

Los objetivos propuestos en este estudio son: Analizar la población y sus características sociodemográficas y clínicas en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), y exponer la aportación de enfermería tras un ensayo clínico sobre la actuación en el SCA.

Métodos

Tipo de estudio: ensayo clínico, aleatorizado, no ciego, prospectivo, analítico y longitudinal. Muestra: la población que ha ido ingresando en la unidad y ha cumplido los requisitos solicitados.

Caso: paciente que desarrolla el SCA en UCI y cumple criterios de inclusión y no tiene ningún criterio de exclusión.

Lugar: Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital general universitario de nivel II.

Temporalidad: 25 meses continuados. Desarrollo: Tras el ingreso del paciente en UCI se realiza una recogida de datos, los factores de riesgo conocidos, datos sociodemográficos y clínicos, entre otros. Se suministró el cuestionario validado CAM-UCI, y escala de nivel sedación (SAS). Enfermería implementará medidas de control medioambiental, reorientación y otras intervenciones (NIC) en grupo estudio.

Procesamiento estadístico: con IBM SPSS Statistics v.20. Se ha realizado estadística descriptiva con cálculo de medias, desviación estándar, para las variables cuantitativas, y de frecuencias y porcentajes para las cualitativas.

La inferencia estadística se ha hecho estimando un máximo de un 5% de error, y un 95% de confianza, con significación estadística si $p < 0,05$. Cálculo de Chi² de Pearson, con estudio de residuos corregidos. Prueba de la T de Student para comparación de medias en muestras independientes.

Estimaciones éticas: ha sido aprobado por el CEIC del área de salud y de la Universidad de Murcia.

Resultados:

Población 1093 pacientes, edad 65,4 años DE16, varones 64%, índice de gravedad APACHE II 15 DE 9, estancia en UCI 5,77 días, en hospital 8,22. Exclusiones un 15%.

Diagnóstico más frecuente síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST). Desarrollan SCA y cumplen criterios el 6,8%.

Grupo control 34 (52%), grupo intervención 33 (48%).

Su estancia en UCI ha oscilado entre 7 y 11 días, y han presentado 5 factores predisponentes y 6-7 precipitantes. Enfermería realiza plan de cuidados específico en grupo intervención, con 14 intervenciones de media por turno, y con una dedicación de 43,71 minutos.

Duración del SCA en grupo control 11,67 horas DE15,11 y en grupo intervención 6,87 DE 11,13 con $p < 0,007$. NOC al alta y grupo de randomización $p < 0,042$ (a favor del grupo intervención). Nº de dosis de otros fármacos (no haloperidol) y grupo de randomización $p < 0,006$.

Discusión

Esta investigación presenta coincidencias con otros estudios del mismo tema, por poner un ejemplo en relación con el tipo de delirio

el predominante es el mixto, así algunos investigadores (Liptzin, Levkoff, 1992) profundizaron en este aspecto midiendo la frecuencia de los distintos subtipos de delirium en 325 pacientes, y encontraron la siguiente secuencia: 15% de hiperactivos, 19% de hipoactivos, 52% de tipo mixto, y 14% que no se clasificó.

No hubo diferencias significativas en cuanto a edad, sexo, al igual que ocurre en los datos encontrados en nuestro trabajo.

Según autores el delirio se vinculó a mayor estancia en la UCI (11,5 vs 11,5+/-4,4+/-3,9 días), estancia hospitalaria más prolongada (18,2 frente a 13,2 +/- 15,7+/-19,4 días), mayor mortalidad en la UCI (19,7% frente a 10,3%), y una mayor mortalidad hospitalaria (26,7% vs 21,4%). (Quimet, & al., 2007). Sin embargo en este ensayo solo coincide un aumento de la estancia en UCI, pero no en el aumento de la mortalidad en el grupo estudiado.

Conclusiones: El perfil epidemiológico del paciente con SCA se relaciona con un varón, de 74 años, independiente, jubilado, con antecedentes de cardiopatía isquémica y/o sepsis.

El realizar un plan de cuidados individualizado es útil al disminuir el tiempo de duración del SCA, y de su recuperación medido con los criterios de resultado (NOC).

Es necesario incorporar a nuestra actividad diaria programas que incluyan seguimiento y mejora de la calidad en la prestación de cuidados relacionados con la sedación, la analgesia, el delirio, y el uso de contención mecánica a los pacientes ingresados en las UCIs y en otros servicios asistenciales.

La aplicación para la práctica clínica se centra en la identificación del paciente de forma precoz con escalas validadas y la actuación planificada de los profesionales.

Los autores del trabajo hacemos constar que no ha existido conflicto de intereses en el desarrollo de esta investigación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Adamis, D., Van Munster, B.C., MacDonald, A.J. (2009). The genetics of delirium. *Int Rev Psychiatry.*; 21 (1): 20-9.
- Cerejeira, J., Firmino, H., Vaz-Serra, A., Mukaetova-Ladinska, E.B. (2010). The neuroinflammatory hypothesis of delirium. *Acta Neuropathol*; 119:737-54.
- Ely, W.E., Girard, T.D., Shintani, A.K., et al (2007). Apolipoprotein E4 polymorphism as a genetic predisposition to delirium in critically ill patients. *Crit Care Med.*; 35: 112-117.
- Figuroa Ramos, M.I., Arroyo Novoa, C.M., Lee, K.A., et al (2009). Sleep and delirium in ICU patients: A review of mechanisms and manifestations. *Intensive Care Med.*; 35(5):781-95.
- Gunther, M.L., Morandi, A., Ely, E.W. (2008). Pathophysiology of delirium in the intensive care unit. *Crit Care Clin.*; 24(1):45-65.
- Hshieh, T.T., Fong, T.G., Marcantonio E.R., et al. (2008). Cholinergic deficiency hypothesis in delirium: a synthesis of current evidence. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.*; 63 (7): 764-72.
- Maclulich, A.M., Ferguson, K.J., Mille, T., et al (2008). Unravelling the pathophysiology of delirium: a focus on the role of aberrant stress responses. *J Psychosom Res*; 65(3):229-38.
- Mattoo S.K., Grover, S., & Gupta, N. (2010). Delirium in general practice. *Indian J Med Res*; 131:387-398.
- Neto, A.S., Nassar, A.P., Cardoso, S.O., Manetta, J.A., Pereira, V.G., Esposito, D.C., Damasceno, M.C., Sooter, A.J. (2012).

- Detección Delirium en pacientes críticos: una revisión sistemática y meta-análisis. *Cuidado Crítico Med.*; 40(6):1946-1951.
- Quimet, S., Kavanagh, B.P., Gottfried, S.B., Skrobik, Y. (2007a). Incidence, risk factors and consequences of ICU delirium. *Intensive Care Med*; 33:66-73.
- Roche, V. (2003). Etiology and management of delirium. *Am J Med Sci*; 325:20-30.
- Rodríguez-Mondéjar, J.J., Martín-Lozano, R., Jorge-Guillem, et al. (2001). Síndrome Agudo UCI. Los factores que influyen y actitud del personal de enfermería. *Enferm Intensiva*; 12(1): 3-9.
- Siddiqi, N., House, A.O., Holmes, J.D. (2006). Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review. *Age and Ageing*; 35(4):350-364.
- Van Munster, B.C., de Rooij, S.E., Korevaar, J.C. (2009). The role of genetics in delirium in the elderly patient. *Dement Geriatr Cogn Disord.*; 28(3):187-95.
- Villalobos-Silva, J.A., García-Zenón, T., Reyna-Santes J.L., Montes-de Oca Sandoval, M.A. (2010). Causas de delirium en adultos mayores postoperados de cirugía cardíaca. *Rev Mex Cardiol*; 21(3):111-120.

AUTORES/AUTHORS:

Maria Helena Barbosa, José de Melo Neto, Karoline Faria de Oliveira, Kleiton Gonçalves do Nascimento, Márcia Marques dos Santos Felix, Elizabeth Barichello

TÍTULO/TITLE:

El clima de seguridad del paciente de acuerdo con la percepción de los profesionales de enfermería en grandes hospitales

Objetivo: Evaluar el clima de seguridad del paciente de acuerdo con la percepción de los profesionales de enfermería en grandes hospitales. **Métodos:** Estudio transversal, exploratorio-analítico con un enfoque cuantitativo de los datos, realizado en cuatro grandes hospitales. Los participantes fueron 582 profesionales de enfermería (Enfermero, técnico y auxiliar de enfermería). Se utilizó el Cuestionario de Actitudes de Seguridad, validado para el idioma portugués en Brasil. Para el análisis bivariable, la influencia de las variables categóricas en las puntuaciones de seguridad, se utilizó la prueba t de Student (dicotómica categórica), el análisis de la varianza (ANOVA) para tres o más categorías y la prueba de correlación de Spearman para las variables ordinales. Se consideró asociaciones estadísticamente significativas con $p \leq 0,05$. Para determinar los predictores sociodemográficos y profesionales sobre las puntuaciones del Cuestionario de Actitudes de Seguridad, se utilizó la regresión lineal múltiple para la puntuación global y demás dominios. **Resultados:** Se observó que la puntuación total media obtenida por el instrumento fue 62,29 (S = 13,71), máximo de 93,29 y mínimo de 10,98. Entre los dominios, el D3, que se refiere a la satisfacción en el trabajo, tuvo a la media más alto, 80,22 (S = 18,54). La media más baja observada entre las áreas fue que se refiere a la percepción de la unidad de gestión y el hospital, D5, con un promedio de 53,12 (S = 20,01). Sólo uno de los seis dominios analizados por el instrumento obtuvieron una puntuación por encima del mínimo ideal de 75 puntos. **Discusión:** La calificación media de las puntuaciones globales y dominios muestra un déficit significativo del clima de seguridad del paciente, únicamente presenta la puntuación más alta que 75 en un campo, el cual fue considerado por el autor del instrumento, como el nivel mínimo para ser considerado un clima de seguridad del paciente ideal. Después de analizar los resultados se hizo evidente la necesidad de adoptar comportamientos que refuerzan la percepción del entorno de seguridad del paciente por los profesionales de enfermería. En otros estudios recientes en Brasil, también se observa la puntuación inferior al mínimo en la mayoría de las áreas, y un estudio que no recibió puntuación satisfactoria en cualquiera de los seis dominios. **Implicaciones para la práctica:** Puede considerarse la necesidad de implementar medidas para mejorar el clima de seguridad de la organización, como el fortalecimiento de las políticas de seguridad de los pacientes en estos hospitales, la creación de grupos que realizan la formación permanente y sistemáticamente evalúan las quejas y sugerencias del equipo de enfermería, la creación y conciencia de la necesidad de las prácticas basadas en protocolos, alentar la realización de informes de eventos adversos y la abolición de la cultura de castigo por el error.

Apoio: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais - FAPEMIG

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bates DW. Patient safety research: introductory course: session 1: What is patient safety? [internet]. 2012 [Cited 2015 Jan 15]. 1-40. Washington: WHO, 2010.

Porto S, Martins M, Mendes W, Travassos C. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. Rev Port Saúde Pública. 2010; 10:74-80.

Wegner W, Pedro ENR. Patient safety in care circumstances: prevention of adverse events in the hospitalization of children. Rev Latino-Am Enfermagem [internet]. 2012 [Cited 2015 Feb 15]; 20(3).

Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. Clima de Segurança do Paciente: percepção do profissional de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2012; 25(5):728-35.

Queiroz Bezerra AL, Queiroz ES, Weber J, Tanferri de Brito Paranaguá T. Reacciones adversas: indicadores de resultados según la percepción de las enfermeras de un hospital centinela. Enferm Glob. 2012; 11(27):186-197.

Carvalho REFL, Cassiani SHB. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 for Brazil. Rev Latino-Am Enfermagem [internet]. 2012 [Cited 2014 Jan 10]; 20(3):575-82.

Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. BMC Health Serv Res [internet]. 2006 [Cited 2015 Feb 15]; 6:44

Marinho MM, Radünz V, Barbosa SFF. Avaliação da Cultura de Segurança pelas equipes de enfermagem de Unidades Cirúrgicas. Texto Contexto Enferm [internet]. 2014 [acesso em: 12 nov. 2014]; 23(3):581-90.

Fermo VC, Radünz V, Rosa LM, Marinho MM. Cultura de segurança do paciente em unidade de transplante de medula óssea. Rev Bras Enferm [internet]. 2015 [acesso em nov. 2015];68(6):1139-46.

Tomazoni A, Rocha PK, Souza S, Anders JC, Malfussi HFC. Patient safety culture at neonatal intensive care units: perspectives of the nursing and medical team. Rev Latino-Am Enfermagem [internet]. 2014 [Cited 2014 Nov 11]; 22(5):755-63.

Preto AV, Pedrão JL. O estresse entre enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(4):841-48.

Mesa de Comunicaciones 21: Práctica clínica

Concurrent Session 21: Clinical Practice

AUTORES/AUTHORS:

INMACULADA SÁNCHEZ SAN CAYETANO, MARÍA LONGINA HERRÁEZ MANCEBO, GEMMA PRIETO DE LAMO

TÍTULO/TITLE:

Influencia sociocultural en una población adolescente con el riesgo de abuso de sustancias tóxicas.

INTRODUCCIÓN

El abuso de sustancias tóxicas en el adolescente es un serio problema en nuestra sociedad, siendo un tema que se aborda desde diversas perspectivas en todos los países del mundo.

En España desde 1994, el Plan Nacional sobre Drogas realiza cada dos años, una Encuesta sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años de toda España (ESTUDES). En 2014/15 se apreció en este estudio que ha descendido el consumo de todas las drogas, ya que desde 2010 disminuye la disponibilidad percibida por el adolescente para conseguir todas las drogas excepto para el alcohol, siendo esta la sustancia que se percibe como menos peligrosa¹.

Por otro lado, el consumo de todas las drogas ilegales está más extendido entre los hombres que entre las mujeres, mientras que el consumo de drogas legales como tabaco, alcohol o hipnosedantes está más extendido entre las mujeres¹.

En vista de los riesgos asociados con el inicio temprano del consumo de estas sustancias y su alta prevalencia en la adolescencia, la detección e intervención temprana es muy importante en esta población. Por este motivo es necesario manejar un instrumento útil para la detección de riesgo de abuso de sustancias tóxicas en el adolescente que sea válido, fiable y práctico en la atención a este grupo de edad. Tras una revisión bibliográfica del tema, el test de CRAFFT ha demostrado ser un instrumento con propiedades psicométricas adecuadas, siendo una herramienta útil para la detección precoz del abuso de sustancias en los adolescentes, tanto alcohol como drogas. La brevedad del test, así como su facilidad para aplicarlo y obtener una puntuación, hace que los estudios lo señalen como el más adecuado para utilizarlo en los centros de atención primaria entre la población adolescente³.

Sin embargo, se observó una limitación, que era la dificultad para establecer una intervención adecuada en caso de que su resultado sea positivo, en relación a su brevedad. También, según otros estudios recientes es importante que se incluya la valoración de parámetros psicosociales y familiares⁴.

Por este motivo se decidió hacer un estudio descriptivo, aplicando el test fuera del ámbito de salud, para conocer las características socioculturales de este grupo de población en la ciudad de Ávila y determinar donde han de centrarse las intervenciones según los resultados encontrados.

OBJETIVO

Describir las características socioculturales y familiares de la población adolescente y su relación con un mayor consumo de sustancias tóxicas.

MÉTODO

Ámbito: 2 institutos de Educación Secundaria de la ciudad de Ávila situados en distintas zonas de esta capital: Instituto Vasco de la Zarza y López Aranguren (zona norte y sur respectivamente).

Diseño: Estudio descriptivo transversal (abril 2014).

Sujetos: 496 adolescentes de edades comprendidas entre 13 y 18 años que participaron voluntariamente, por lo que no se realizó ningún tipo de muestreo.

VARIABLES: Dependiente: Riesgo de abuso de sustancias tóxicas (sí/no) valorado mediante el test de CRAFFT (cuestionario válido y fiable para la detección precoz del riesgo de abuso de sustancias tóxicas en adolescentes). Independientes: sexo, edad, curso, relacionadas con el núcleo familiar (composición, relación social, trabajo y hábitos tóxicos), economía del hogar (tipo de ingresos), relaciones con los amigos y familia, rendimiento académico, enfermedades y tratamientos.

Procedimientos:

- 1.- Elaboración del cuestionario de recogida de datos.
- 2.- Envío de una carta al centro educativo y a los representantes legales del alumnado con toda la información del estudio solicitando permiso para su realización. Para ello se realizó una carta informativa para el colegio con el objeto del estudio, personas responsables de este y teléfono de contacto para cualquier duda. Dejando claro que la participación era voluntaria y anónima, pero incidiendo que era muy importante para la validez y veracidad de este estudio que las preguntas fueran contestadas con total

sinceridad. También se elaboró una carta informativa dirigida a los representantes legales del alumno, solicitando el permiso para la participación de alumnos menores, en la realización de esta encuesta.

3.- Realización de la encuesta. Se realizó en horario lectivo con una duración aproximada de 10 minutos, tras la información directa con el profesor de contacto en cada instituto con la explicación de cada uno de los ítems del cuestionario.

4.- Creación de la base de datos.

5.- Análisis de datos.

Análisis de datos: Análisis descriptivo univariante (mediante proporciones para las variables categóricas y la mediana (P50) y el rango intercuartil (RI) para las variables cuantitativas con distribución no normal) y bivariante (Ji-cuadrado para las variables categóricas y U de Mann-Whitney para variables cuantitativas no normales). Todas las pruebas se realizaron con un nivel de confianza del 95% a nivel bilateral. El paquete estadístico utilizado fue el SPSS 20.

RESULTADOS

De los 496 estudiantes el 53,6% eran mujeres y 46,4% hombres, con una mediana de edad de 16 años (RI= 3).

El 44,9% vivían en el hogar con 3 personas, en el 85,5% la composición del hogar era completa (padre, madre y hermanos), el 12,5% refería separación de los padres, el 34,7% manifestaba que alguno de los padres era fumador y el 1,2% alcohólicos. El principal sostén económico del hogar en el 96,4% de los casos era el padre o la madre y los tipos de ingresos del hogar en el 89,1% de los alumnos eran de salarios.

El 91,3% realizaban actividades con los amigos, el 95,2% celebraban diferentes eventos con la familia y el 93,5% acudían a la familia cuando tenían problemas.

El 70% no tenían riesgo de consumo de sustancias tóxicas, mientras que el 30% sí.

Se observó asociación ($p < 0,05$) entre el riesgo de consumo de sustancias tóxicas y el curso formativo (riesgo en 2º ESO: 12,3%, 3º ESO: 18,5%, 4º ESO: 32,1%, 1º Bachillerato: 51,9% y 2º Bachillerato: 41,5%), el alto rendimiento académico (riesgo si alto rendimiento 21% vs no 37,6%), la realización de actividades con amigos (riesgo si actividades con amigos 28,8% vs no 44,2%) y con la edad (mediana de edad en el grupo con riesgo: 17 años vs sin riesgo: 15 años).

DISCUSIÓN

Hay numerosos estudios dirigidos a la observación y definición del perfil de la población adolescente y de la influencia psicosocial implicada en el consumo de sustancias tóxicas a nivel de varios países (Nigeria (46%)⁵, Brasil⁶, Canadá⁷, Estados Unidos⁸, Australia (41.2%)⁹, España¹⁰), siendo uno de los test utilizados el test de CRAFFT. En ellos, se describe el consumo de sustancias como un importante problema de salud pública entre los adolescentes^{5,6,7,8,9,10}. En nuestro estudio casi un tercio de la población adolescente tiene riesgo de abuso de sustancias tóxicas.

Los factores asociados a este riesgo son la mayor edad, el cursar cursos superiores, el bajo rendimiento académico y no realizar actividades con los amigos. Estas características coinciden con otros estudios realizados en población adolescente^{5,6}. Donde también puede asociarse el absentismo escolar, sexo masculino y sin vivienda estable⁷.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

La detección precoz y el conocimiento de los factores sociodemográficos y culturales de los adolescentes que influyen en el consumo de sustancias tóxicas, ayudará a plantear estrategias de prevención para reducir el consumo de este tipo de sustancias en la población adolescente².

Es importante no realizar únicamente labor informativa, ya que según algunos estudios no son efectivas al 100%¹¹, sino que es necesario asociarlo al desarrollo de habilidades sociales y emocionales que influyen positivamente en el rendimiento académico, resultados constatados en otros estudios¹².

Por otro lado, se plantea la necesidad de realizar estudios prospectivos para confirmar la relación causa-efecto de las asociaciones encontradas en nuestro estudio. Estudios que ya se han llevado a cabo en otros países como Canadá mediante un estudio de cohorte en este sector de la población⁷.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), 2014-2015. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016 [consultado 10 Ago 2016]. Disponible en:http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016_ESTUDES_2014-2015.pdf.
2. Pons J; Buelga S. Factores asociados al consumo juvenil de alcohol: Una revisión desde una perspectiva psicosocial y ecológica. *IntervPsicosoc*. 2011; 20(1):75-94.
3. Dhalla S, Zumbo BD, Poole G. A review of the psychometric properties of the CRAFFT instrument: 1999-2010. *CurrDrug Abuse Rev*. 2011;4(1):57-64
4. Matalí J L, Serrano E, Pardo M, Trenchs V, Curcoy A, Luaces C et al. Perfil de los adolescentes que acuden a urgencias por intoxicación enólica aguda. *AnPediatr (Barc)*. 2012;76(1):30-37.
5. Atilola O, Ayinde O, Adeitan O. Beyond prevalence and pattern: problematic extent of alcohol and substance use among adolescents in Ibadan South-west Nigeria. *AfrHealthSci*. 2013;13(3):777-84.
6. Malta DC, Oliveira-Campos M, do Prado RR, Andrade SS, de Mello FC, Dias AJ et al. Psychoactive substance use, family context and mental health among Brazilian adolescents, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17 Suppl 1:46-61.
7. Cheng T, Wood E, Nguyen P, Kerr T, DeBeck K. Increases and decreases in drug use attributed to housing status among street-involved youth in a Canadian setting. *Harm Reduct J*. 2014;11:12.
8. Vaughn MG, Maynard BR, Salas-Wright CP, Perron BE, Abdon A. Prevalence and correlates of truancy in the US: results from a national sample. *J Adolesc*. 2013;36(4):767-76.
9. Toumbourou JW, Evans-Whipp TJ, Smith R, Hemphill SA, Herrenkohl TI, Catalano RF. Adolescent predictors and environmental correlates of young adult alcohol use problems. *Addiction*. 2014;109(3):417-24.
10. Benavides FG, Ruiz-Forès N, Delclós J, Domingo-Salvany A. Consumption of alcohol and other drugs by the active population in Spain. *Gac Sanit*. 2013;27(3):248-53.
11. Suárez C, del Moral G, Musitu G, Sánchez JC, John B. Eficacia de las políticas institucionales de prevención del consumo de alcohol en adolescentes: la opinión de expertos y adolescentes. *Aten Primaria*. 2014;46(7):326-335.
12. Arthur MW, Brown EC, Briney JS, Hawkins JD, Abbott RD, Catalano RF et al. Examination of Substance Use, Risk Factors, and Protective Factors on Student Academic Test Score Performance. *J Sch Health*. 2015;85(8):497-507.

AUTORES/AUTHORS:

João Duarte, Manuela Ferreira, Daniel Silva, Amadeu Gonçalves, Lídia Cabral, Cátia Esteves, Filomena Santos, Vanessa Félix, Vera Peixoto

TÍTULO/TITLE:

Actitudes y reacciones de los estudiantes de enfermería antes de la muerte de una persona enferma en fase terminal

Objetivos: (i) probar la estructura factorial de la escala de actitudes de enfermería ante un enfermo en fase terminal y (ii) examinar cómo las variables sociodemográficas e y académicas interfieren en la actitud de los estudiantes de enfermería antes la muerte de un enfermo en fase terminal.

Métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo correlacional y transversal en una muestra no probabilística de conveniencia con 162 estudiantes de los 2º 3º y 4º años de la Licenciatura en enfermería en una escuela de enfermería en Portugal. La participación voluntaria y tener educación clínica fueran criterios de inclusión.

Por la recoja de datos se usó, un cuestionario de caracterización sociodemográfica y académica y la Escala de Actitudes de enfermería ante un enfermo en la fase terminal (Amaro, 2001). Es constituida por 20 ítems de 1 "raramente" a 4 "la mayor parte de las veces" distribuido por dos subescalas: reacciones (9 ítems) y actitudes (11 ítems).

Cuánto mayor la puntuación peor o menos positivo es la actitud y las reacciones de los estudiantes

Fueron salvaguardados los derechos de los participantes y los principios éticos fundamentales.

Resultados: Los estudiantes son en su mayoría del sexo femenino (90.1%), con edades entre 21-25 años (64,2%), de lo 3º año del curso (63.1%), y 56.2% cohabitan en el tiempo de lecciones con los compañeros.

Análisis factorial confirmatorio, resultó en la eliminación de ítems en los dos subescalas por presentar saturaciones inferiores el 0,50. El modelo final presenta buenos índices de ajuste, consistencia interna (FC = 0.826) y validez discriminante entre los factores (VD = 0.016).

Se encontró que 34,0% de los participantes habían tenido actitudes y reacciones menos positivas frente a la situación de la muerte de una persona siendo más frecuente en mujeres (35,6%). Los porcentajes de clasificados con actitudes y reacciones de indiferencia son 35,2% y más positivo de 30,9%. Las chicas mostraron reacciones más positivas, pero las actitudes más negativas que los jóvenes aunque sin significación estadística.

No se encontraron diferencias estadísticas por la edad, estado civil y convivencia en el tiempo de la escuela. Pero por el proveniência en lo referente a las reacciones ($p = 0,005$) y el año en las actitudes ($p = 0.046$) y factor global ($p = 0.019$) interfiere estadísticamente en las actitudes frente a la muerte.

Discusión: Los estudiantes demuestran en general actitudes y reacciones positivas ante la muerte, que se puede justificar con el hecho de que en la educación clínica viva profundamente la muerte de una persona enferma. Convenimos con Pessoa, Menezes & Germano et al., (2013) cuando refirió que los estudiantes de enfermería tienen la oportunidad de prepararse para enfrentar el proceso de muerte y de morir durante la formación clínica. Destacan aunque esta cuestión es poco abordada durante la formación inicial, lo que hace que ingresen en las enseñanzas clínicas sin la preparación necesaria para lidiar con la muerte.

Los resultados señalan la necesidad de idoneidades en el plan de estudios a fin de preparar mejor los futuros profesionales de enfermería. Sugieren además que durante el período de formación inicial si hable más de la temática de la muerte.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Ahya, P. (2013). Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos: Cuidar ética e práticas. Lisboa: Lusociência.

Almeida, G.P.D. de (2009). Direitos Humanos em Fim de Vida: Decisão de Não Reanimar Coimbra: Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra

Amaro, I.M.P.S. (2001). Atitudes dos Enfermeiros perante o doente em fase terminal. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra.

Barbosa, A. (Coord.). (2013). Olhares sobre o luto. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos. Centro de Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Frias, C. (2010). Aprendizagem do Cuidar e da Morte. Lusociência: edições técnicas e científicas, Lda

Gomes, O.D. da (2014). Os Estudantes de Enfermagem perante a morte dos seus doentes. Universidade Fernando Pessoa. Acedido em: <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/4301>.

Júnior, O.G. (2005). A Visão da Morte ao Longo do Tempo. In Simpósio: Morte: valores e dimensões, 38 (1): 13-19.

Kersun L, Gyi L, Morrison WE (2009). Training in difficult conversations: a national survey of pediatric-oncology and pediatric critical care physicians. *J Palliat Med*;12(6):525-530.

Matsui, M., & Braun, K. (2010). Nurses' and care workers' attitudes toward death and caring for dying older adults in Japan. *International Journal of Palliative Nursing*, 16 (12): 593-598.

Pessoa RL, Germano RM, Menezes RMP et al (2013). Percepção de estudantes de enfermagem sobre a morte e o morrer: revisão de literatura. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 7(esp):7127-32,

Takahashi, C.B., Contrin, L.M; Beccaria, L.M. et al. (2008). Morte: percepção e sentimentos de académicos de enfermagem. *Arq. ciênc. Saúde; São Paulo*, 15(3): 132-138.

Vargas, D. (2010). Morte e morrer: sentimentos e condutas de estudantes de enfermagem. *APE- Acta Paulista de Enfermagem*, v. 23, (3): 405-410.

Vernant, J.P. (2012). Mort grecque mort à deux faces. In: *L'Individu, La Mort, L'Amour. Soi- Même et L'Autre en Grèce Ancienne*. Paris: Gallimard

AUTORES/AUTHORS:

Nuria Fernández Rodríguez, María José González, Andrada Cristoltan, Ramona Mesa, Sara Lejarraga, Sara Agudo, Alejandro Iendínez mesa, Ana Sofia Fernandes Ribeiro

TÍTULO/TITLE:

Música y síntomas: un tándem con buena sintonía.

Introducción/Objetivo

Los orígenes de la musicoterapia se ubican en las prácticas de curación que, a lo largo de la historia y dentro de las diferentes culturas, han usado la música como recurso terapéutico. Debido a su exponente crecimiento como terapia complementaria, se propone realizar el presente estudio con el objetivo de describir y evaluar los efectos de la intervención con musicoterapia en el control de síntomas de pacientes en cuidados paliativos.

Método

Estudio cuasiexperimental con los pacientes ingresados en la unidad de cuidados paliativos (UCP) de un hospital de Madrid. El estudio tuvo inicio a 1 de mayo y terminara a 1 de septiembre de 2016. Se han seleccionado los pacientes teniendo en cuenta los criterios de inclusión: estar ingresado en la UCP en el período que se ha realiza el estudio, presentar nivel de consciencia adecuado. Se excluyen los pacientes con hipoacusia severa o sordera y los pacientes en estado de agonía, estado estuporoso u obnubilado. Para la obtención de la muestra se ha utilizado un muestreo aleatorio simple. La musicoterapia del tipo de "música en vivo" (melodías conocidas y no conocidas de acordes mayores y menores tocados en el arpa y entonados con voz (con y sin palabra) fue aplicada por la musicoterapeuta. Para valorar los efectos de la intervención se ha llevado a cabo una evaluación sintomática del paciente a través del Cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton, y de la frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y saturación de O₂ (a través de un pulsioxímetro), todo ello pre-intervención y post-intervención, en el que cada paciente será su propio control para así poder comparar estas cifras y evaluar efectos de la intervención. La recogida de datos fue realizada por la enfermera. El análisis descriptivo se presenta mediante la media y la desviación típica para las variables cuantitativas, y frecuencias relativas y absolutas para las variables cualitativas. Para analizar los cambios (evolución) de los parámetros cuantitativos: frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR) y saturación de oxígeno (SPO₂) se utiliza un análisis de la varianza de dos factores de medidas repetidas intrasujeto: antes y después. Las diferencias son consideradas significativas para $p < 0.05$.

Resultados preliminares

Hasta al momento se han incluido 8 pacientes en el estudio con una media de edad de 64.75 ± 13.4 . Con la intervención de la música in vivo se ha visto que todos los pacientes experimentaron una disminución estadísticamente significativa en la FR y FC y un incremento de la SpO₂. Además, a través de valoración con la Escala de Edmonton se objetivó una mejoría en la ansiedad y un aumento de la somnolencia. Algunos de los pacientes se quedaron dormidos durante la sesión.

Discusión/Implicaciones para la práctica

Con la realización del presente estudio se ha podido observar que la aplicación de musicoterapia en vivo como terapia alternativa en pacientes ingresados en cuidados paliativos, es efectiva. Aporta beneficios en el control de síntomas tanto fisiológicos como emocionales, sin generar efectos secundarios. Los datos preliminares más destacados han sido respecto a la mejora del control de los síntomas de dolor, ansiedad, bienestar, somnolencia e insomnio, además de la disminución de las constantes fisiológicas de FC y FR pre y post-intervención. Esto nos puede hacer reflexionar sobre la influencia que tienen las constantes fisiológicas en los síntomas estudiados, sobre todo en dolor, ansiedad y bienestar. Si la FC y FR es baja, la ansiedad y el dolor disminuyen, aumentando el bienestar y mejorando el estado de relajación. Además la musicoterapia ha servido como vehículo para la expresión de sentimientos y emociones, recopilación de historia de vida y conexión espiritual, lo que conlleva a un mejor control de la sintomatología presentada (dolor, ansiedad y bienestar). Por lo tanto es necesario incluirla como terapia de apoyo a los tratamientos

farmacológicos, en la cotidianidad del cuidado a los pacientes, mejorando notablemente su bienestar y confort.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Patricia Zárate P, Díaz V. Medical uses of musical therapy. Revista médica de Chile. 2001;129 (2).
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872001000200015>
2. Tees B, Budd J. The Sound of Spiritual Care: Music Interventions in a Palliative Care Setting. J Pastoral Care Counsel. 2011;65(1-2):5:1-10.
3. Vidal MA, Torres LM. In memoriam Cicely Saunders, fundadora de los Cuidados Paliativos. Revista Sociedad Española del Dolor. 2006; 13: 143-144.
4. Gallagher LM. The role of music therapy in palliative medicine and supportive care. Seminars in Oncology. 2011; 38: 403-406
5. Horne-Thompson A, Bramley R. The benefits of interdisciplinary practice in a Palliative care setting: a music therapy and physiotherapy pilot Project. Prog Palliat Care. 2011; 19 (6).

Mesa de Comunicaciones 22: Profesión**Concurrent Session 22: Nursing Profession****AUTORES/AUTHORS:**

MARTA MIRANDA GUTIÉRREZ, EVA MUÑOZ CONEJERO

TÍTULO/TITLE:

SÍNDROME DE BURNOUT: ESTUDIO DE DETECCIÓN EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

INTRODUCCIÓN: el Síndrome de Burnout o síndrome de estar quemado en el trabajo es una respuesta física, emocional y conductual al estrés crónico laboral, definido mediante tres dimensiones cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal. Diversos estudios estiman que un 25% de los profesionales de enfermería europeos lo padecen, de ahí que en el año 2000 fuera calificado por la OMS como riesgo laboral aunque aún no se ha incluido en el catálogo de enfermedades profesionales.

OBJETIVO: establecer la prevalencia del Síndrome de Burnout entre el personal de enfermería de la unidad de hospitalización de trasplante hepático y cirugía general, situada en el bloque 2 nivel 2 del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, y determinar a su vez la posible relación existente entre éste y diferentes variables sociodemográficas

METODOLOGÍA: se ha llevado a cabo un estudio observacional descriptivo transversal en una muestra total de 26 profesionales (14 enfermeros y 12 TCAE) de la anteriormente citada unidad de hospitalización. La recogida de datos para su posterior análisis se realizó mediante un cuestionario formado por dos instrumentos: encuesta sociodemográfica para obtener las variables sexo, edad, estado civil, categoría profesional, tipo de contrato laboral, turno de trabajo y tiempo de ejercicio laboral de los participantes, y el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), en su versión validada en español. Este último se compone de 22 ítems con formato tipo Likert de 0 (nunca) a 6 (siempre) mediante los cuales se mide el nivel de desgaste profesional con una fiabilidad cercana al 90%. Para realizar el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa IBM SPSS versión 23, representando las variables cualitativas mediante porcentajes y las cuantitativas con medias y desviaciones típicas. A su vez, se estudió la relación entre las variables sociodemográficas y las escalas del síndrome de Burnout utilizando la t de student para muestras independientes, y el análisis de varianza cuando las variables cualitativas tenían más de dos niveles.

RESULTADOS: la participación fue de un 71,43% en el caso de las enfermeras y de 83,3% para los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

Cuestionario sociodemográfico: el 95% de los participantes fueron mujeres y tan sólo un 5% hombres, resultados que se corresponden con la composición normal de los equipos de enfermería de las unidades de hospitalización de los centros de atención especializada de España, siendo a su vez la media de edad de 42,35 años ($DE \pm 9,068$).

De todos estos profesionales, el 60% indicaron estar casados, un 30% solteros y un 10% divorciados, no existiendo entre ellos ningún participante viudo. Los resultados de la categoría profesional obtenidos en esta muestra de estudio correspondieron un 50% a enfermeros y un 50% a TCAE, siendo en este caso ligeramente diferentes a los establecidos por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en los que la proporción establecida es de 60% enfermeros y 40% TCAE. La mayor parte de los encuestados, un 45%, se encontraba en situación de interinidad, siendo estatutarios un 35% y eventuales un 20%. Con respecto al turno de trabajo la muestra se dividía mayoritariamente en antiestrés de dos noches con un resultado del 45%, turnos de 1 y 2 noches alternas con 40% y en menor proporción mañanas fijas un 10% y plantilla volante un 5%, siendo la media de tiempo de ejercicio laboral de los profesionales de 11,45 años ($DE \pm 7,423$).

Cuestionario MBI: los valores medios del análisis descriptivo de las tres esferas que conforman el síndrome fueron:

- Cansancio emocional: puntuación media 25,25 ($DE \pm 13,867$). Puntuación mínima obtenida: 4, puntuación máxima: 49.
- Despersonalización: puntuación media 10,25 ($DE \pm 5,981$). Puntuación mínima obtenida: 0, puntuación máxima: 19.
- Realización personal: puntuación media: 33,05 ($DE \pm 9,687$). Puntuación mínima obtenida: 2, puntuación máxima: 44

Relación sociodemográfica – Burnout: sólo se encontró relación estadísticamente significativa al tiempo de ejercicio laboral con la aparición del síndrome de Burnout. La muestra se dividió en dos grupos: menos de 15 años trabajados y 15 años o más, obteniéndose relaciones significativas respecto a las dimensiones de cansancio emocional ($p=0,032$) y despersonalización ($p=0,049$), pero no para la realización personal.

DISCUSIÓN: tras el análisis de los datos obtenidos, se puede afirmar que la prevalencia de síndrome de Burnout (altos niveles de cansancio emocional y despersonalización, y bajos niveles de realización personal) en la muestra analizada fue de un 20%, un porcentaje alto comparado con otros estudios. Puesto que el 80% restante de los valores obtenidos no estaba ausente de síndrome de Burnout como tal, se creyó relevante describir el riesgo de aparición de dicho síndrome en esta población estudiada, utilizando para tal caso la escala de estudio multicéntrico de Frutos (2014), obteniendo como resultado que un 30% se encontraría dentro de niveles de riesgo muy altos. Con estos elevados resultados de alto riesgo o prevalencia del síndrome entre los profesionales de enfermería, es necesario establecer estrategias de prevención para evitar las consecuencias, no sólo a efectos económicos, sino también en relación a la calidad de la atención prestada, modificando para ello factores de riesgo (horario, relación con los compañeros, salario, carga de trabajo...) y mejorando la educación para la salud de los profesionales. Ahora bien, a pesar de las correctas conclusiones obtenidas, es importante recalcar como principal limitación del estudio el pequeño tamaño de la muestra estudiada, por lo dichas conclusiones no pueden ser extrapoladas por ahora a grandes grupos, pero sí considerarse como un estudio piloto, un primer paso de cara a futuras investigaciones dentro del mismo hospital, o incluso comparando unidades similares en diferentes hospitales y comunidades.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Gil-Monte PR, Peiró JM. Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) según el MBI-HSS en España. *Rev Psicol Trab Org.* 2000; 16 (2): 135-149.
- Ortega Molina P, Albaladejo Vicente R, Villanueva Orbaiz R, Astasio Arbiza P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de un Hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública.* Julio-Agosto 2004; 78(4): 505-516.
- Rodríguez Lopez AM, Fernández Barral R, Benítez Canosa MC, Camino Castiñeira MJ, Brea Fernández AJ. Correlación entre carga de trabajo, Síndrome de Burnout y calidad de vida en una unidad de críticos. *Enfermería Global.* Octubre 2008; 14: 1-11.
- Núñez Beloy J, Castro Muñoz S, Lema Ferro M, Alvarado López S, Valcarcel Torre L, Álvarez López L, et al. Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital. *Revista de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública.* 2010; 2(10): 23-27
- Pomer Sancho MC, Giner Bonora I. Síndrome de estar quemado (Burnout), un riesgo laboral en aumento. Prevalencia en enfermeras del CHGU de Valencia. *Enfermería Integral: Revista científica del colegio oficial de A.T.S de Valencia.* Junio 2011; 94: 21-24.
- Betancour A, Guzmán C, Lema C, Pérez C, Pizarro MC, Salazar S, et al. Síndrome de Burnout en trabajadores del sector salud. *Revista CES Salud Pública.* Julio-Diciembre 2012; 3(2): 184-192.
- Frutos Martín M. Relación entre los modelos de gestión de recursos humanos y los niveles de estrés laboral y Burnout en los profesionales de enfermería de atención especializada. Tesis doctoral. Universidad de León; 2014.
- Sánchez Romero S. Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de Enfermería de las Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Médico-Quirúrgico de Jaén. *Enfermería del Trabajo.* Agosto 2014; 4(4): 115-125

Sanjuan Estallo L, Arrazola Alberdi O, García Moyano LM. Prevalencia del Síndrome del Burnout en el personal de enfermería del Servicio de Cardiología, Neumología y Neurología del Hospital San Jorge de Huesca. *Enfermería Global*. Octubre 2014; 13(4): 253-264.

AUTORES/AUTHORS:

Eva Tizón Bouza, José Ángel Pesado Cartelle, María José López Rodríguez

TÍTULO/TITLE:

OPINIÓN DEL PERSONAL MÉDICO DEL ÁREA SANITARIA DE FERROL RESPECTO AL INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

OBJETIVO: Conocer la opinión de los médicos de la Estructura Organizativa de la Xerencia Integrada (EOXI) de Ferrol sobre el Informe de Cuidados de Enfermería (ICE).

MÉTODO:

Ámbito de estudio: Se lleva a cabo en EOXI de Ferrol, perteneciente a la red del Servicio Galego de Saúde (SERGAS).

Tipo de estudio: Estudio observacional, de seguimiento prospectivo.

Población: Médicos facultativos especialistas de área (FEA) y residentes médicos. Criterios de selección de la muestra:

a) Criterios de inclusión: Todas aquellos FEA y residentes médicos que durante el período de recogida de datos estuvieran trabajando en la EOXI Ferrol, que voluntariamente aceptaron participar en el estudio tras ser debidamente informados.

b) Criterios de exclusión: FEA y residentes que no acepten participar en el estudio tras ser debidamente informados.

Determinación del tamaño de la muestra: Según los datos obtenidos a partir de la memoria de la EOXI Ferrol en 2014, trabajaban 484 médicos. Para conseguir una significancia estadística del 95%, con una precisión del 3%, una proporción esperada del 5% y esperando un posible 15% de pérdidas, el tamaño de la muestra del estudio es de 168 médicos.

Recogida de datos: Se diseña un cuaderno de recogida de datos ad hoc agrupado en cuatro bloques:

1. Características sociolaborales: género, edad, tipo de contrato, lugar de actividad profesional (Atención Primaria vs. Atención Especializada), especialidad médica.

2. Conocimientos sobre el Informe de Cuidados de Enfermería

¿Conoce la existencia de los Informes de cuidados de Enfermería?

¿Ha leído en alguna ocasión un informe de cuidados de Enfermería?

¿Cuándo debe realizar el personal de Enfermería el informe de cuidados?

¿Qué apartados debe contener el ICE?

¿Cree conveniente que todo paciente hospitalizado reciba un informe de cuidados de Enfermería al alta, al igual que el informe médico?

¿Cuál es su opinión respecto a la realización de estos informes por parte de Enfermería?

3. Programa Conecta72

¿Conoce el programa CONECTA72?

¿Ha participado en el programa CONECTA72?

4. Enfermería de Enlace

¿Conoce la existencia de la figura de enfermera de enlace?

¿Cree conveniente la existencia de una enfermera de enlace entre Atención Especializada y Atención Primaria?

¿Considera la enfermera de enlace una figura relevante y facilitadora de la continuidad de los cuidados y de mejora de la comunicación interdisciplinar e interniveles asistenciales?

Se envía el cuaderno de recogida de datos por correo electrónico a toda la población de referencia, a través del correo corporativo del área.

Consideraciones éticas:

a. Todos los participantes implicados en el estudio tendrán en el tratamiento de datos una garantía de estricta confidencialidad y

anonimato.

b. Se solicita permiso en febrero de 2016 para la realización del estudio a la Dirección de Procesos de Soporte de la EOXI Ferrol, el cual se obtiene.

c. Los autores del estudio de investigación declaran que no existe ningún conflicto de interés.

d. El estudio se realiza respetando las normas de buena práctica clínica de la Declaración de Helsinki, el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio Oviedo 04/04/1997),

e. Se garantiza la confidencialidad de la información según la Ley Orgánica 5/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. El acceso a datos identificativos de los participantes se restringe a los autores del estudio.

Análisis de datos: Las variables cuantitativas se expresarán como Media \pm desviación típica (Media \pm DT). Las variables cualitativas como valor absoluto y porcentaje con su estimación del 95% índice de confianza (IC). La asociación de variables cualitativas se estimará por medio del estadístico chi-cuadrado (χ^2). El análisis se realizó con el paquete estadístico "Statistical Product and Service Solutions" (SPSS) en su versión 20.0.

RESULTADOS: Se ha conseguido una muestra significativa, con un total de 151 respuestas. El perfil del encuestado es el de una médica de 46 años, especialista en Medicina familiar y comunitaria, que trabaja en atención hospitalaria y tiene una vinculación fija en la institución.

Informes de Cuidados de Enfermería: El 78,1% de los médicos conocen la existencia de los ICE; de los cuales, un 73,1% habían leído, en alguna ocasión un ICE. Un 34,9% consideran "muy necesario" la existencia de los ICE y un 32,2% "imprescindibles". El 88,6% creen conveniente que los pacientes reciban un ICE tras el alta hospitalaria.

A la pregunta sobre cuándo se realizan los ICE, un 66,9% indican que al "alta hospitalaria", mientras que un 61,0% indica que "se va conformando en base a los cuidados proporcionados por enfermería (planificación de cuidados)".

Sobre el contenido del ICE, un 76,5% indica la valoración de Enfermería, un 68,1% el evolutivo de Enfermería, un 79,8% los diagnósticos de Enfermería, un 26,1% los diagnósticos médicos, un 70,6% consejos de promoción de la salud, un 96,6% información complementaria (sondas, heridas, curas, estomas...), un 66,4% consejos sobre medicación y un 0,8% indica que debe contener la Firma de la Enfermera.

Programa Conecta72 (Programa de mejora de la continuidad asistencial a través de la realización, en las primeras 72 horas, de una consulta telefónica por parte del enfermero/a de Atención Primaria a los pacientes que fueron dados de alta hospitalaria con ICE): El 61,6% de los médicos, conocen la existencia del programa Conecta72 de SERGAS. Respecto a su participación en este programa, un 23,2% de los médicos no han tenido oportunidad de participar. El 8,6% afirman que los leen "Bastante a menudo", así como reflejan no hacerlo "Casi nunca" el mismo porcentaje de médicos. El 2,6% manifiesta no interesarles el programa.

Enfermería de Enlace: El 66,2% de los médicos desconocen la existencia de la figura de la Enfermería de enlace. Una vez conocida su función, el 76,8% indica como necesaria la figura de la Enfermería de Enlace, mientras que un 13,2% la percibe como innecesaria.

Se realiza un análisis bivariado entre especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) respecto al resto de especialidades médicas. La media de edad de los médicos de MFyC es de 49,9 años (DT \pm 8,2 años, mediana 52 años); mientras la media del conjunto restante de especialidades es de 44,0 años (DT \pm 10,9 años, mediana 45 años).

Ninguna de las variables estudiadas entre el conocimiento y opinión de los médicos sobre el ICE, el contenido que debe tener un ICE o el conocimiento y opinión sobre la figura de la enfermera de enlace se relacionan de manera significativa según la especialidad médica.

Respecto al momento en el que se debe realizar el ICE, existen diferencias estadísticamente significativas entre el conocimiento de los médicos respecto a que "se van conformando en base al plan de cuidados" ($p=0,034$) y al ingreso hospitalario ($p=0,038$). Las variables estudiadas respecto al conocimiento ($p<0,001$) y participación de los médicos en el programa Conecta72 ($p=0,012$), se

asocian de manera significativa con la especialidad médica.

Se realiza un análisis bivariado entre el lugar de trabajo y nivel asistencial. La media de edad de los médicos que trabajan en Atención Primaria es de 50,9 años (DT±8,3 años, mediana 52 años); mientras la media del conjunto restante de especialidades es de 42,0 años (DT±10,4 años, mediana 42 años).

Ninguna de las variables estudiadas entre el conocimiento y opinión de los médicos sobre el ICE, contenido que debe tener un ICE o el conocimiento y opinión sobre la figura de la enfermera de enlace, se relacionan de manera significativa según la especialidad médica. Se encuentra cercana a la significancia estadística la variable "conoce ICE" ($p = 0,066$).

Respecto al momento en el que se debe realizar el ICE, existen diferencias estadísticamente significativas entre el conocimientos de los médicos respecto que "se van conformando en base al plan de cuidados" ($p = 0,020$) y al ingreso hospitalario ($p = 0,001$) y el lugar de trabajo. Se encuentra cercano a la significancia estadística la variable "al alta hospitalaria" ($p = 0,077$).

Las variables estudiadas respecto al conocimiento ($p < 0,001$) y participación de los médicos en el programa Conecta72 ($p = 0,002$), se asocian de manera significativa con el lugar de trabajo.

DISCUSIÓN: El ICE se conforma como un instrumento efectivo y adecuado para coordinar y dar continuidad a los cuidados, optimizando recursos del sistema sanitario. Se trata de un documento escrito en el que se reflejan todos los cuidados proporcionados, supone un avance en nuestra labor independiente y aporta los datos que necesitan otros profesionales, el propio individuo o su familia para dar continuidad a la asistencia recibida.

En la elaboración del ICE desarrollamos nuestra autonomía profesional, fomentando el reconocimiento socioprofesional y potenciando la coordinación y la comunicación en un mismo; ya que "la continuidad de los cuidados de los pacientes entre los diferentes niveles asistenciales no queda garantizada sin el Informe de Enfermería al alta hospitalaria"¹. Sin embargo, es fundamental la planificación, seguimiento y evaluación de todas las acciones que se pongan en marcha a fin de asegurar el logro en la coordinación interdisciplinaria e interniveles². Existe un desconocimiento relevante sobre en qué momento se realiza el ICE, así como el contenido que debe figurar en el mismo, lo que puede ser debido al desconocimiento médico acerca del labor real de Enfermería y sus diagnósticos específicos.

Parece necesario profundizar en la promoción de Conecta72, ya que, tras un año de implantación, es desconocido todavía por un tercio del personal médico; sin embargo, no parece que su existencia pueda suplir la figura de Enfermera de Enlace (con excelente valoración percibida y sentida como necesidad por más del 80% de los médicos).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Seva Llor AM. El informe de cuidados de Enfermería al alta: análisis situacional en la región de Murcia. Universidad de Murcia. Dic. 2011. Disponible en:
<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/63198/TAMSL.pdf?sequence=1>
2. Peinado-Barraso MC, Cabrerizo-Cordero MR, Granados-Matute AE, Contreras-Fariñas R. Caso clínico: coordinación en los cuidados de una paciente con cáncer de mama. *Enferm Clin*. 2008; 18 (5):273-7.

AUTORES/AUTHORS:

Cristina Costa Graña, Eduardo Barge Caballero, Carmen Naya Leira, Paula Blanco Canosa, Zulaica Grille Cancela, Maria Jesus Paniagua Martin, Raquel Marzoa Rivas, Gonzalo Barge Caballero, Maria Generosa Crespo Leiro

TÍTULO/TITLE:

Utilidad de una herramienta educativa sencilla (4 fichas de colores) y evaluación de la satisfacción de los pacientes

Objetivo: Los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) necesitan un tratamiento farmacológico complejo para aumentar la supervivencia y calidad de vida. La educación para la salud es fundamental para promover el autocuidado del paciente y ha demostrado mejorar los resultados. La utilización de herramientas educativas sencillas puede ser clave para lograr este objetivo. **Objetivo principal:** Evaluar la utilidad de una herramienta informativa sencilla (4 fichas de colores) basada en las Guías ESC 2012 (1) para aumentar la adherencia a la medicación en pacientes con IC y fracción de eyección reducida (FEr). **Objetivo secundario:** Evaluar la aceptación y satisfacción de los pacientes con la herramienta informativa.

Métodos: Fueron reclutados pacientes de IC consecutivos con FEr (FE<40%) que recibieron alguno de los fármacos indicados en IC con FEr (inhibidores del SRAA, betabloqueantes, ARM e ivabradina). Los criterios de exclusión fueron: rechazo a participar o incapacidad para entender la información. Los cambios en la adherencia al tratamiento fueron evaluados mediante la Escala Morisky-Green 4 ítems (EMG-4) basal y después de 6 meses (2). EMG-4 (0%-100% según la respuesta correcta a 4 preguntas); 4 fue considerado "cumplidor" y 0-3 "no cumplidor". La satisfacción fue evaluada mediante una encuesta ad hoc (5 preguntas). Los resultados con escala Likert (1:mínimo, 5:máximo).

Resultados: De 234 pacientes incluidos entre marzo-junio 2015, se hizo un análisis preliminar con 174 pacientes (media edad 67.7 años DS 10.3; 80.5% mujeres) que completaron la EMG-4 basal y 6 meses en el momento del análisis de datos. La clasificación NYHA fue: I (37 pacientes, 21.3%),II (105 pacientes, 60.3%),III (31 pacientes, 17.8%) y IV (1 paciente, 0.6%). Distribución de la etiología: 77 (44.3%) isquémica, 68 (39.1%) dilatada y 29 (16,7%) otras. La mayoría de los pacientes (156/174, 89.7%) mostraron ser cumplidores al inicio mediante la EMG-4, proporción que no obtuvo cambios significativos tras 6 meses (152/174, 87.4%; p=n.s.). Sin embargo, de los pacientes no cumplidores al inicio, el 55.6% (10 de 18) se convirtieron en cumplidores tras la implementación (p<0.001). El 64.2% mostraron elevados niveles de satisfacción (4 ó 5 en la escala Likert).

Conclusiones: Incluso entre los pacientes con elevada adherencia a recomendaciones de tratamiento, la identificación de pacientes no cumplidores a través de la EMG-4 y la implementación de esta herramienta educativa bien aceptada puede ser de utilidad clínica.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1 .John J.V. McMurray et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. European Heart Journal (2012) 33, 1787–1847.
2. Morisky DE, Green LW, Levine DM. "Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence." Med Care. 1986 Jan;24(1):67-74.

AUTORES/AUTHORS:

JUAN RAMÓN DE MOYA ROMERO

TÍTULO/TITLE:

DIFERENCIAS DE VALORES PERSONALES ENTRE ENFERMERAS ONCOÓGICAS Y NO ONCOLÓGICAS DE LA CIUDAD DE VALENCIA.

1.OBJETIVOS

- Determinar los valores personales de enfermeras que trabajan en oncología y de enfermeras que trabajan en otras áreas del cuidado
- Establecer diferencias en los valores personales entre enfermeras oncológicas y enfermeras no oncológicas.

2.METODOLOGÍA

Diseño: Encuesta transversal.

Ámbito de Estudio: Centros Hospitalarios de la provincia de Valencia.

Sujetos de Estudio: Enfermeras Oncológicas: Enfermeras en activo de Valencia en el año 2014 que trabajen en Unidades de Hospital de Día, Unidades de Hospitalización a Domicilio y servicios de OncoHematología de los hospitales de la provincia de Valencia. Enfermeras No Oncológicas: Enfermeras hospitalarias que trabajan en otras áreas del cuidado.

- Población y muestreo:

Según el INE en el año 2012 dentro de la provincia de Valencia se encuentran en activo 14.017 enfermeras, de las cuales aproximadamente 700 se dedican al cuidado oncológico (estimación del número de pacientes atendidos en hospitales de día en el año 2012 INE y ratio de enfermeras por paciente en hospitales de día de la Asociación Española de Oncología del año 2012). Para el muestreo se realizó un muestreo aleatorio simple con un nivel de confianza del 95%, un error muestral de $\pm 5\%$, y una precisión del 2 % estableciéndose un tamaño muestral total de 442 enfermeras no oncológicas y 276 enfermeras oncológicas.

Instrumentos:

Se realizará un cuestionario autoadministrado diseñado "ad-hoc" para las variables sociodemográficas junto con el "Schwartz Values Survey" para el estudio de los valores personales. (Schwartz y Bardi, 2001) El SVS contiene 57 ítems que comprenden los 10 tipos de valores humanos según Schwartz. Los participantes deberán de tipificar cada ítem planteándoselos como guías en su vida, en una escala Likert de 9 opciones que va desde -1 (Opuesto en mi vida) a 7 (Central en mi vida). De estos ítems se construirán las tipologías de valor a través de la media de los ítems que lo componen.

RESULTADOS**1.Análisis Sociodemográfico.**

Finalmente se obtuvieron un total de 180 cuestionarios de los que se desecharon 5, debido a que no identificaron si trabajan en oncología u en otras áreas del cuidado, siendo 175 cuestionarios los que fueron aptos para su análisis sobre los valores. La edad media de todos los participantes fue de $41,62 \pm 11,24$ años. La edad media para las enfermeras que no trabajaban en oncología es de $40,76 \pm 11,39$ años y la edad de las enfermeras que trabajan en oncología es de $43,53 \pm 10,85$ años, no habiendo diferencias significativas entre ambos grupos ($p:0,687$). Nuestra muestra consta con 23 hombres (12,7%) y 152 mujeres (84,5%). No existen diferencias significativas en cuestión de sexo entre las enfermeras que trabajan en oncología y las que no trabajan en oncología. ($p:0,300$).

Del total de la muestra, la media en años desde que finalizaron sus estudios de enfermería fue de $13,24 \pm 9,96$. Se establecieron diferencias significativas en el tiempo de finalización de la carrera entre ambos grupos. ($p:0,042$). El 100% de nuestras enfermeras trabajan en el ámbito hospitalario, donde 125 (71,4%) trabajan en un hospital público, 2 (1,1%) trabajan en un hospital privado y 48 (26,7%) trabajan en un centro con modelo concesional. Se obtuvieron diferencias significativas entre las muestras de enfermeras

oncológicas y no oncológicas en los modelos de gestión (Ji-cuadrado de Fisher: $\leq 0,0001$).

ANÁLISIS DE LAS DIMENSIONES DE VALOR.

La media obtenida por todos los encuestados en el total del SVS, es de $4,504 \pm 0,641$. En el caso de las enfermeras no oncológicas, la media para el cuestionario fue de $4,529 \pm 0,602$ y la media para las enfermeras oncológicas fue de $4,46 \pm 0,085$, no obteniéndose diferencias significativas ($p > 0,501$).

En el binomio enfrentado de dimensiones "Autotrascendencia versus Autobeneficio", se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,0001$).

En el binomio enfrentado de dimensiones "Conservación versus Apertura al cambio", no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,067$).

DISCUSIÓN

En cuanto al total de nuestra muestra, las enfermeras puntuaron la Autotrascendencia, como la dimensión más valorada definiéndola como "Muy importante en su vida" con una puntuación media de $5,064 \pm 0,779$. En el caso de la dimensión "conservación", obtiene una puntuación media de $4,504 \pm 0,948$, definiéndola de "Bastante Importante a Muy importante en su vida". En tercer lugar queda la dimensión "Apertura al Cambio", con una puntuación media de $4,459 \pm 1,133$, definiéndola también como de "Bastante Importante a Muy importante en su vida".

En último lugar queda relegada la dimensión de valor "Autobeneficio", con una puntuación media de $3,767 \pm 0,858$, definiendo esta dimensión como de "Algo importante a Bastante Importante en su vida".

Las puntuaciones que obtuvieron nuestras enfermeras que trabajan en el cuidado oncológico versus las enfermeras que trabajan en otras áreas del cuidado, no indican diferencias estadísticas significativas en dimensiones de valor entre las enfermeras participantes, por el tipo de trabajo que desempeñan. (Autotrascendencia: 0,974. Conservación: 0,173. Apertura al cambio: 0,446 y Autobeneficio: 0,775).

De estas puntuaciones se desprenden tres ideas importantes:

En primer lugar, la dimensión que obtuvo mayor puntuación en el total y subgrupos de nuestra muestra fue Autotrascendencia, las enfermeras participantes expresan como más importantes en su vida aquellos valores que las motivan a trascender las preocupaciones egoístas y a promover el bienestar de los otros. Este dato se encuentra en congruencia el estudio de Glazer en 2002, mostrando mayores puntuaciones en valores colectivistas frente a valores individualistas en enfermeras de diferentes países. (Glazer y Beerh, 2002)

La falta de diferencias estadísticamente significativas entre las dimensiones de valor entre enfermeras que trabajan en oncología frente enfermeras que trabajan en otras áreas del cuidado, puede verse representada como una falta de socialización profesional. Existe evidencia disponible para indicar que el proceso de socialización profesional durante la formación enfermera, modifica los valores personales de los alumnos de enfermería desde que inician su formación hasta que la finalizan, aumentando la congruencia de los valores personales a los valores profesionales de la profesión durante su aprendizaje. (Kaya, Kaya, Senyuva, Isik, 2012) (Martin, 2003)

Del mismo modo podemos intuir que la falta de un proceso de socialización profesional especializada, como sería la formación de matronas y enfermeras de salud mental, dentro de la enfermería oncológica podría ser la causante de la ausencia de diferencias significativas entre las dimensiones de valor descritas.

La tercera y última idea es sobre la disonancia que se producen dentro del binomio "Apertura al Cambio versus Conservación". Según la teoría de Schwartz las puntuaciones que las enfermeras han aportado a cada una de estas dimensiones deberían producirse de manera inversa, es decir, las enfermeras que consideren más importantes la Apertura al Cambio, deberían haber marcado con menor puntuación aquellos valores que ponen énfasis en la autorrepresión sumisa, la preservación de prácticas tradicionales, y la protección de estabilidad, es decir la dimensión Conservación. Sin embargo no solo no obtenemos diferencias, sino que además ambas expresan que estos valores para todas las enfermeras son "de Bastante importantes a Muy importantes en

su vida". Esta similitud en ambas dimensiones creemos que representa una realidad enfermera compleja, ya que desde los valores profesionales estudiados, se puntúan con gran énfasis la preservación del status quo social como una forma de dar o mantener bienestar así como preservar la dignidad humana, en muchas ocasiones extrapolables a su código ético integrándose como parte de su identidad profesional (Tadd, 2006). Sin embargo, existe evidencia en la que se describe como las enfermeras desean adoptar roles de mayor responsabilidad en los procesos clínicos de las personas que atienden, no solo a nivel instrumental o técnico, sino como asesores en las necesidades expresadas por los pacientes. (Allan y Barber, 2005). (Grundy y Ghazi, 2009)

Sobre las tipologías de valor, diferencias entre enfermeras oncológicas y no oncológicas.

La tipología de valor motivacional más valorada por las enfermeras de nuestro estudio fue la Benevolencia, identificándolo por las enfermeras de nuestro estudio como "Muy importantes en su vida". Si observamos la puntuación otorgada por cada muestra, no encontramos diferencias significativas ($p:0,973$). Esto significa que las enfermeras identifican como prioritarias en su práctica la preservación y mejora del bienestar de la gente con la cual está el sujeto en frecuente contacto personal, siendo esta información congruente con la literatura consultada. (Glazer y Beerh, 2002) (Kaya et al. 2012) (Rassin, 2008) (Shariari et al. 2013).

La segunda tipología de valor más valorada fue la de Conformidad, identificándola por nuestra muestra como "Muy importantes en su vida". Las enfermeras identifican como muy prioritarias todos aquellos valores que restringen acciones, inclinaciones y probables impulsos que pueden alterar o dañar a otros y violar expectativas de normas sociales. Sin embargo, si comparamos las medias dependiendo del tipo de cuidado, obtenemos diferencias significativas (T de Student: $p<0,05$) confirmándose la hipótesis de este estudio.

Para el grupo de enfermeras no oncológicas obtenemos una media de $5,359\pm 2,111$, identificando este grupo de valores como "muy importantes en su vida". Con respecto al grupo de enfermeras oncológicas, la puntuación media para esta tipología de valor fue de $4,803\pm 1,071$ estimando estos valores como "Bastante importantes en su vida".

Al no encontrar estudios que investiguen sobre los valores personales y enfermeras oncológicas, se abre la necesidad de iniciar estudios de tipo cualitativo, que puedan clarificar la menor importancia que otorgan estas enfermeras a conductas que restringen acciones, inclinaciones y probables impulsos que pueden alterar o dañar a otros, así como las normas sociales.

Esta menor sensibilidad hacia a esta tipología de valor, puede venir de las prácticas socioculturales que envuelven al paciente oncológico en nuestro entorno. La falta de información, o el pacto de silencio, son factores que vistos por los profesionales dificultan la adaptación a la enfermedad y crean rechazo entre el colectivo profesional por los conflictos éticos que les provocan (Gonzalez-Peña, 2011). La realización de estudios fenomenológicos sobre el cuidado del paciente oncológico, pueden esclarecer el comportamiento de los valores personales de las enfermeras oncológicas, frente a otras áreas del cuidado.

En último lugar encontramos la tipología de valor Poder, con una puntuación media de $2,321\pm 1,359$, estimando estos valores como "Muy Poco importantes en su vida", esta tipología de valor proviene de necesidades de obtener un estatus de logro y de prestigio social, de control o dominio de las personas y de los recursos. No se establecieron diferencias significativas entre las enfermeras oncológicas y no oncológicas. (T de Student: 0,519). Esta poca afinidad a esta tipología de valor concuerda con la poca bibliografía disponible sobre enfermería y valores personales que se ha desarrollado con otros países. (Glazer y Beerh, 2002) (Glazer, Daniel y Kenneth, 2004)

Debemos de ser discretos con los datos que se derivan de este trabajo debido a las limitaciones que nos implanta el propio diseño metodológico, no podemos afirmar si las enfermeras que trabajan en oncología y las diferencias que hemos obtenido frente enfermeras no oncológicas, eran inherentes por las características personales de cada enfermera, o si ha sido su entorno de trabajo el que ha favorecido el desarrollo de estos valores. (Schwartz, 1992, 2001, 2002)

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Allan, H. Barber, D. (2005) Emotional boudary work in advanced fertility nursing roles. Nurs Ethics, 12, 391-400

- Glazer, S., & Beehr, T.A. (2002) "Similarities and Differences in human Values between nurses in four Countries". *International journal of Cross Cultural Management* 2(2),185-202
- Glazer, S., Daniel, SC., Short, KM. (2004) A study of the relationship between organizational Commitment and human Values in Four Countries. *Human Relations*, 57, 323-345
- Gonzalez Peña, M. Actuación de enfermería ante el pacto de silencio. Presentación de un caso clínico. *Ética de los Cuidados*, 4(8). Recuperado de: <http://www.index-f.com/eticuidado/n8/et7844.php>>
- Grundy, M., Ghazi, F. (2009) Research priorities in haemato-oncology nursing: results of a literature review and a Delphi study. *European Journal of Oncology Nursing*, 13, 235-249.
- Kaya H., Nurten K., Senyuva, E & Isik, B. (2012) Personal values of baccalaureate nursing students in Turkey. *International Journal of Nursing Practise*, 18, 527-536
- Martin,P Yarborough,S., and Alfred, D. (2003)"Professional Values Hedl by Baccalaureate and Associate Degree Nursing Students" *Journal of Nursing Scholarship*, 35(3), 291-296.
- Rassin, M. (2008). Nurses Professional and Personal Values. *Nurs Ethics*, 15(5),614-630
- Schwartz, S. H., & Bardi, A. (2001). Value hierarchies across cultures: Taking a similarities perspective. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 32, 268-290.
- Schwartz, S.H. (1992) Universals in the content and structure of values: theoretical advances and empirical tests in 20 countries. In: ZANNA, M. (Ed.). *Advances in experimental social psychology*. New York: Academic Press, 25, 1-65.
- Shariari, M., Mohammadi, E., Abbaszadeh, A., Bahrami, M. (2013) Nursing ethical values and definitions: A literature review. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 18(1):1-8
- Tadd, W., Clarke, A., Lloyd, L et al. (2006) The value of nurses codes: European nurses'views. *Nurs Ethics*, 13, 376-393.

AUTORES/AUTHORS:

Solanger Hernández-Méndez, Miguel Ángel Martínez-González, José Ángel Cano-Rojo, Laura Casanova-Navarro, Antonio Jesús Ramos-Morcillo, Francisca Tudela-Urrea, Bartolome Gonzalez-Sánchez, José Manuel Robles Brabezo, María Ruzafa-Martínez

TÍTULO/TITLE:

PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS ANTE LA CALIDAD DEL CUIDADO, SEGURIDAD DE LOS PACIENTES Y LA PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIAS

INTRODUCCIÓN: La Práctica Basada en la Evidencia (PBE) es el uso de los mejores resultados de la investigación científica disponible para la toma de decisiones en el cuidado del paciente^{1, 2} y su utilización tiene beneficios potenciales para los pacientes, los profesionales y los sistemas de salud. Esta práctica ha sido considerada un factor clave, ya que reduce la inadecuada variabilidad en las prácticas asistenciales, proporciona un conjunto de normas para la toma de decisiones clínicas, da mayor rentabilidad disminuyendo los costes asociados a los cuidados ineficaces y puede llevar a mejorar los resultados de seguridad de los pacientes al disminuir los riesgos clínicos, mejorando así las expectativas del paciente y la comunidad hacia la práctica enfermera^{3, 4}. Por lo tanto, la PBE proporciona un marco para promover la excelencia en la asistencia sanitaria y mejorar la calidad de la práctica clínica basada en las normas internacionales^{3,4}. Debido a ello, es esencial, por parte de los profesionales sanitarios adquirir el suficiente conocimiento, habilidad y tener una fe firme en el papel de la PBE en el ámbito clínico⁵. Por otra parte, la enfermería es el grupo profesional sanitario responsable del cuidado de los usuarios en el sistema de salud, tanto a nivel individual como colectivo y en sus cuatro dimensiones, biológica, social, emocional y cultural. Está presente cuando el paciente, usuario o cliente necesita ayuda, enseñanza o cuidado en temas relacionados con la salud, cuando no tienen conocimiento, voluntad o fuerza para cuidar de sí mismos, satisfaciendo las necesidades humanas en todas las etapas del ciclo vital⁶. Las enfermeras son importantes en el ámbito sanitario porque participan en la configuración y la gestión del sistema de salud, velando por que se satisfaga de manera oportuna las necesidades de los individuos, familias y comunidades, influyen estratégicamente en las políticas sanitarias a nivel local, regional o nacional, participa activamente en la planificación de programas sanitarios y la asignación de recursos⁷.

Con el fin de consolidar todos esos cimientos de los cuidados y fortalecer la razón de ser de la enfermería, se debe utilizar la PBE ya que dota a las enfermeras de competencias, conocimientos, habilidades y autoeficacia que puede hacer elevar de posición a la enfermera dentro del equipo multidisciplinar³. Se sabe que poco a poco se están incorporando un gran número de innovaciones en la práctica clínica, aunque solo están siendo aplicados en contextos o lugares específicos; todavía hay mucho terreno que cubrir en la práctica enfermera con el fin de cerrar la brecha entre la investigación y la práctica⁸. El uso de la evidencia podría transformar la práctica clínica, sin embargo, sólo un pequeño porcentaje de las enfermeras están trabajando en el contexto de la PBE^{9,10}. Por ejemplo, en Estados Unidos, solo el 46.4 % de las enfermeras encuestadas por Melnik afirman estar de acuerdo en que los hallazgos de los estudios de la investigación se aplican rutinariamente en su institución para mejorar los resultados en el paciente¹¹. No obstante, la gran demanda de información por parte de los pacientes, la variabilidad de los cuidados y las dudas que surgen día a día en la práctica clínica, hacen cuestionar si los profesionales de enfermería están dispuestos a renovar sus conocimientos a través de las fuentes de información que existen actualmente, gracias a la nueva visión que trae la PBE¹².

Debido a lo anterior, es importante resaltar, que a pesar de los beneficios que proporciona la PBE, diversos factores han hecho que sea difícil para las enfermeras integrarla en su práctica. En este sentido, varios investigadores han informado que las enfermeras tienen poco conocimiento, aunque su actitud hacia la práctica clínica basada en la evidencia (PCBE) es favorable^{13,14} muchas no reconocen el concepto del término PBE o como incorporarlo en su práctica clínica^{5,3,15}. Se han identificado diversas barreras cuando se trata de utilizar los resultados de la investigación en la práctica clínica, como la falta de tiempo, confianza, falta de

habilidad para llevar a cabo la búsqueda de información y todo el complejo proceso que conlleva la PBE^{15,16}. Otros de los obstáculos son la corta dotación de personal, la gran demanda por parte de los pacientes, los compromisos familiares fuera del trabajo¹⁵, el tiempo que tienen los profesionales de enfermería para realizar sus propias tareas, la reducida formación en metodología científica y la poca o nula formación en idiomas, especialmente en inglés¹⁷.

Cabe señalar, que hay facilitadores como la creación de equipos de investigación, cambios en la filosofía enfermera hacia un aumento de conocimientos, la creación de guías de práctica clínica y protocolos¹⁷, proyectos de implantación de evidencias, como el proyecto de centros comprometidos con la excelencia en cuidados puesto en marcha por la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciiiii) y el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados en Salud basados en la Evidencia, actualmente en varios hospitales a nivel nacional e internacional, incluyendo el hospital universitario Rafael Méndez de Lorca, con el que se pretende a través de la utilización de recomendaciones de las Guías de Buenas Prácticas (GBP) basadas en la evidencia mejorar la calidad de los cuidados en el manejo de las ostomías, la lactancia materna, valoración y manejo del dolor, el liderazgo y la profesionalidad en enfermería¹⁸, todo esto con el fin de basar la práctica en la mejor evidencia disponible.

Así mismo, la PBE también es una de las prioridades de los programas de educación médica y enfermera, según Mehrdad las facultades de enfermería son las encargadas de la formación de las futuras enfermeras, por lo que su participación en la integración de la PBE en la educación clínica mejorara los resultados de salud⁵. En este sentido, a nivel regional, la Universidad de Murcia (UMU) integra en la enseñanza la PBE, con resultados favorables en la actitud, habilidades y conocimientos en la PBE después de la incorporación de esta competencia académica al grado de enfermería². Es oportuno indicar que los facilitadores, barreras e intervenciones para incorporar este movimiento a la práctica no solo dependen de la enfermera, también de las organizaciones sanitarias y de sus políticas de gestión¹⁹.

Aunque en la última década ha habido un incremento de la investigación relacionada con los cuidados basados en la evidencia, sin embargo, se ha escrito mucho menos sobre la aplicación directa de la EBE por los profesionales, tal como comenta De Pedro-Gómez¹⁹ existe una brecha entre los resultados de la investigación y su aplicación en la práctica clínica. El uso de la evidencia podría transformar la práctica clínica y en diversos departamentos de enfermería ya se han implementado modelos de PCBE para desarrollar estrategias y recomendaciones⁸. Los cambios en la práctica no solo están condicionados por los conocimientos y actitudes de los profesionales, sino además por las creencias individuales de los mismos y factores de la organización, así como el medio económico y social en que se desenvuelven²³.

En este sentido, uno de los primeros pasos para implantar el uso de la práctica basada en la evidencia es determinar cuál es la percepción de las enfermeras ante la calidad del cuidado, seguridad de los pacientes y a su vez determinar la actitud y las conductas de las enfermeras en el contexto de una organización sanitaria hacia la misma, planteándose así este estudio de investigación, cuyos resultados podrían ayudar a identificar las estrategias necesarias para conseguir la implantación de esta forma de trabajo en el Área III de salud de Lorca, Murcia.

Objetivo: Describir la percepción sobre la calidad del cuidado, la seguridad de los pacientes y la actitud de los profesionales de enfermería ante la práctica basada en evidencias (PBE) que tienen las enfermeras en el Área III de Salud de Lorca.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal llevado a cabo entre marzo y junio de 2013. **Ámbito:** Área III de Salud. **Sujetos:** se incluyó a toda la población de profesionales de enfermería de atención hospitalaria y primaria, total 363. **Variables:** sociodemográficas (edad, sexo, convivencia); laborales (experiencia laboral, ámbito laboral, satisfacción laboral, jornada laboral);

variables de resultado: percepción sobre la calidad de los cuidados y seguridad de los pacientes y actitud ante la PBE, incluye las dimensiones “creencias y expectativas”, “intención de conducta” y “preferencias”. Los datos se recogieron mediante un cuaderno que incluía un cuestionario que evalúa la percepción de la calidad de los cuidados y de los efectos adversos, utilizado en el proyecto RN4CAST. Consta de 12 ítems formulados en escala tipo Likert con diversas alternativas de respuesta. La actitud ante la PBE se midió el cuestionario CAPEBE, que presenta un alfa de Cronbach de 0,853. Consta de 15 ítems formulados en escala tipo Likert, donde 1 es una actitud muy desfavorable y 5 muy favorable. Análisis estadístico: Los datos fueron analizados con SPSS 21.0. Las variables cualitativas se expresaron en forma de frecuencias y porcentajes. Para las cuantitativas se calculó la media y desviación estándar (DE).

Resultados: Participaron 240 profesionales de enfermería, tasa de respuesta 66,7%. La edad media fue de 42,9 (DE: 9,2) años, 76% (177) eran mujeres, 68,3% (164) trabajaba en atención hospitalaria y tenían una mediana de experiencia profesional de 15,5 años. Principales resultados obtenidos: Respecto a la percepción de las enfermeras hacia la calidad de los cuidados, obtuvimos una puntuación media de 2,94 (DE: 0,64), el 62% de las enfermeras la consideran buena y 16,19% excelente. Su percepción de que sus pacientes puedan manejar su autocuidado en su proceso salud-enfermedad después del alta, obtuvimos una media 2,48 (DE: 0,71), el mayor porcentaje de las enfermeras 47,92% está algo segura. La estructura organizativa del centro actuará para resolver los problemas que ha notificado sobre el cuidado de los pacientes, la media fue 2,23 (DE: 0,78), el 47,3% de las enfermeras algo segura. 4. La valoración global en relación a la seguridad del paciente la media fue 3,52 (DE: 0,74), considerando 47,15% aceptable. La percepción sobre si en el último año consideran que la calidad de los cuidados prestados a los pacientes la media fue de 2,03 (DE: 0,71), el 51,22% percibe que se ha mantenido. El personal tiene la sensación de que los errores se utilizan en su contra, la media fue de 2,56 (DE: 1,08) el 41,80% está en desacuerdo. La actitud ante la PBE presentó una puntuación media de 4,02 (DE: 0,58) en la dimensión “creencias y expectativas”, 3,71 (DE: 0,63) en “intención de conducta”, 3,86 (DE: 0,70) en “preferencias” y, 3,85 (DE: 0,54) en la puntuación global.

Discusión: Los resultados muestran una adecuada percepción sobre la calidad de los cuidados y seguridad de los pacientes que prestan los profesionales de enfermería y una adecuada actitud ante la PBE. Sin embargo, las puntuaciones obtenidas muestran un margen de mejora sobre la valoración que hacen de la calidad y la seguridad, así como en la intención del uso de la PBE.

Implicaciones para la práctica: Para conseguir entornos saludables y más seguros es importante que la organización evalúe la percepción de los profesionales sobre la calidad, la seguridad de los pacientes así como la cultura de la PBE y los factores que influyen. De esta manera se podrán establecer estrategias específicas de fomento de la cultura de seguridad y de la PBE.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Alonso Coello P, Ezquerro Rodríguez O, Fargues García I, García Alamino JM^a, Marzo Castillejo M, Navarra Llorens M, et al. Enfermería basada en la evidencia. Hacia la excelencia de los cuidados. Vol 1. 2004.
2. Ruzafa Martínez M, Molina Salas Y, Ramos Morcillo AJ. Competencia en práctica basada en la evidencia en estudiantes del grado de enfermería. *Enferm clin.* 2016;26(3):158-64 .
5. Mehrdad N, Joolaee S, Joolaee A, Bahrani N. Nursing faculties' knowledge and attitude on evidence-based practice. *Iran j Nurs Midwifery Rev.* 2012;17(7):506-11.
8. Abad Corpa E, Meseguer Liza C, Martínez Corbalán JT, Zárate Rascal L, Caravaca Hernandez A, Paredes-Sidrach de Cardona A, et al. Effectiveness of the implementation of an evidence-based nursing model using participatory action research in oncohematology: Research protocol. *J Adv Nurse.* 2010; 66(8): 1845-51.
11. Melnik BM, Fineout Overholt E, Gallagher Ford L, Kaplan L. The State of Evidence based practice in US nurses: critical implications for nurse leaders and educators. *J Nurs Adm.* 2012; 42(9):410-17.

16. Moreno casbas T, Fuentelsaz Gallego C, de Miguel AC, González María E, Clarke SP. Spanish nurses' attitudes towards research and perceived barriers and facilitators of research utilization: a comparative survey of nurses with and without experience as principal investigators. *J Clin Nurs.* 2011;20(13):1936-47.
17. Torres Romero AM, Vidal salcedo A, Carmena Hernández AI. EBE, una enfermería de calidad. Barreras y facilitadores para su implementación. *Rev paraninfo digital [internet].* 2013 Nov. 18. Ruzafa Martínez M, González María E, Moreno Casbas T, del Rio Fas C, Albornos Muñoz L, Escandell García C. Proyecto de implantación de guías de buenas prácticas en España 2011-2016. *Enferm clin.* 2011;21(5):275-83.
19. De Pedro Gomez J, Morales Ascencio JM, Sesé Abad A, Bennasar Veny M, Artigues Vives G, Perelló Campaner C. Entorno de práctica de los profesionales de enfermería y competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones: situación en las islas baleares. *Gac sanit.* 2011;25 (3): 191-7.
20. Registered nurses' association of Ontario (RNAO). Entornos laborales saludables. Guías de buenas prácticas. Profesionalidad en la enfermería. Toronto, Canadá: RNAO;2007.
21. Ruzafa Martinez M, López Ibarra L, Madrigal Torres M. Attitude towards evidence based nursing questionnaire: development and psychometric testing in Spanish community nurses. *J Eval Clin Pract.* 2011;17(4):666-70.

AUTORES/AUTHORS:

Duygu Soydas Yesilyurt, Ümmü Yıldız Findik, Seher Ünver

TÍTULO/TITLE:

Determining the Competency Level of Postgraduate Nurses

Objectives: "Competency" is defined as whole abilities of a person should have the information, skills and other features to do a job properly [1]. The core-competencies for nurses comprises 5 competence areas including 'professional, legal and ethical nursing practice', "health promotion and health education", "management and leadership", "research" and "personal effectiveness and professional development"[2]. Nursing education aims that students adopt nursing professional ability, attitude and ethical principles and convert them into behavior in professional practice [3]. A nurse reaches the level of competency that able to meet the needs of a patient safely and in a high quality manner before graduating from undergraduate education [4]. Development of a nurse's competencies starts with the nurse's undergraduate education and continues throughout her/his career. Competency level of nurses increases by their clinical experience. On the other hand, postgraduate education (master and doctorate) also contributes the increasing level of competency [5]. The aim of this study was to determine the competency level of postgraduate nurses.

Methods: This descriptive study was conducted in February-March 2015 with nurses (MSc) graduated from nursing departments of Health Sciences Institute. The universe of the study was formed by nurses (MSc) graduated from the institute (N:31). The sample of the study was formed by 25 volunteer nurses (MSc); hence it had been reached 80.6% of the universe.

For data collection, an identification form and a survey prepared by researchers were used. The survey was prepared by converting the 8 learning targets of "Nursing Post-graduate Education" to a 5-point likert questionnaire (1:strongly disagree-5: strongly agree). Range of the surveys' total score was between 8-40, where high scores represented that postgraduate nurses felt themselves competent. The data collection forms were sent to the postgraduate nurses via e-mail. Statistical analysis were completed with using SPSS 20.0 and descriptive analysis, Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis test, Pearson correlation analysis were used for analyzing. **Results:** It was determined that the mean age of postgraduate nurses was 32.04 ± 3.43 years, 96% (n:24) were female, 40% (n:10) received a master's degree in the field of internal medicine nursing, 32% (n:8) received a doctorate's degree (PhD) or continue their doctoral studies. It was found that 68% of them were still working at the clinic (clinical nurses) and others were academicians. The total mean score of the competency was found 32.96 ± 11.08 , although clinical nurses (36.12 ± 7.03) had higher score than academic nurses (26.25 ± 15.24), any statistically significant difference was found between clinical and academic nurses' scores ($p > 0.05$).

It was determined that there was no statistically significant correlation between the mean age of postgraduate nurses and competency levels ($p > 0.05$). There was no statistically significant difference between competency levels and postgraduate education fields ($p > 0.05$).

Discussion and Conclusion: It was found that competency total mean score of postgraduate nurses was close to the maximum score and they felt themselves competent. In Sen's study [6], competency level of pediatric postgraduate nurses was determined as "good level". Chang et al. [7] determined that competency level of nurses was above the middle level and the competency level of postgraduate nurses was higher than college and university graduates. In Lakanmaa et al.'s study [8] carried out with intensive care nurses, determined that competency levels of specialist nurses and nurses who continue to receive training in intensive care were high.

Any research could be found about comparing the competency levels of clinical and academic nurses in the literature. In present study, it was determined that competency level of clinical nurses was higher than academic nurses despite of any significant difference. The reason of the difference may belong to the continuing clinical experience of clinical nurses.

In present study, any correlation was determined between the mean age of postgraduate nurses and competency level. Differently, in Sabanciogullari and Dogan's study [9], it was found that competency level of nurses was increased by their mean age. Salonen et al.

[10] showed that the increased mean age and nurses experience get the greater self-assessed level of competency. Similarly, O'Leary [11] expressed that the longer experience gets the greater self-assessed level of competency. In present study, it was determined that specialized field was not effective on the competency level of postgraduate nurses. However; Meretoja et al. [12] determined that competency level of the operating room nurses was lower than the emergency services and intensive care nurses.

We recommend that nurses should be supported to get a postgraduate education to feel themselves competent.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Mercan D. Competency Based Pay System and Its Implementation in Turkey (thesis). Istanbul: Fatih University Institute of Social Sciences, 2010.
2. The Nursing Council of Hong Kong. Core-Competencies for registered nurses (general), 2012.
http://www.nchk.org.hk/filemanager/en/pdf/core_comp_english.pdf Access date:01.09.2016
3. Boztepe H, Terzioglu F. Hemsirelik egitiminde beceri degerlendirme [Skill assessment in nursing education]. *Anadolu Hemsirelik ve Saglik Bilimleri Dergisi* 2013;16(1):57-64.
4. Bryer J, Peterson-Graziose V. Integration of quality and safety competencies in undergraduate nursing education: A faculty development approach. *Teaching and Learning in Nursing* 2014;9(3):130-3.
5. Finkelman A, Kenner C. The essence of nursing: Knowledge and caring. In: Finkelman A, Kenner C. *Professional nursing concepts*. 2nd ed. Burlington: Jones & Barlett Learning; 2013. p.53-84.
6. Sen N. Cocuk Unitelerinde Calisan Hemsirelerin Profesyonele Benlik Algilari [Professional Self Perception of Nurses Working in Pediatric Units] (thesis). Istanbul: Marmara University Institute of Health Sciences, 2014.
7. Chang MJ, Chang YJ, Kuo SH, Yang YH, Chou FH. Relationships between critical thinking ability and nursing competence in clinical nurses. *J Clin Nurs* 2011;20(21-22):3224-32.
8. Lakanmaa RL, Suominen T, Ritmala-Castren M, Vahlberg T, Leino-Kilpi H. Basic competence of intensive care unit nurses: cross-sectional survey study. *BioMed Research International* 2015; doi:10.1155/2015/536724.
9. Sabanciogullari S, Dogan S. Bir üniversite hastanesinde calisan hemsirelerin profesyonel benlik gelismis duzeyleri ve etkileyen faktorler [The Professional self development levels and affecting factors of nurses working in a university hospital]. *Anadolu Hemsirelik ve Saglik Bilimleri Dergisi* 2014;17(1):15-22.
10. Salonen AH, Kaunonen M, Meretoja R, Tarkka MT. Competence profiles of recently registered nurses working in intensive and emergency settings. *J Nurs Manag* 2007;15(8):792-800.
11. O'Leary J. Comparison of self-assessed competence and experience among critical care nurses. *J Nurs Manag* 2012;20(5):607-14.
12. Meretoja R, Leino-Kilpi H, Kaira AM. Comparison of nurse competence in different hospital work environments. *J Nurs Manag* 2004;12(5):329-36.

AUTORES/AUTHORS:

Faustino González Menéndez, Susana Moya Mier, Patricia González Setién, José Luis Cobo Sánchez, Mercedes Lázaro Otero, Faustino González Menéndez, Genoveva Fernández Carral, Ana Rosa Díaz Mendi

TÍTULO/TITLE:

BOLETÍN DE INFORMACION CIENTIFICA PARA ENFERMERÍA: SATISFACCIÓN GLOBAL DE LOS PROFESIONALES

INTRODUCCIÓN

La falta de tiempo, de formación, de recursos y de manejo de las tecnologías de la información son las principales barreras para la aplicación de la práctica basada en la evidencia. Las instituciones pueden actuar como elementos favorecedores promoviendo la investigación, la formación y contando con recursos accesibles (1,2).

En este contexto, el Área de Calidad, Formación, I+D+i de Enfermería del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) elabora mensualmente un boletín de información científica dirigido al personal de enfermería que contiene: editorial, recursos de la Biblioteca, Recursos electrónicos para la búsqueda de evidencia y recursos de salud 2.0, oferta formativa, Agenda de Congresos, Sumarios de revistas científicas, recursos de financiación en investigación, rincón de Metodología Enfermera, Enfermería Basada en la Evidencia, sumarios de revistas científicas y protagonista del mes.

Este boletín se realiza desde 1998 y desde entonces ha ido variando su formato y ampliando su contenido. En 2014 se digitalizó y en 2015 se añadieron los últimos apartados para conseguir un boletín cercano a los profesionales que les sirviese para actualizar sus conocimientos y fomentar tanto la investigación como la práctica basada en la evidencia.

OBJETIVO

Evaluar la satisfacción y adecuación de un boletín interno de información científica entre los profesionales de enfermería de un hospital de tercer nivel.

METODO

Estudio descriptivo prospectivo transversal (enero de 2016) entre los profesionales del Área de Enfermería del HUMV: enfermeras, matronas, fisioterapeutas, logopedas, terapeutas ocupacionales, auxiliares de enfermería y técnicos especialistas. Para la evaluación de la satisfacción y adecuación de contenido se elaboró un cuestionario ad hoc, anónimo y voluntario, con 4 variables sociodemográficas y 12 preguntas cerradas relacionadas con el conocimiento del boletín, valoración de su utilidad y satisfacción. Se contestaban mediante respuestas dicotómicas, de respuesta múltiple o de valoración con una escala tipo Likert de 5 puntos (siendo 1 la valoración más baja y 5 la más alta) y una pregunta abierta. La satisfacción global se valoró con una escala de 10 puntos. Se determinó un tamaño muestral de 350 profesionales a encuestar (50% de estimación, 95% IC, reposición 10%, precisión 5%). Se hizo un muestreo por conveniencia, escogiendo un día de enero de 2016 para, a través de las supervisoras de unidad, distribuir los cuestionarios a los profesionales que estaban trabajando ese día de mañana. Se realizó un análisis descriptivo a partir de los datos obtenidos mediante las encuestas con los programas informáticos Excel y SPSS.

RESULTADOS:

La tasa de respuesta fue del 100%: Enfermeras (E) 52%, matronas (M) 2%, auxiliares de enfermería (AE) 40%, técnico especialista (TE) 4%, fisioterapeuta (F), logopeda (L) y terapeuta ocupacional (TO) 2%. El 49,84% era fijo, el 39,62% interino, y el 10,54% temporal. El 46,61% tenía más de 45 años, el 27,68% entre 36 y 45 años, 17,51% entre 26 y 35 años.

En cuanto al conocimiento del Boletín (76% de los profesionales lo conocen), encontramos que los colectivos de M, TO y E son quienes más la conocen (100%, 100% y 81,8% respectivamente) y los F los que menos (57,1%). Un 48,7% refería leerlo de forma

habitual.

En una escala de 1 a 5 la presentación/estética del Boletín fue valorada con una media de 3,31 (DE±0,7): M (media: 3,8 (DE±0,8) y F (media: 4; DE±0,8), son quienes mejor lo valoran. La accesibilidad del boletín se valoró media de 3,46 (DE±0,8): mejor valorado por M (media: 3,5; DE±0,8) y F (media: 4; DE±0,8). Por grupos de edad, destaca la mejor valoración del grupo entre 36 y 45 años (media: 3,64; DE±0,8). Los contenidos del boletín fueron valorados con una media de 3,34 (DE±0,7), siendo mejor valorada por F (media: 4 (DE±1). Se valoró la utilidad del Boletín con una media de 3,15 (DE±0,8), siendo los TE son quienes peor lo valoraron (media: 2,1; DE±0,6). Respecto a la satisfacción global, en una escala de 0 a 10 los encuestados lo valoraron con una puntuación media de 6,5 (DE±1,75); mediana de 7). En este caso, destaca la buena valoración de F (media: 8,5; DE±1,3) y la valoración más baja de TE (media: 5,2; DE±3,4). No se encontraron diferencias significativas entre categorías profesionales o grupos de edad. Las cuestiones más repetidas en la pregunta abierta indican falta de difusión del boletín y poca adecuación de los contenidos, esto último referido fundamentalmente por los técnicos especialistas.

DISCUSION:

Los profesionales conocen y leen el Boletín informativo y refieren un adecuado grado de satisfacción con el mismo. Esto nos indica que estas iniciativas son bien acogidas y podemos considerarlas como un buen medio de comunicación y de acercamiento de los conocimientos y recursos actuales que faciliten la formación continuada y la investigación de los profesionales.

Tanto matronas como fisioterapeutas son quienes mejor valoraron los contenidos, mientras que los Técnicos Especialistas no ven cubiertas sus expectativas. Ello probablemente esté relacionado con el tipo de contenidos, más dirigido a profesiones con competencias en investigación en su formación; lo que hace que los recursos disponibles (revistas, convocatorias, etc.>) se dirijan a estas profesiones.

Existen áreas de mejora en cuanto a las estrategias de difusión y a la incorporación/ adecuación de contenidos a las distintas categorías profesionales, lo cual se trabajará para futuras ediciones.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. McCaughan D, Thompson C, Cullum N, Sheldon TA, Thompson DR. Acute care nurses' perceptions of barriers to using research information in clinical decision-making. *J Adv Nurs*. 2002; 39(1):46-60.
2. Yoder LH, Kirkley D, McFall DC, Kirksey KM, Stalbaum AL, Sellers D. CE: Original Research: Staff nurses' use of research to facilitate evidence-based practice. *Am J Nurs*. 2014; 114(9):26-37.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves IV

Session of Oral Brief Presentations IV

AUTORES/AUTHORS:

M^a LUISA RODRIGUEZ NAVAS, PEDRO PASTOR BALLESTEROS, DANIEL PABLO TRONCOSO VIEJO

TÍTULO/TITLE:

EL DESAFIO DE EVALUAR LA ADHESION DE HIGIENE DE MANOS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN UN HOSPITAL

INTRODUCCION

La adquisición de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS), es multifactorial. Si bien la higiene de manos (H.M.) es la medida más eficaz para prevenir las IRAS. Con el fin de conseguir una mejora de la higiene de las manos eficaz, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2009 se centró en la aplicación de la metodología de "Los 5 momentos para la higiene de las manos".

OBJETIVO

- Conocer la adherencia de higiene de manos entre los profesionales sanitarios, aplicando la metodología de los 5 momentos de la OMS.
- Evaluar el cumplimiento de higiene de manos por categorías profesionales.

MÉTODO

Estudio de observación directa del cumplimiento de higiene de manos de los profesionales mientras prestan la asistencia. Se llevó a cabo en las unidades de hospitalizaciones médicas y quirúrgicas, en neonatos y en UCI de un hospital, entre los años 2013-2015. Para valorar el cumplimiento se utilizó el modelo de "los 5 momentos de la OMS", que es una herramienta para identificar las ocasiones en las que se debe realizarse dicha higiene para distinguir aquellas en las que no resulta útil.

Se realizaron periodos de observación de 20 minutos, observando actividades ordinarias realizadas por los profesionales. Los datos se analizaron con el software estadístico de excell.

RESULTADOS: Se observaron un total de 2063 oportunidades de higiene de manos, durante los años 2013-2015 en los servicios descritos, en 96 periodos y a un total de 399 profesionales. El cumplimiento global fue en el año 2013: 54,58%, 2014: 56,91% y en el año 2015: 68,57%. El cumplimiento por categorías profesionales fue enfermeras/matronas: año 2013: 71%, 2014:73,9%, 2015: 83,1%, auxiliares de enfermería: año 2013: 54,4%, 2014:54,7%, 2015: 81,9%, médicos: año 2013: 25%, 2014:30,6%, 2015: 43,5%, otras categorías: año 2013: 37,5%, 2014:26,1%, 2015:59,1%.

DISCUSION: Podemos afirmar que con la aplicación de la metodología de "Los 5 momentos" de la OMS, hemos conseguido observar y conocer el cumplimiento de higiene de manos entre las distintas categorías profesionales de nuestro hospital. Desde un nivel basal se observa una mejora en todas las categorías a lo largo del periodo de observación. La metodología de la OMS permite con una baja dotación de recursos analizar un numero alto de oportunidades y profesionales.

Presenta como desventaja la influencia del observador sobre el comportamiento de los profesionales, y la necesidad de una formación intensa del observador y el observado para que las definiciones y conceptos observados sean consistentes. Los datos positivos obtenidos, han permitido su implantación en la práctica habitual del servicio.

Conflicto de intereses

Se declara que en la realización de este estudio no existe ningún conflicto de intereses por parte de los autores.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.- World Health Organization. Manual técnico de referencia para la higiene de las manos [Internet]. 2010. Recuperado a partir de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102537/1/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf
- 2.- WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. World Health Organization [Internet]. 2009;30(1):270. Recuperado a partir de: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf.
- 3.- Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria. (borrador

avanzado): RESUMEN [Internet]. Ginebra; 2005. Recuperado a partir de:

http://www.who.int/patientsafety/information_centre/Spanish_HH_Guidelines.pdf

4.- Organización Mundial de la Salud. Marco de autoevaluación de la higiene de las manos 2010. 2010; Recuperado a partir de:

http://www.who.int/gpsc/country_work/hhsa_framework_es.pdf?ua=1

5.- Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mouroug P, Sauvan V, Touveneau S, et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. Infection Control Programme. Lancet (London, England) [Internet]. ENGLAND; octubre de 2000;356(9238):1307–12. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11073019>.

6.- Pittet D. Clean hands reduce the burden of disease. Lancet 2005;366:185-7

7.- Pittet D, Donaldson L. Clean Care is Safer Care: a worldwide priority. Lancet . 2005;366:1246-7

8.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de manos [Internet]. 2009. Recuperado a partir de:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102536/1/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf?

9.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Higiene de las manos: ¿por qué, cómo, cuándo? [Internet]. 2012. Recuperado a partir de: http://www.who.int/gpsc/5may/tools/ES_PSP_GPSC1_Higiene-de-las-Manos_Brochure_June-2012.pdf.

10. Pittet D et al. Clean Care is Safer Care: the Global Patient Safety Challenge. Int J Infect Dis 2006;10:419-24.

11.. Pittet D et al. Evidence-based model for hand transmission during patient care and the role of improved. Lancet Infect Dis 2006;6:641-52

AUTORES/AUTHORS:

Daniel Silva, Rildo Bezerra, Madalena Nunes, Ernestina Silva, João Duarte

TÍTULO/TITLE:

ACCIDENTES CON MATERIALES CORTOPUNZANTES EN PROFESIONALES DE LA SALUD DEL SAMU, EN MACEIÓ (BRASIL)

Introducción – Los accidentes laborales con material biológico son frecuentes entre los profesionales de la salud y constituyen un problema de salud pública, puesto que suponen una preocupación constante para las instituciones y los profesionales de la salud. El personal del área prehospitalaria se encuentra más expuesto a dichos accidentes, debido al estrés emocional experimentado en el puesto de trabajo, así como a la naturaleza y las circunstancias de su práctica profesional.

Objetivos - Identificar los accidentes de trabajo con materiales cortopunzantes en profesionales de la salud del SAMU, en Maceió (Brasil); identificar los tipos de accidentes más frecuentes, los períodos en que se producen y evaluar la conducta elegida después del accidente.

Métodos – Estudio descriptivo con orientación analítico-descriptiva desarrollada sobre una muestra de 40 profesionales de la salud (médicos y enfermeros). Para la recogida de información se ha utilizado un cuestionario.

Resultados – El promedio de edad de la muestra fue de 39,2 años, con una mayoría de género femenino (70 %) y un 50 % que lleva de 6 a 10 años desempeñando su trabajo en el SAMU.

La mayoría de los accidentes con materiales cortopunzantes fueron causados por agujas (75%). Los accidentes con materiales cortopunzantes llevaron al 25 % de los profesionales a una situación de incapacidad temporal. La mayoría de los accidentes ocurrió en verano y durante el turno de noche. Un gran número de profesionales (70 %) no respetó las normas protocolarias después del accidente y el 80 % de no realizó la quimioprofilaxis, incumplimiento el protocolo del Ministerio de Salud de Brasil.

El paciente fuente fue identificado en el 87,5 % de los casos, aunque se ha comprobado una subnotificación de los accidentes, pues el 45% de los profesionales no los notificaron en formas específicas para este propósito. Ninguno de los profesionales asistió a formación específica sobre accidentes de trabajo.

Discusión - Se comprueba una alta incidencia de accidentes con objetos cortopunzantes entre los profesionales del SAMU. Existe una subnotificación de los accidentes y un déficit en la conducta apropiada después del accidente. Se requiere una mayor concienciación y capacitación de las personas incluidas en el estudio sobre las medidas preventivas de seguridad en el trabajo y una mayor motivación para el control y la prevención de accidentes en el ejercicio de su profesión.

Palabras clave: Accidente de trabajo; Materiales biológicos; Materiales cortopunzantes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Araújo, Thiago Moura de, Caetano, Joselany Áfio, Barros, Livia Moreira, Lima, Ana Cláudia Feitosa, Costa, Roselena Menezes da, & Monteiro, Virlânia Araújo. (2012). Acidentes de trabalho com exposição a material biológico entre os profissionais de Enfermagem. Revista de Enfermagem Referência, serIII(7), 7-14. <https://dx.doi.org/10.12707/RIII1182>

Bezerra, A. M.F., Bezerra, K.K.S., Bezerra, W.K.T., Athayde, A.C.R. & Vieira, A.L. (2015). Riscos ocupacionais e acidentes de trabalho em profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar. Revista Brasileira de Educação e Saúde, 5(2), 1-7. Acedido em <http://oaji.net/articles/2016/2628-1461524305.pdf>

Brasil, Ministério da Saúde (2015). Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico : HIV e Hepatites B e C, 20. Acedido em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/04manual_acidentes.pdf

Costa, I.K. F. (2011). Riscos ocupacionais e acidentes de trabalho em um serviço de atendimento móvel de urgência do Rio Grande do Norte. Natal. (Dissertação de Pós graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte). Acedido em:

http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/14732/1/IsabelKFC_DISSERT.pdf

De Mendonça, A.E.O., De Oliveira, A.V.T., Neto, V.L.S. & Da Silva, R.A.R. (2015) Perfil de acidentes de trabalho envolvendo profissionais de enfermagem no ambiente da Terapia Intensiva. Enfermería Global. Revista electrónica trimestral de enfermería, 39. Julho Acedido em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/201861/177311>

Machado, K.M., Moura, L.S.S. & Conti. T.K.F. (2013). Medidas preventivas da equipe de Enfermagem frente aos riscos biológicos no ambiente hospitalar. Revista Científica do ITPAC, 6(3), Pub.1. Acedido em <http://www.itpac.br/arquivos/Revista/63/1.pdf>

Martins, A.O. (2014). Riscos biológicos medidas de prevenção e controle no atendimento pré-hospitalar móvel. (Trabalho de Conclusão de Curso de Pós Graduação MBA Gestão em Saúde e Controle de Infecção. Faculdade Método de São Paulo. Disponível em: http://issuu.com/famesp/docs/riscos_biologicos_medidas_de_preven

Oliveira, A. C., Lopes, A.C.S. & Paiva, R.S. (2009). Acidentes ocupacionais por exposição a material biológico entre a equipe multiprofissional do atendimento pré-hospitalar. Rev. Esc. Enf. USP, 43(3), 677-683. Acedido em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000300025&script=sci_arttext&tlng=en

AUTORES/AUTHORS:

Daniel Muñoz Jimenez, Raúl Quintana Alonso, Carmen Bango Álvarez, Óscar Álvarez López, Elena Chamorro Rebollo, Elena Jimenez García, Beatriz Losa García, María Isabel Buceta Toro

TÍTULO/TITLE:

¿Es válido el soporte audiovisual para el aprendizaje de la técnica de lavado de manos?

Objetivos:

Describir la validez de un taller virtual como método docente para la técnica de lavado de manos en alumnos de enfermería. Secundariamente describir los movimientos del lavado de manos y los tiempos empleados por los alumnos y compararlos con la técnica patrón expuesta en dicho formato.

Métodos:

Estudio descriptivo transversal realizado en alumnos de 2º de Grado de una Facultad de Enfermería. El taller virtual consistió en la proyección de un vídeo sobre la técnica de lavado de manos a través del Campus Virtual de la Facultad junto con un dossier del procedimiento, al que tuvieron acceso todos los alumnos. Se realizó la evaluación de la técnica mediante la grabación en vídeo durante la participación del alumno en el examen práctico de la asignatura Fundamentos Teóricos y Metodológicos de Enfermería II. Se requirió el consentimiento de los participantes. Para la codificación y análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS 15.0. Para el tratamiento de las variables cualitativas se realizaron tablas de frecuencias absolutas y relativas. En el caso de las variables cuantitativas se emplearon medidas de frecuencia y se calcularon su media y desviación típica. La comparación entre variables se realizó mediante el estadístico Chi² de Pearson con un índice de confianza de 95% y una precisión de error del 5%.

Resultados:

Fueron evaluados un total de 47 alumnos que asistieron al taller virtual y posteriormente realizaron el lavado de manos durante la prueba. Del total de participantes, el 85,1% (40) fueron mujeres, mientras que un 14,9% (7) fueron hombres. El tiempo medio de lavado de manos fue de 46 segundos, con una desviación típica de 16,9, siendo un minuto el tiempo explicado en el vídeo. Del total de alumnos evaluados, un 12,8% (6) realizaron la técnica tal y como se exponía en el taller virtual, respetando los movimientos y el orden establecidos. Asimismo, un 25,5% (12) realizaron todos los pasos descritos aunque en un orden distinto. El uso del jabón, el secado y frotar la palma de la mano con el dorso fueron los movimientos más respetados (>89%), mientras que mojarse las manos antes de dispensar el jabón (57,4%) y cerrar el grifo con un papel (25,5%) fueron los menos realizados. La técnica de frotar las muñecas fue realizada por un 31,9% de los alumnos a pesar de no ser explicada en el taller.

Discusión:

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) son definidas por la OMS como "aquellas infecciones que afectan a un paciente durante el proceso de asistencia en un hospital u otro centro sanitario, que no estaban presentes ni incubándose en el momento del ingreso. Incluye también las infecciones que se contraen en el hospital pero se manifiestan después del alta, así como las infecciones ocupacionales del personal del centro sanitario(1). Se ha estimado que estas enfermedades afectan a un 5-10% de los pacientes ingresados en hospitales de países desarrollados, estando esta cifra por encima del 25% en países en vías de desarrollo(1). En la mayoría de los casos, el vehículo de transmisión de los patógenos que provocan este tipo de enfermedades desde la fuente de infección hasta el paciente, son las manos de los profesionales sanitarios(2). Es por ello que el lavado de manos es una de las principales estrategias para prevenir la transmisión de enfermedades nosocomiales(3). Por ello, su correcto

aprendizaje por parte de los alumnos de enfermería debe ser una estrategia primordial en los planes docentes de las Facultades. El uso de las nuevas tecnologías ha demostrado un elevado índice de éxito docente debido a la facilidad de acceso por parte de los alumnos, así como su dominio y cercanía a este medio. Pese a la visualización, solo un 13% de los alumnos realizaron la técnica de manera totalmente correcta, siendo estos datos moderadamente inferiores a los obtenidos en intervenciones presenciales realizadas en estudios comparables(4). Es necesario evaluar los resultados de las técnicas docentes y valorar la eficacia de intervenciones complementarias que mejoren el lavado de manos en los alumnos de enfermería

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Organización Mundial de la Salud. Manual técnico de referencia para la higiene de manos. Ginebra; 2009.
2. Organización Mundial de la Salud. Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de manos. Ginebra; 2009.
3. Fuentes Ferrer ME, Peláez Ros B, Andrade Lobato R, del Prado González N, Cano Escudero S, Fereres Castiel J. Efectividad de una intervención para la mejora del cumplimiento en la higiene de manos en un hospital de tercer nivel. Rev Cal Asist. 2011; 27 (1): 3-10.
4. Tenías Burrillo JM. Impacto de una intervención educativa para promover el lavado de manos y el uso racional de guantes en un hospital comarcal. Rev Cal Asist: 2009; 24(1): 36-41

AUTORES/AUTHORS:

Juan José Rodríguez Mondéjar, M^a Teresa Rabadán Anta, Ana Belén Sánchez García, Nuria Asensio Román, Remedios Gómez Sánchez, Laura Moreno Ruíz, Miguel Angel Sanz Peñalver, Francisca Sonia García, Piedad Vázquez Castaño

TÍTULO/TITLE:

COMPARACIÓN DE LA CULTURA SOBRE SEGURIDAD ENTRE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE DOS UNIDADES HOSPITALARIAS

Objetivos

La seguridad del paciente es un área de trabajo, investigación y gestión, incuestionable dentro de la apuesta por la calidad en la atención, del Sistema Nacional de Salud. A las consecuencias personales en la salud de los pacientes por estos daños, hay que añadir el elevado impacto económico y social de los mismos.(1,2)

Mejorar la seguridad de los pacientes debe ser una estrategia prioritaria en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios y en la gestión de equipos

La cultura en seguridad debe ser una tarea transversal y siempre presente, en la gestión de nuestros centros y desarrollo de nuestras actividades.(3,4)

Objetivos: Medir y comparar la cultura de seguridad de los profesionales de enfermería de dos unidades hospitalarias en un hospital general.

Metodología

Estudio descriptivo, prospectivo y transversal entre la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente (UCI) y la Unidad de Hospitalización de Cardiología y Neumología (UHCN) del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia (Nivel II). En el último trimestre del 2015, se autoadministra a todos los enfermeros y enfermeras estables y en situación activa (con más de un mes de experiencia en estos servicios), el "Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety del Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005".(5)

Consta de 61 ítems agrupados en un total 12 dimensiones. El documento engloba cuestiones sobre: la cultura de seguridad practicada por cada profesional; percepción del personal sobre la seguridad del paciente en la unidad y dentro de su equipo de trabajo; y valoración de esta seguridad a nivel de todo el hospital y en las políticas de gestión del centro. También se obtiene una calificación del clima de seguridad en la unidad.

La consistencia interna de cada una de las dimensiones (calculando el α de Cronbach) es de aceptable a excelente. Programa IBM SPSS Statistics v20, estadística descriptiva con cálculo de medias y desviación estándar para variables cuantitativas, y frecuencias y porcentajes para cualitativas. Test de Chi² para comparación de variables cualitativas, aceptando significación estadística si $p < 0,05$.

Dimensiones estudiadas

1. Frecuencia de eventos notificados.
2. Percepción global de seguridad
3. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua
5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio
6. Franqueza en la comunicación
7. Feed-back y comunicación sobre errores

8. Respuesta no punitiva a los errores
9. Dotación de personal
10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente
11. Trabajo en equipo entre unidades
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades

Resultados:

La muestra obtenida ha sido de 19 profesionales de enfermería en UCI, y 15 en UHCN, lo que ha supuesto un índice de respuesta del 86,3% y 100% respectivamente.

Mujeres el 75% y 78%. Edad media 43 años DE7,1(32-60), y 41,6 DE6,1(36-57).

Experiencia profesional de 19,63 DE8,3 (4-38) los de la UCI, y 19,9 DE6,2 (11-36) los de la UHCN, y en la unidad actual 10,63 años DE8,1(0,5-30), y 6,7 DE5 (1-19).

La jornada laboral es en turno de 12 horas en UCI, y turno rodado de mañana, tarde y noche en la UHCN.

La calificación del clima de seguridad (en una valoración de 1-10): obtuvo en la UCI 7,96 puntos DE1,26 (6-10), y en la UHCN de 7 puntos DE0,95 (5-8).

Los incidentes notificados por escrito en el último año presentan una media de 1,36 DE6, 2(0-10), versus 0,33 DE0,61(0-2).

Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo un 52,6% y un 26,7%.

Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente 88%, y un 60%.

Si los compañeros o los superiores se enteran que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra 15,3%, y un 0%.

Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo 73,7%, y 86,6%.

Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad 78,9%, y 53,3%.

Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia 73,7%, y un 86,7%.

Discusión:

Aun siendo conocidos los grandes estudios realizados sobre cultura de seguridad en distintas unidades y servicios, especialmente hospitalarios (6,7,8), falta bastante por mejorar e incluir en la práctica clínica.

También los profesionales de enfermería(8,9) se han incluido como agentes activos de la seguridad del paciente.

Como líneas de investigación a seguir se proponen la realización de estudios cualitativos para conocer los porqués y las causas de las respuestas dadas.

Los autores del estudio declaran no tener conflicto de intereses en el desarrollo de este trabajo.

Como conclusiones de la investigación se puede considerar que el nivel de cultura de seguridad de las dos unidades tiene un margen de mejora.

Se debe potenciar la difusión y la participación a partir de iniciativas concretas para mejorar la práctica clínica diaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS). Informe 2006. Plan de Calidad para el SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en:

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf

2. Grupo Español para la Prevención de Errores de Medicación(SEFH). Estudio Multicéntrico español para la Prevención de Errores de Medicación (EMOPEM). Resultados de cuatro años (2007-2011). Farm Hosp. 2012; 36(5):356-67.

Disponible en: http://sefh.es/fh/125_121v36n05a90154210pdf008.pdf

3. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad / Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. Desarrollo de la Estrategia Nacional en Seguridad del Paciente 2005-2011. Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estrategia_sp_sns_2005_2011.pdf
4. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estándares de Calidad de Cuidados para la Seguridad del Paciente en los Hospitales del SNS, proyecto SENECA: informe técnico 2008. Madrid: 2009. Disponible en:
www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety del Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ). Madrid: 2005. Disponible en:
www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf
6. Ministerio de Sanidad y Política Social. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del SNS. Ministerio de sanidad y política social. Centro de publicaciones. Informes, estudios e investigación 2009. Disponible en:
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf
7. Saturno PJ, da Silva ZA, de Oliveira-Sousa SL, Fonseca YA, de Souza-Oliveira AC, Grupo proyecto ISEP. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del SNS español. *Med Clin Monogr (Barc)*. 2008;131(Supl 3):18-25.
8. Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas T, López-Zorraquino D, Gómez-García T, González-María E. Percepción del entorno laboral en las enfermeras españolas en los hospitales del SNS. *Enferm Clin*. 2012; 22:261-8.
9. Escobar-Aguilara G, Gómez-García T, Ignacio-García E, et al. Entorno laboral y seguridad del paciente: comparación de datos entre los estudios SENECA y RN4CAST. *Enferm Clin*. 2013; 23(3):103-13.

AUTORES/AUTHORS:

MARIA SOLEDAD GIMÉNEZ CAMPOS, SALVADOR TORTAJADA VELERT, ELISA SORIANO MELCHOR, LUCAS DONAT CASTELLÓ, AMPARO BAHAMONTES MULIÓ, JULIA VILLAR LOPEZ, BERNARDO VALDIVIESO MARTINEZ

TÍTULO/TITLE:

Sinergia entre Hospitalización a Domicilio y Gestión de Casos en pacientes con enfermedad oncológica al final de la vida

INTRODUCCIÓN:

En nuestro país, las neoplasias malignas constituyeron la segunda causa de muerte con más de 100 mil muertes al año (1). Las proyecciones estiman un aumento de esta tendencia en paralelo al envejecimiento poblacional. Así pues, el impacto de las enfermedades oncológicas se extiende más allá del ámbito sanitario repercutiendo también en el área social y económica siendo un importante problema de salud pública. Aun siendo insuficientes los esfuerzos orientados a dar respuesta este problema de gran magnitud (2-4), los cuidados paliativos (CP) han evolucionado hacia una amplia variedad de intervenciones y modelos asistenciales que potencian el entorno domiciliario y la continuidad asistencial a través de programas de gestión de casos (GC), entre otras características (5,6).

OBJETIVOS:

Describir la actividad asistencial de una intervención en CP que integra una unidad de Hospital a Domicilio (UHD) junto con un programa de GC.

Evaluar la probabilidad de consumo de recursos hospitalarios de los pacientes oncológicos atendidos en este programa.

MÉTODO:

Muestra y ámbito: La muestra está constituida por pacientes adultos con enfermedad oncológica avanzada que recibieron CP en el domicilio atendidos en el Departamento de Salud Valencia-La Fe entre enero del 2012 y septiembre de 2016.

Diseño: Estudio cuasi-experimental antes (1 año) y después de ser incluidos en un programa de CP hasta fin del seguimiento.

Intervención: La intervención se basa en un circuito integrado entre la UHD y una intervención de GC. La UHD, constituida por equipos multidisciplinares (médicos, enfermeras, trabajadora social, fisioterapeuta y psicóloga) permite desarrollar en el entorno comunitario técnicas de diagnóstico y tratamiento avanzadas, lo que favorece el bienestar de pacientes y familia a la vez que evita la remisión al hospital. El seguimiento en GC se realiza a través de contactos telefónicos programados semanales por parte una enfermera gestora de casos. La intervención telefónica está orientada al acompañamiento de pacientes y su familia, a la monitorización de signos y síntomas y a la identificación temprana de situaciones de riesgo o inestabilidad.

En la medida de lo posible, el área clínica integrada por la UHD y GC intenta ser la primera línea de respuesta para los pacientes, a través del aumento en la intensidad de contactos telefónicos y/o reestableciendo las visitas domiciliarias, si se requiere. Los horarios de atención fueron de 8 a 22 horas todos los días de la semana durante todo el programa de seguimiento.

Análisis de datos: análisis descriptivo y análisis univariante con determinación del riesgo relativo. Se utilizó el software de computación estadística R.

RESULTADOS:

Durante el periodo de estudio, un total de 685 pacientes han estado bajo seguimiento en el programa descrito. De la muestra analizada, el 57,9% eran hombres y el 42,1% mujeres y la edad media fue de 74,4 años siendo el 55,7% del total de la muestra mayores de 75 años. Con respecto al perfil de comorbilidad todos los pacientes presentaban un diagnóstico oncológico en fase avanzada de la enfermedad concomitante con otras afectaciones orgánicas (el 51% presentaba afectación cardíaca, 34,7% diabetes y el 23% afectación pulmonar). El 87,7% de los pacientes había fallecido de los cuales el 85% lo hicieron en el domicilio. Con respecto a la intervención, el seguimiento medio en el programa fue de 143,4 días durante los cuales se registraron un promedio de 5,7 ingresos por paciente en UHD a fin de realizar un seguimiento clínico y atender situaciones de inestabilidad o de riesgo. En

relación con la intervención en gestión de casos, se realizaron una media de 7,6 contactos telefónicos mensuales, de los cuales el 30% fueron urgentes.

La probabilidad de consumo de recursos hospitalarios calculada para el servicio de Urgencias disminuyó un 14% durante la intervención (riesgo relativo de 0.83 [0.74, 0.93]) en cambio, para la hospitalización convencional no programada 1.14 [0.98, 1.33] con un IC del 95%. Con respecto a los episodios de UHD el riesgo relativo fue de 10.52 [9.73, 11.37] con un IC del 95%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Los resultados de la intervención conjunta entre UHD y un programa de GC en pacientes paliativos oncológicos muestran una reducción en las visitas a urgencias aunque no ha mostrado disminución de la probabilidad de ingreso hospitalario.

La tasa elevada de contactos telefónicos por parte de la enfermera gestora de casos y el aumento en los consumos en UHD se entienden como reflejo de la necesidades frecuentes e intensas de atención presentes al final de la vida, a las que el programa de CP dio respuesta a fin de apoyar el proceso de muerte en el domicilio.

El diseño del estudio pueden introducir sesgos relacionados con no aleatorización de la muestra. No obstante, la muestra estudiada es la misma en el test previo y posterior a la intervención. Atendiendo a los sesgos en estudios cuasi-experimentales caben considerarse los relacionados con la evolución de la enfermedad y con el fenómeno de regresión a la media aunque, dados los requerimientos de atención en las situaciones al final de la vida, éste último consideramos es poco probable.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2013 [Internet]. 2015 [cited 2016 Sep 15]. Available from: www.ine.es/prensa/prensa.htm
2. Centeno C, Lynch T, Garralda E, Carrasco JM, Guillen-Grima F, Clark D. Coverage and development of specialist palliative care services across the World Health Organization European Region (2005–2012): Results from a European Association for Palliative Care Task Force survey of 53 Countries. *Palliat Med.* 2015 Jul 31;269216315598671.
3. Connor SR, Bermedo MCS, Worldwide Palliative Care Alliance, World Health Organization. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life [Internet]. 2014 [cited 2015 Dec 15]. Available from: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf?ua=1
4. Observatorio del Cáncer AECC. Informe de la situación actual de Cuidados Paliativos [Internet]. 2014 [cited 2015 Dec 15] p. 62. Available from: <http://www.opimec.org/documentacion/4503/informe-de-la-situacion-actual-de-cuidados-paliativos/>
5. Cherny N, Cherny NLC of HMAP of M (Bgu) and DCP and PMSN, Fallon M, Fallon SCHC of PMM, Kaasa S, Portenoy RK, et al. *Oxford Textbook of Palliative Medicine.* Oxford University Press; 2015. 1281 p.
6. 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. *Medicina Clínica.* 2010 Jun;135(2):83–9.

AUTORES/AUTHORS:

Aline Marques Acosta, Maria Alice Dias da Silva Lima, Luciana Andressa Feil Weber

TÍTULO/TITLE:

La calidad de la transición de los cuidados del servicio de emergencia para el domicilio

Objetivo: Analizar la calidad de transiciones del cuidado de pacientes con enfermedades crónicas de la emergencia al domicilio.

Método: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal desarrollado en un servicio de emergencia del sur de Brasil. Participaron 81 cuidadores y 117 pacientes con enfermedades crónicas que fueran descargados de la emergencia para el domicilio. La recolección de datos ocurrió por medio de ligaciones telefónicas en el periodo entre mayo y agosto de 2015. Fue utilizada la versión adaptada y validada para el uso en Brasil del instrumento Care Transitions Measure (CTM-15), lo cual evalúa la transición del cuidado del hospital para el domicilio. Los datos fueron analizados a través del programa SPSS 18.0 utilizando estadística descriptiva y los tests estadísticos alfa de Cronbach, t-Student, análisis de variancia (ANOVA), correlación no paramétrica de Pearson y Spearman. Se adoptó el nivel de confianza de 95%.

Resultados: El instrumento ha demostrado confiabilidad, con alfa de Cronbach de 0,922. Los sujetos eran en su mayoría del sexo femenino (53%), con promedio de edad de 62,4 años y baja escolaridad. Fueron identificadas las enfermedades cardiovasculares (57,6%) y cáncer (27,3%) como más prevalentes. Aproximadamente 36% de los pacientes tenían más de una enfermedad crónica. Se verificó que las nuevas hospitalizaciones en el servicio de emergencia fueran 33,3% hasta tres meses después del alta del hospital. La calidad de la transición del cuidado fue estimada como moderada de acuerdo con los scores del CTM-15. Los ítems con mejores scores fueron los relacionados al entendimiento del paciente acerca de cómo tomar sus medicaciones y el entendimiento de las cosas que tenían su responsabilidad para el control de su salud. Los peores promedios fueron los relacionados con el entendimiento de los efectos colaterales de su medicaciones y si sentía seguro de hacer lo necesario para cuidar de su salud.

Discusión: La transición del cuidado es una forma de superar la fragmentación de los cuidados en la red de atención en salud, siendo una importante estrategia para la prevención de nuevas hospitalizaciones y reducción de los costos del sistema de salud (1). Los pacientes con enfermedades crónicas y ancianos son los que más sufren con la baja calidad de transiciones de cuidado (2-4). Se identifica la necesidad de una mayor implicación y compromiso de los profesionales en la planificación y preparación del paciente en el alta de la emergencia para el domicilio. El desarrollo de acciones y de intervenciones de enfermería puede mejorar la calidad de la transición del cuidado (5).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Flemming MO, Haney TT. Improving patient outcomes with better care transitions: the role for home health. Cleve Clin J Med. [Internet] 2013; 80 Suppl 1 [Access 13 Sep 2016]. Disponible: [http://www.ccmj.org/index.php?id=107953&tx_ttnews\[tt_news\]=369137&cHash=cee4b9f18e3f6b105a7c66e8531664b](http://www.ccmj.org/index.php?id=107953&tx_ttnews[tt_news]=369137&cHash=cee4b9f18e3f6b105a7c66e8531664b)
2. Guerrero KS, Puls SE, Andrew DA. Transition of care and the impact on the environment of care. J Nurs Educ Pract. 2014; 4(6):30-6.
3. Trompeter JM, McMillan AN, Rager ML, Fox JR. Medication Discrepancies during Transitions of Care: A Comparison Study. J

Healthc Qual. 2015; 37(6):325-32.

4. Arbaje AI, Kansagara DL, Salanitro AH, Englander HL, et al. Regardless of Age: Incorporating Principles from Geriatric Medicine to Improve Care Transitions for Patients with Complex Needs. J Gen Intern Med. 2014; 29(6): 932-9.

5. Dusek B, Pearce N, Harripaul A, Lloyd M. Care transitions a systematic review of best practices. J Nurs Care Qual. 2015; 30(3):233-9.

AUTORES/AUTHORS:

César Carrillo García, María Isabel Ríos Risquez, María de los Ángeles Castaño Molina, José Arnau Sánchez, María Dolores Nicolás Viguera, María Dolores Viguera Lorente

TÍTULO/TITLE:

PERCEPCIONES DE LA SATISFACCIÓN LABORAL EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN CUIDADOS EN UNIDADES MATERNO-INFANTILES

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. Según el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, la satisfacción laboral es el grado de bienestar que experimenta el trabajador con motivo de su trabajo. Se concibe como una actitud ante el trabajo. Ésta, a su vez, posee tres componentes: cognitivo (pensamientos), afectivo (sentimientos y emociones) y conductual (predisposiciones conductuales). En los servicios de salud, la satisfacción laboral está adquiriendo un gran interés por la repercusión directa sobre el paciente. Por este motivo, el objetivo general de este estudio es conocer y analizar las percepciones de los profesionales de enfermería que cuidan a las personas hospitalizadas en unidades materno-infantiles en relación con la satisfacción laboral de los profesionales de enfermería. Objetivos específicos: Identificar las percepciones y vivencias de los profesionales de enfermería en relación con la salud laboral. (1) Identificar las percepciones, vivencias y actitudes de los profesionales de enfermería en la satisfacción laboral en relación con: (1) los compañeros enfermeros. (2) los demás profesionales del equipo multidisciplinar. (3) en relación con sus superiores.

MÉTODO. Se llevó a cabo un estudio de corte cualitativo enmarcado dentro del paradigma interpretativo y de la teoría fenomenológica, que extrae discursos que aportan representaciones ideológicas de los participantes en relación con los tres componentes de las actitudes en el trabajo. La muestra está formada por profesionales de enfermería mediante muestreo teórico. La captación de los participantes se llevó a cabo mediante la técnica de bola de nieve. Los datos fueron recogidos mediante un grupo de discusión formado por nueve profesionales de enfermería, grabados y transcripción verbatim. El análisis del discurso se ha realizado mediante un proceso de categorización y subcategorización.

RESULTADOS. Mediante el análisis y la triangulación de los datos se obtuvieron tres categorías, englobadas dentro de los tres componentes de las actitudes laborales: (1) Salud laboral (aspectos físicos, psíquicos y sociales de las actitudes laborales); (2) Relaciones laborales (referentes a pacientes y familia, compañeros, superiores, estudiantes y resto del equipo); (3) Aspectos estructurales del trabajo (organización, carga de trabajo y conciliación familiar).

DISCUSIÓN. La literatura respalda el hecho de que los profesionales de enfermería valoran de forma positiva la relación con compañeros y superiores inmediatos como se explica en el estudio: "la mayor satisfacción que tengo yo en mi servicio es mi supervisora y mis compañeras". Sin embargo, perciben una falta de organización "lo que no puedes es llegar a un sitio y digan: mañana tienes tarde y luego en la mañana, mañana la tarde no te toca a ti"

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA. La gestión debería tener en cuenta en la toma de decisiones la influencia de la satisfacción laboral como indicador de bienestar de los profesionales, hecho que repercute de forma directa en la satisfacción de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Astudillo, P.R., Alarcón, A.M., Lema, M.L. (2009). Protectores de estrés laboral: percepción del personal de enfermería y médicos,

Temuco, Chile. *Ciencia y Enfermería XV* (3): 111-122.

Caricati, L., Sala, R., Marletta, G., Pelosi, G., Ampollini, M., Fabbri, A., Ricchi, A., Sacardino, M., Artioli, G., Mancini, T. (2014). Work climate, work values and profesional commitment as predictors of job satisfaction in nurses. *Journal of Nursing Management*, 22: 984-94. PMID: 23890046.

Castaneda, G.A., Sacanlan, J.M. (2014). Job Satisfaction in Nursing: a Concept Analysis. *Nursing Forum*, 49: 130-8. PMID: 24383666

De Pol, P., Dalgallo, L., de Matia, G. (2014). Factores de (in)satisfação no trabalho da equipe de enfermagem em uti pediátrica. *Cogitare Enferm*, 19(1): 63-70.

García, M., Meseguer, M., Soler, I. (2012). Salud laboral. En García, M. (Coord), *Fundamentos de psicología del trabajo y de las organizaciones*: 205-260. Murcia: Edición Diego Marín.

García, M., Ríos, M.I. (2012). The relationship between psychosocial stress and burnout in emergency departments: an exploratory study. *Nurs Outlook*, 60, 322-329.

Karasek, R. (1998). El modelo demandas control: enfoque psicosocial, emocional y fisiológico del riesgo de estrés y desarrollo de comportamientos activos. *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*, (vol.II, pp. 34.6-34.16). Madrid: Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales.

Ko., Y.K. (2011). Group cohesion and social support of the nurses in a special unit and general unit in Korea. *J Nurs Manag.*, 19: 601-10. Doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01186.x.

Organización Mundial de la Salud (2004). *La organización del trabajo y el estrés*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Vaismoradi, M., Salsali, M., Ahmadi, F. (2011). Nurses' experiences of uncertainty in clinical practice: a descriptive study. *Journal of Advanced Nursing*, 67: 991-99.

Wu, L.C., Maa, S.H., Chung, T.C., Huang, K.H., Hsieh, M.C., Chen, C.H. (2014). A pilot study of the professional autonomy, job satisfaction, and related factors of nurses at a regional hospital. *Hu Li Za Zhi*, 61: 54-65. Doi: 10.6224/JN.61.5.54.

AUTORES/AUTHORS:

Ines Angeles Falder Serna, Laura Ivern Torras, Sonia Moreno Gutiérrez, Araceli Abilla Lumbarres, Araceli Espadas Zaplana, David Arteaga Polinario, Laia Tobella Andreu, Mireia Mañas Peña, Josep Mercader Coma

TÍTULO/TITLE:

Análisis del clima laboral en un centro de salud de Atención Primaria de ámbito urbano

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN: El clima laboral (CL) influye en el comportamiento de los miembros de un equipo y condicionan los niveles de motivación laboral y el rendimiento profesional. El conocimiento del CL permite a las instituciones la mejora de su productividad. Además resulta determinante para detectar la aparición de diferentes formas de estrés ocupacional.

OBJETIVO: Describir el CL de un centro de atención primaria para poder generar propuestas de mejora.

MÉTODO: Estudio transversal en un Equipo de Atención Primaria urbano de 44 profesionales, en 2013. Se utilizó el cuestionario de vida profesional (QVP-35) validado, anónimo, autoadministrado, que explora las áreas de demandas del puesto de trabajo, apoyo directivo, capacitación, motivación y recursos intrínsecos, calidad de vida profesional global. Se obtuvieron variables cuantitativas mediante escala de Likert (0-10).

RESULTADOS: participación: 81,8%

1) Demandas del lugar de Trabajo:Cantidad de Trabajo que tengo 8,05;

Satisfacción con el tipo de Trabajo 7,1;

Presión que recibo por realizar la cantidad de trabajo 5,83;

Presión recibida por mantener la calidad de mi trabajo 5,80;

Prisas y ahogos por falta de tiempo por hacer mi trabajo 6,57;

Carga de responsabilidad 7,16;Mi trabajo es importante para la vida de otras personas 8,27

2) Apoyo directivo:Reconocimiento de mi esfuerzo 5,05;Apoyo de mis jefes 6,19;

Posibilidad de ser creativo 5,47;

Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida provisional de mi lugar de trabajo 4,20;

Capacitación necesaria para hacer mi trabajo habitual 8,02;

Es posible que mis propuestas sean escuchadas y aplicadas 5,69;

Estoy orgulloso de pertenecer al Instituto Catalán de la Salud 5,75;

Lo que he de hacer queda claro 6,50

3) Capacitación, motivación y recursos intrínsecos:Posibilitación de promoción 3,22;

Satisfacción con el sueldo 3,50;

Apoyo de mis compañeros 6,96;Motivación 7,11

Apoyo de mi familia 8,58;Ganas de ser creativo 7,8;

Desconecto al acabar la jornada 7,16;

Recibo información de los resultados de mi trabajo 5,52;

Estoy capacitado para hacer mi trabajo habitual 8,66;

Me siento orgulloso de mi trabajo 7,80

4) Calidad de vida profesional:Conflictos con otras personas de mi trabajo 2,61;

Falta de tiempo para mi vida personal 3,97

;Incomodidad física en el trabajo 4,20

;Interrupciones molestas 6,41;

Estrés (esfuerzo emocional) 6,52;

Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud 4,90;

Calidad de vida en mi trabajo 6,34;

Hasta qué punto crees que los resultados de la encuesta se utilizaran para mejorar la vida laboral 4,38;

Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito 5,86;

Tengo autonomía o libertad de decisión 5,52;

Variedad de mi trabajo 6,45

DISCUSIÓN: El equipo se siente capacitado, motivado y satisfecho de su trabajo, a pesar de tener presión, poco tiempo para hacerlo y sentirse mal pagado. Tiene ganas de ser creativo, pero pocas posibilidades para serlo. El soporte entre compañeros es alto y hay pocos conflictos.

APLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA: A partir de estos datos, se iniciaron varias estrategias: buzón de sugerencias de mejora, sesiones lúdico-festivas y creación del Grupo de Clima Laboral, que este año 2016 ha repetido la misma encuesta.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Gámez Perales A, Santano Magariño S, Matías Benayas S, Roca Sánchez M, Tomey Soria J. Estudio de clima laboral en cuatro unidades de críticos de un hospital. *Enfermería Intensiva* 1999; 10(3); 120-128.

2. Aguilar Luzón MC, García Martínez MA, Calvo Salguero A. Valores hacia el trabajo del personal de enfermería. Un análisis descriptivo. *Index Enfermería Digital* 2004; 44-45. http://www.indexf.com/index-enfermeria/44revista/44_articulo_9-13.php
Consultado el 2 de agosto de 2006

3. Mingote Adan J, Moreno Giménez B, Gálvez Herrero M.

Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Med Clin (Barc)*, 123 (2004), pp. 265-70

4. Do satisfied patients depend on satisfied employees? Or do satisfied employees depend on satisfied patients? *The Satisfaction Reporter Newsletter*. 3. 1999. South Bend: Press, Ganey Associates Inc. Ref Type: Journal (Full).

5. Pathman DE, Konrad TR, Williams ES, Scheckler WE, Linzer M, Douglas J. Physician job satisfaction, dissatisfaction, and turnover. *J Fam Pract*, 51 (2002), pp. 593. Medline

6. Williams ES, Skinner AC. Outcomes of physician job satisfaction: a narrative review, implications, and directions for future research. *Health Care Manage Rev*, 28 (2003), pp. 119-39. Medline

AUTORES/AUTHORS:

M^a FUENSANTA HELLÍN GIL, M^a PILAR FERRER BAS, M^a JOSÉ LÓPEZ MONTESINOS, ANA MYRIAM SEVA LLOR, ANTONIA GARCÍA VERDÚ, JUAN MANUEL LUCAS GÓMEZ, PABLO FERNÁNDEZ ABELLÁN

TÍTULO/TITLE:

Valoración de dos escalas de medición de cargas de trabajo mediante evaluación de la calidad y de los profesionales

Objetivo: En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) es necesario evaluar las cargas de trabajo de enfermería para adecuar los recursos humanos disponibles a las necesidades reales de los pacientes, ya que un número insuficiente de profesionales de enfermería afecta negativamente a la calidad del cuidado, resultando un mayor riesgo de efectos adversos. También impacta sobre los índices de morbilidad y mortalidad, y el tiempo de ingreso, generando implicaciones ético-legales y elevados costos hospitalarios, apareciendo consecuencias en los profesionales, ya que la carga de trabajo puede ser agotadora y producir insatisfacción profesional, lo que aumenta la tasa de absentismo, comprometiendo las metas y la imagen institucional. Al conocer objetivamente la carga de trabajo y las necesidades específicas de personal, se pueden optimizar los recursos humanos enfermeros e intentar que el gasto sanitario sea proporcional a las necesidades reales de cuidado. Existen distintas escalas para medir cargas de trabajo en enfermería, algunas de ellas específicas de UCI, que clasifican a los pacientes según sus necesidades de cuidados, favoreciendo el control de la calidad y la comparación entre unidades similares. Las escalas existentes presentan dificultades para reflejar toda la actividad enfermera, de manera que es necesario valorar si son adecuadas o no a la UCI donde se van a aplicar. Nos planteamos determinar si la escala NEMS (Nine Equivalents of Nursing Manpower Use Score), de uso habitual en la UCI objeto de estudio, y la escala NAS (Nursing Activities Score) más completa en cuanto a que recoge casi todas las actividades de enfermería que se realizan en UCI, y más reciente según revisión bibliográfica previa, son adecuadas para medir cargas de trabajo de enfermería en función de la relación entre la valoración que realizan los profesionales, y un análisis de las escalas aplicando metodología de la calidad asistencial.

Métodos: El análisis de la calidad de ambas escalas consistió en utilizar metodología propia de la calidad asistencial, en concreto de los ciclos de mejora. Se realizó un Diagrama de Ishikawa para determinar las causas del problema de calidad que nos encontramos y detectar subáreas problemáticas, además de reflejar la relación entre nuestro problema de calidad y sus causas potenciales. Seguidamente, se realizó un ciclo de mejora, valorando en la 1^a evaluación la escala NEMS y comparándola en la 2^a evaluación con la escala NAS, utilizando los mismos criterios: valoración de la carga de trabajo diaria, por turno, que valore todas las actividades de enfermería realizadas, y que permita adecuar el personal por turno y diariamente. La dimensión estudiada para todos los criterios fue la calidad científico-técnica y competencia profesional, el tipo de datos fue de proceso para los criterios 1 y 2, y de estructura para el 3 y 4. El marco muestral (123) fueron todos los pacientes ingresados. Además, se diseñó un cuestionario, validado para una muestra, que se cumplimentó por todo el personal de enfermería de UCI (85 personas), donde se evaluaba (de 0 a 10 puntos) la necesidad de medir cargas de trabajo, cada escala en general y 9 ítems iguales para ambas escalas, relacionados con la estructura, adecuación a la unidad y los pacientes, registro de la actividad enfermera, dificultad y frecuencia de cumplimentación, utilidad, representatividad y percepción personal. Finalmente, se compararon los resultados obtenidos al evaluar los criterios de calidad para la escala NAS y NEMS, con los resultados obtenidos del cuestionario a los profesionales, para ver si hay relación entre ellos.

Resultados: En el ciclo de mejora todos los criterios, excepto el 1, obtienen una mejora estadísticamente significativa. Con la NEMS sólo se puede valorar el criterio 1 con un 64,22% de cumplimiento, y con la escala NAS todos los criterios, con un cumplimiento para el 1, 2 y 4 del 64,74%, y para el tercero del 100%. En los resultados del cuestionario destaca que los profesionales consideran necesario medir cargas de trabajo de enfermería (valorado con 9 puntos). La valoración general de la escala NEMS fue de 3,93 puntos (desviación típica de 2,22), y la puntuación de sus ítems oscila de 3 a 5,74 puntos, siendo el menos valorado la representatividad del trabajo enfermero, en cambio, la escala NAS obtiene una valoración general de 7,20 puntos (desviación típica

de 1,61), y sus ítems varían de 5,66 a 7,36 puntos, siendo el más valorado el completo registro de las actividades, y el menos valorado el relacionado con el cumplimiento, que es a su vez el más valorado en la NEMS.

Discusión: Los resultados utilizando ambas metodologías por separado y relacionadas han revelado, al igual que otros estudios consultados, que la escala NEMS resulta insuficiente y poco representativa del trabajo enfermero en UCI, al contrario que la NAS, considerada más adecuada y representativa, aunque más extensa, y compleja a la hora de cumplimentarla.

Implicaciones para la práctica: La implicación práctica de este estudio está relacionada con el cambio de la escala NEMS por la NAS para realizar una medición más adecuada de las cargas de trabajo de enfermería en la UCI objeto de estudio, que permita una adecuación real de la plantilla a las necesidades de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Carmona Monge FJ, Uria Uranga I, García Gómez S, Quirós Herranz C, Bergaretxe Bengoetxea M, Etxabe Unanue G, et al. Análisis de la utilización de la escala Nursing Activities Score en dos UCIS Españolas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2013; 47(5): 1108-16.
2. Rodríguez López AM, Fernández Barral R, Benítez Canosa MC, Camino Castiñeira MJ, Brea Fernández AJ. Correlación entre carga de trabajo, síndrome de burnout y calidad de vida en una unidad de críticos. *Enfermería Global*. 2008; 14.
3. Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M., Sochalski J. & Silber J.H. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *The Journal of the American Medical Association*. 2002; 288(16), 1987–1993.
4. Miranda, D.R., Moreno, R. & Iapichino, T. Nine equivalents of nursing manpower use score (NEMS). *Intensive Care Medicine*. 1997; 23 (7), 760-5.
5. Miranda DR, Nap R, De Rijk A, Schaufeli W, Iapichino G. TISS Working Group. Therapeutic Intervention Scoring System. *Nursing Activities Score*. *Critical Care Medicine*. 2003; 31(2): 374-382.
6. Bernat, A., Abizanda, R., Ybars, M., Quintana, J., Gascó, C., Soriano, M., Reig, R. & Vidal, B. Cargas de trabajo asistencial en pacientes críticos. Estudio comparativo NEMS frente a NAS. *Enfermería Intensiva*. 2006; 17, 67-77.
7. Rollán Rodríguez GM, Carmona Monge FJ, Quirós Herranz C, Cerrillo González I, Jara Pérez A, García Gómez S. Escalas de medida de carga de trabajo de enfermería en unidades de cuidados críticos. Correlación entre NAS y NEMS. *Nure Investigación*. 2011; 8(55).

AUTORES/AUTHORS:

Betânia Maria Pereira dos Santos, Manoel Carlos Neri da Silva, Alzira Maria marães d'Ávila Nery Guimarães, Neyson Pinheiro Freire, Leocarlos Cartaxo Moreira, Valdelize Elvas Pinheiro

TÍTULO/TITLE:

Datos sociodemográficos y la violencia en el entorno de trabajo profesional de enfermería brasileña

Objetivo: Investigar los datos demográficos y la violencia social en el lugar de trabajo de los profesionales de enfermería en Brasil. Método: Investigación de la sección transversal, que consiste en todas las enfermeras, técnicos y auxiliares de enfermería en Brasil, registradas en la Junta Federal de Enfermería (Conselho Federal de Enfermagem - COFEN). Realizado en el marco de la federación brasileña, durante los años 2014 y 2015. La población estuvo constituida un 1.804.535 de profesionales de enfermería. La muestra fue de 35.916, incluyendo enfermeras, técnicos y auxiliares. Resultados: Esta investigación se debieron a una asociación entre COFEN y Fiocruz, con fondos de COFEN y el apoyo del Ministerio de Salud de Brasil y la Organización Panamericana de la Salud-Brasil. Enfermería brasileña consiste en un marco de 77% de los técnicos y auxiliares y el 23% de las enfermeras. El personal de enfermería es predominantemente femenino (85,1%), sin embargo, el 14,4% son hombres. Más de la mitad del personal de enfermería está activo en las capitales (56,8%), marcadamente entre las enfermeras, que, además de unos pocos en la composición del equipo (23% solamente). Se concentran en las capitales, especialmente en la región del sureste, se declara una escasez de estos profesionales en el interior del país. Un alto porcentaje de profesionales (17,6%) reportaron tener ingreso total mensual de hasta R \$ 1.000,00, lo que indica que están sometidos a subsalarios situación, y alrededor del 64% del equipo tiene un ingreso total de hasta 3 mil. Entre los asistentes y técnicos de enfermería estas cifras son aún peor, es decir, la mayoría de ellos tienen ingresos mensuales mediante la adición de todas sus actividades hasta R \$ 2.000,00. En cuanto a la violencia, el 19,7% reporta haber sufrido en el lugar de trabajo algún tipo de violencia, es decir, el 66,5% violencia psicológica, racial 26.3% y 15.6% violencia física. Los más afectados por esta violencia son los auxiliares y técnicos de enfermería. Discusión: La encuesta generó una gran base de datos, que abarca las cuestiones relacionadas con aspectos sociodemográficos, formación, violencia en el trabajo. Estos datos apoyan la construcción de políticas públicas adecuadas a la realidad de esta población de trabajadores, esencial para el sistema de salud. Conclusión: La investigación tiene representación nacional, siendo capaz de generar resultados para cada estado. Se demostró que la mayoría de las enfermeras son mujeres, aunque hay una tendencia a la masculinización. Declararon que someterse a situaciones subsalarios. El entorno de la salud de nuestro país no proporciona seguridad y protección a nuestros trabajadores. La encuesta revela que sólo el 29% se siente seguro en su ambiente de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Pesquisa "Perfil da Enfermagem no Brasil" - 2013. FIOCRUZ/COFEN.

BRASIL. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução COFEN N° 311/2007 ; CIANCIARULLO, T. I. Instrumentos Básicos para o Cuidar: Um Desafio para a Qualidade de Assistência. São Paulo: Atheneu, 1997.; DANIEL, L. F. Enfermagem: Modelos e Processos de Trabalho. São Paulo: EPU, 1987. DUMAS, V. As rosas não falam (mas contam a história). História viva, São Paulo, ano 3, n 33, p. 66-70, jul 2006. LIRA, N. F. DE & BONFIM, M. E. DE S. História da Enfermagem e Legislação. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1989. OGUISSO, T. SCHMIDT, M. J. O Exercício da Enfermagem: Uma Abordagem Ético-Legal. São Paulo: LTR editora, 1999. Santos, E. F. et. al. Legislação em Enfermagem: Atos Normais do Exercício e do Ensino de Enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2002. PORTO, F; AMORIM, W. História da Enfermagem: Identidade, Profissionalização e Símbolos. 2 ed. São Paulo: Yendis, 2013. RODRIGUES, M. S. Mulheres sertanejas na guerra do Paraguai. In ENCONTRO DA ANPHLAC, 6., 2004, Maringá. Anais eletrônicos... Maringá: anphlac, 2004. Disponível em: http://www.anphlac.org/periódicos/anais/encontro6/marcelo_rodrigues.pdf>acesso em: 04. Jan 2016.<

AUTORES/AUTHORS:

Luis Arantón Areosa, José María Rumbo Prieto, Federico Palomar Llatas, José Bonías López, Begoña Fornes Pujalte, Jaime Castelló Granell, Elena Castellano Rioja, Concepción Sierra Talamantes

TÍTULO/TITLE:

EVOLUCIÓN DE LA PRODUCCIÓN Y DIFUSIÓN CIENTÍFICA DE LA REVISTA ENFERMERÍA DERMATOLÓGICA EN EL PERIODO 2007-2015

INTRODUCCIÓN

Enfermería Dermatológica es una revista científica promovida por la Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea (ANEDIDIC).

Como revista científica especializada en el área de la piel, se ocupa especialmente de promover la actualización, investigación y difusión de todos los aspectos relacionados con la enfermería dermatológica. Tiene como misión divulgar y promover la actualización de los conocimientos en torno a los avances e innovaciones en el campo de la dermatología y el deterioro de la integridad cutánea y tisular, con el fin de que contribuyan a la mejora de la práctica profesional enfermera.

OBJETIVO: Describir y analizar la producción y difusión científica desarrollada por la Revista Enfermería Dermatológica desde sus comienzos hasta la actualidad (años 2007-2015).

METODOLOGIA: Estudio descriptivo y bibliométrico de los artículos publicados desde enero de 2007 hasta diciembre de 2015 por la revista Enfermería Dermatológica, accesible a texto completo en la página web corporativa de la Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de Integridad Cutánea (ANEDIDIC). Valoración de contenidos mediante el sistema de revisión por pares y listado ad hoc. Se cuantificó el tipo de artículo por sección, la especialidad académica y/o profesional del primer autor, la filiación institucional, la procedencia y el área temática según palabras clave. Se excluyeron las secciones de noticias y presentación editorial. Los datos fueron tabulados en EXCEL para su análisis estadístico descriptivo.

RESULTADOS: En los 9 años analizados se ha publicado un total 26 números y 205 artículos; de ellos, 5 fueron editoriales científicas (3%), 49 artículos de formación dermatológica (24%), 51 artículos originales (25%), 42 casos clínicos (20%), 2 notas científicas (1%), 3 artículos especiales (comunicaciones al congreso de ANEDIDIC) (2%), 26 artículos de difusión de Apps y recursos tecnológicos (12%), 6 reseñas bibliográficas (3%), 16 recomendaciones científicas (7%) y 5 cartas al director (3%). El tema clínico más difundido fue el relacionado con el abordaje del deterioro de la integridad cutánea, úlceras y heridas crónicas, sobresaliendo las úlceras por presión (45%), tanto a nivel editorial, como artículo original, de revisión o caso clínico. El perfil del primer autor es preferentemente hombre (58%), de la Comunidad Valenciana (77%) y enfermero con especialidad Máster (52%).

DISCUSIÓN: Enfermería Dermatológica, es una revista científica especializada en dermatología, dermatocosmética, úlceras y heridas, que comenzó a publicarse en 2007, en formato impreso y periodicidad cuatrimestral. En 2012, incorporó el sistema de revisión por pares, mejorando así su calidad editorial y científica, indexándose a texto completo en el repositorio DIALNET. Desde 2013 tiene difusión en Iberoamérica a través del Directorio Latindex; en 2014 pasa a publicarse exclusivamente en formato electrónico y en 2015, fue indexada en la base de datos CUIDEN, con lo cual mejora su factor de impacto y citación. El tipo de artículos publicados por Enfermería dermatológica son principalmente fuentes secundarias (evidencias, recomendaciones, consensos, experiencias, etc.) que ayudan a la difusión del conocimiento científico en el abordaje de diferentes patologías y

afecciones de la piel; además, contribuye al conocimiento de los recursos y terapias más innovadores en este tema. Aun así, se echa en falta una mayor producción de artículos originales, ensayos clínicos (fuentes primarias), etc; también observamos que son pocos los autores externos a ANEDIDIC que se animan a publicar en la revista. En resumen, los datos expuestos indican que la producción y difusión científica es mejorable, pero la evolución y el camino recorridos nos permite confirmar que la línea de evolución es positiva, aunque debemos y podemos mejorar estándares de calidad a medio plazo.

CONCLUSIÓN:

La rigurosidad en la revisión por pares, el establecimiento del código ético riguroso y la ampliación del Consejo Editorial, han permitido mejorar progresivamente la calidad editorial de la revista, lo que a su vez, ha aumentado exponencialmente su difusión nacional e internacional.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Revista Enfermería Dermatológica. Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea (ANEDIDIC) [Sede Web]. Valencia: anedidic.com; 2016. [Acceso 14 de mayo de 2016]. Revistas publicadas.; [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.anedidic.com/revista>
- Revista Enfermería Dermatológica. Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea (ANEDIDIC) [Sede Web]. Valencia: anedidic.com; 2016. [Acceso 14 de mayo de 2016]. Normas de publicación.; [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.anedidic.com/revista/normas-de-publicacion>
- Enfermería Dermatológica. Dialnet [Sede Web]. La Rioja: dialnet.unirioja.es; 2001-2016. [Acceso 14 de mayo de 2016]. Sumarios de la revista; [1 pantalla]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=19886>
- Enfermería Dermatológica. LATINDEX, Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal [Sede Web]. México: latindex.org; 1997-2016. [Acceso 14 de mayo de 2016]. Directorio; [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.latindex.org/latindex/ficha?folio=22700>
- Enfermería dermatológica. CIBERINDEX, fundación Index [Sede Web]. Granada: index-f.com; 2016. [Acceso 14 de mayo de 2016]. Directorio; [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.index-f.com/bibliometria/bresumen.php?id=444>

AUTORES/AUTHORS:

Betânia Maria Pereira dos Santos, Manoel Carlos Neri da Silva, Alzira Maria d'Ávila Nery Guimarães, Neyson Pinheiro Freire, Leocarlos Cartaxo Moreira, Valdelize Elvas Pinheiro, Carlos Rinaldo Nogueira Martins, João Batista de Freitas

TÍTULO/TITLE:

Características da Enfermagem Brasileira: aspectos relativos ao desempenho profissional no mercado de trabalho

Objetivo: analisar as características da enfermagem no Brasil relativo aos aspectos de desempenho da profissão no mercado de trabalho. **Método:** trata-se de um estudo transversal, resultou de uma parceria entre o COFEN e a FIOCRUZ, com financiamento do COFEN e apoio do Ministério da Saúde do Brasil e da Organização Panamericana de Saúde-Brasil. A população é composta por todos os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem do Brasil registrados no COFEN. A amostra tem representatividade nacional, envolveu profissionais de todas as regiões do país e foi composta por 35.916 indivíduos para um universo de 1.804.535 profissionais. **Resultados:** Mais da metade da equipe de enfermagem atua nas capitais, (56,8%). Dados apontam uma variedade enorme de jornadas de trabalho entre a equipe de enfermagem, sendo predominantes as jornadas extenuantes que excedem a 40 horas, 38,6% do total. Foi relatado que 66,7% dos profissionais de enfermagem possuem dificuldade de emprego. O acidente de trabalho está presente nas instituições de saúde, totalizando nos últimos 12 meses em 11,0% da equipe no setor público, 10,7% no privado e 10,8% no filantrópico. Relativo à violência no ambiente de trabalho, 19,7% afirmaram ter sofrido violência, sendo: 66,5% violência psicológica, 26,3% racial e 15,6% violência física. Os mais acometidos por essa violência são os auxiliares e Técnicos de Enfermagem. **Discussão:** A pesquisa oportunizou a criação de um Banco de Dados amplo que permitirá acompanhar a realidade da profissão no Brasil, além de permitir comparabilidade dos dados ao longo do tempo. Esses dados são importantes para contribuir no desenvolvimento das políticas públicas no país, especialmente para esse contingente profissional, o maior na área da saúde. **Conclusão:** profissionais vivenciam jornadas de trabalho exaustivas, com relatos de dificuldades de inserção no mercado de trabalho. Acidentes de trabalho e violências foram citados, sendo que das citadas, a psicológicas foram as mais frequentes. Trata-se de uma categoria profissional de fundamental importância para o sistema de saúde brasileiro, configurando-se como essencial para a atenção à saúde da população brasileira.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Fonte: Pesquisa "Perfil da Enfermagem no Brasil" - 2013. FIOCRUZ/COFEN.

BRASIL. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução COFEN N° 311/2007; CIANCARULLO, T. I. Instrumentos Básicos para o Cuidar: Um Desafio para a Qualidade de Assistência. São Paulo: Atheneu, 1997.; DANIEL, L. F. Enfermagem: Modelos e Processos de Trabalho. São Paulo: EPU, 1987. DUMAS, V. As rosas não falam (mas contam a história). História viva, São Paulo, ano 3, n 33, p. 66-70, jul 2006. LIRA, N. F. DE & BONFIM, M. E. DE S. História da Enfermagem e Legislação. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1989. OGUISSO, T. SCHMIDT, M. J. O Exercício da Enfermagem: Uma Abordagem Ético-Legal. São Paulo: LTR editora, 1999. Santos, E. F. et. al. Legislação em Enfermagem: Atos Normais do Exercício e do Ensino de Enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2002. PORTO, F; AMORIM, W. História da Enfermagem: Identidade, Profissionalização e Símbolos. 2 ed. São Paulo: Yendis, 2013. RODRIGUES, M. S. Mulheres sertanejas na guerra do Paraguai. In ENCONTRO DA ANPHLAC, 6., 2004, Maringá. Anais eletrônicos... Maringá: anphlac, 2004. Disponível em: http://www.anphlac.org/periódicos/anais/encontro6/marcelo_rodrigues.pdf>acesso em: 04. Jan 2016.

AUTORES/AUTHORS:

Cecilia Tapia-Casellas, Pamela Rodriguez-Latorre, Beatriz Sanchez-Gonzalez, Jessica Merchan-Naranjo, Maria Jose Penzol

TÍTULO/TITLE:

Antipsicóticos de Segunda Generación en población infantojuvenil: Identificación temprana de efectos metabólicos

Risperidona y Aripirazol son los dos antipsicóticos de segunda generación (ASG) más ampliamente prescritos en población infanto-juvenil. La administración de ASG se asocia a un aumento del riesgo de aparición de síndrome metabólico (Olfson, Crystal et al. 2010). En la población infantojuvenil los aumentos de peso y de prolactina secundario al tratamiento con ASG son mayores que en población adulta (Fraguas, Merchan-Naranjo et al. 2008)

Desde la consulta de enfermería queremos estudiar el estado basal e identificar factores de riesgo en nuestros pacientes para adaptar el plan de actuación enfermero.

Objetivos

Describir estado metabólico y antropométrico en población infantojuvenil que inicia tratamiento con Antipsicóticos de Segunda Generación (ASG).

Describir los hábitos de ejercicio y alimentación y su repercusión en variables cardiometabólicas.

Describir características sociodemográficas y clínicas de la muestra

Programar intervenciones de enfermería que minimicen los eventuales efectos adversos de los ASG.

Método

Estudio descriptivo, observacional realizado en consultas externas del Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid desde mayo de 2013 hasta marzo de 2015.

Se ofreció participar a todos los pacientes (entre 8 y 16 años) que iniciaban tratamiento con Aripirazol o Risperidona (se aceptaba que no llevaran más de 3 meses desde el inicio del tratamiento hasta el momento de la visita).

En la primera visita se realizó una analítica completa (perfiles básico, hepático, lipídico, renal, hormonas tiroideas, prolactina, hemograma), ECG y se midieron variables antropométricas (peso, talla, perímetro abdominal, TA). El equipo de enfermería además explotaba los hábitos de ejercicio (cuestionarios PAQ-C/PAQ-A) y de alimentación.

Los datos recogidos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS versión 18.0.

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables de forma global utilizando frecuencias y porcentajes. Se realizó un análisis bivariante de las variables de estudio utilizando los test estadísticos de la t de Student y ANOVA para variables cualitativas y cuantitativas, o sus variantes no paramétricas si procedía.

Resultados

El 70% de la muestra eran varones, con una media de edad de 11.7 (SD 3.1) años e Índice de Masa Corporal (IMC) de 19.6 (SD 5.1). El 62% de la muestra presentó un IMC menor de 20, mientras que es mayor de 25 en el 16%. El 80% de la muestra estaba en tratamiento con Risperidona y el diagnóstico más común era TEA (Trastorno del Espectro Autista) (48%). Los pacientes en tratamiento con Aripirazol tenían mayor IMC y perímetro abdominal que los que iniciaban tratamiento con Risperidona. Los pacientes en tratamiento con Risperidona tenían niveles basales de prolactina superiores.

A mayor IMC, significativamente peores resultados analíticos en triglicéridos, HDL e insulina.

Los pacientes con TEA realizaban más ejercicio que los pacientes de otras patologías (TDAH 20%, Trastorno Conducta 16%, Trastorno Psicótico 8%). El ejercicio más común que realizaban los pacientes era caminar, natación y montar en bicicleta. La puntuación media en actividad física (PAQ-C/PAQ-A) es de 2.63 (SD 0.8), ejercicio moderado.

No encontramos diferencias significativas en los hábitos de alimentación ni ejercicio en función del IMC.

Consumen fruta todos los días el 68% y verduras el 42%. El 30% toma chucherías una vez al día y comen con la televisión

encendida todos los días el 34%.

El 90% de la muestra presentaba resultados analíticos normales.

Implicaciones para la práctica clínica

Nuestros pacientes infantojuveniles con patología mental inician el tratamiento con ASG partiendo de un buen estado de salud.

Como sabemos que éste tratamiento se asocia con aumento del apetito y reducción del gasto energético, lo que contribuye a aumentar el IMC, consideramos importante la elaboración de un plan de enfermería dirigido a la promoción de la salud para prevenir alteraciones cardiometabólicas en estos pacientes.

Éste plan se basa en educación sanitaria estableciendo buenos hábitos higiénico-dietéticos y fomentando el ejercicio. Se llevará a cabo en las visitas de seguimiento al inicio del tratamiento con ASG en la consulta de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Fraguas, D., J. Merchan-Naranjo, et al. (2008). "Metabolic and hormonal side effects in children and adolescents treated with second-generation antipsychotics." *J Clin Psychiatry* 69(7): 1166-1175.

Olfson, M., S. Crystal, et al. (2010). "Trends in antipsychotic drug use by very young, privately insured children." *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 49(1): 13-23.

AUTORES/AUTHORS:

BARBARA MONTEAGUDO FOMBUENA, ALEXANDRO EUGENA MARTÍNEZ, MAR LLEIXÀ FORTUÑO, CARME FERRÉ GRAU , LEANDRA MARTÍN DELGADO, JOSE ANTONIO ZAFRA AGEA, GEMA JIMÉNEZ MASERO, OSCAR BURRIEL AGUDO, JOSEP ZARAGOZA BRUNET

TÍTULO/TITLE:

CUIDADOR FAMILIAR DE PERSONAS CON DEMENCIA EN LES TERRES DE LEBRE

El objetivo general de nuestro estudio es comparar el nivel de sobrecarga y la salud mental positiva del cuidador familiar de personas con demencia de dos grupos asociado y no asociado.

Los objetivos específicos son:

Determinar las características sociodemográficas de las personas receptoras de cuidados y de los cuidadores familiares.

Identificar la sobrecarga y la salud mental positiva.

Identificar las relaciones existentes entre la sobrecarga y la salud mental positiva.

Correlacionar las características sociodemográficas/clínicas con la sobrecarga y la salud mental positiva.

Explorar vivencias y sentimientos de los cuidadores.

2.Método:

Estudio comparativo, transversal y correlacional de metodología cualitativa (entrevistas semiestructuradas) y cuantitativa ((cuestionario de variables sociodemográficas y clínicas, cuestionario de la sobrecarga de cuidador (Test de Zarit) y cuestionario de salud mental positiva (CSM+)). Para el estudio se incluyeron todos los cuidadores familiares de personas con demencia que cumplían los criterios de inclusión. Se subdividió la muestra en dos grupos poblacionales según pertenecía o no a alguna asociación de cuidadores y se compararon las distintas variables obtenidas.

3.Resultados:

Las cuidadoras principales de pacientes con demencia a Terres de l'Ebre son mayoritariamente mujeres, casadas, con una media de edad de 62'3 años y que cuidan principalmente a su pareja o progenitor.

La mayoría de las cuidadoras principales tienen una sobrecarga intensa y una salud mental positiva elevada.

Las cuidadoras principales que reciben soporte de asociaciones de familiares presentan una menor sobrecarga y una mayor salud mental positiva que las que no reciben.

Se confirma que a mayor sobrecarga, menor salud mental positiva.

4.Discusión:

En España, las enfermedades mentales tipo demencias afecta a la vida de casi 3'5 millones de familias y cuidadores, debido al aumento de la esperanza de vida que condiciona una población envejecida y un aumento de las necesidades socio-sanitarias.

El hecho de ser cuidador principal de personas con demencia, repercute tanto en su estado físico como psicológico, haciéndolo un grupo de riesgo a tener en cuenta, al que atender y cuidar.

Analizando los datos de nuestra muestra podemos concluir que a mayor apoyo psicosocial del cuidador principal existe una menor sobrecarga y por tanto una mayor salud mental positiva y desde las instituciones sanitarias hemos de visualizar su tarea, reconocerla y ofrecer soporte a aquellas personas que asumen los cuidados.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Barrera L, Pinto N, Sánchez B, Carrillo G, Chaparro L. El enfermo crónico y su cuidador familiar. En: Cuidando a los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010, p.15-16.
2. Fratiglioni L, de Ronchi D, Agüero-Torres H. Worldwide prevalence and incidence of dementia. *Drugs Aging* 1999;15: 365-75.
3. Fengler A, Goodrich N. Wives of elderly disabled men: the hidden patient. *Gerontologist* 1979;18:175-83
4. Franco M, Suárez A, Bustamante A, Gil E. Enfermedad de Alzheimer. *Medicine* 2011; 10 (76): 5129-37.
5. Vellone E, Piras G, Talucci C, Zichi M. Quality of life for caregivers of people with Alzheimer's disease. *Journal of Advanced Nursing* 2008; 61 (2): 222-23.
6. Crespo López M, López Martínez J. El estrés en cuidadores de mayores dependientes. *Cuidarse para cuidar. Manuales Prácticos de Tratamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide, 2007.
7. González, C. (n.d.). Teoría estructural familiar. Obtenido el 23 de noviembre de 2007, de <http://www.medicinadefamiliares.cl/Trabajos/teoriaestructural.pdf>
8. Úbeda, I. Atención a la familia ¿utopía o realidad? *Revista Rol de Enfermería*, 203, 75- 78. 1995.
9. De la Revilla, L. *Conceptos e instrumentos de la atención familiar*. Barcelona: Doyma. 1994.
10. Tárraga, L. *Terapias blandas: programa de psicoestimulación integral*. Alternativa terapéutica para las personas con enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurología* 27 (1), 51-52. (1998).
11. Martínez Lage, J.M. & Berthier Torres, M (2002). *Alzheimer 2002: teoría y práctica*. Madrid: Aula Médica.
12. Philip, I., Young, J. Audit of support given to lay carers of the demented elderly by a primary team. *J Roy Coll Gen Pract*, 38, 153-58. 1988
13. De la Rica, M. y Hernando, I. Cuidadores del anciano demente. *Revista Rol de Enfermería*, 187, 35-40. (1994).
14. Ubeda Bonet, I. *Calidad de vida de los cuidadores familiares: Evaluación mediante un cuestionario*. Universitat de Barcelona. (2009)
15. Meleis A, Sawyer L, Im E, Messias D, Schumacher K. *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. *Adv Nurs Sci*. 2000; 23(1):12–28.

AUTORES/AUTHORS:

Julia Rioja Cabrera, Elia Fernández Martínez, Ana Pérez Martín

TÍTULO/TITLE:

LA ATENCIÓN TEMPRANA EN LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

OBJETIVOS

El objetivo general del presente trabajo es conocer la eficacia de la Atención Temprana (AT) en los Trastornos del Espectro Autista (TEA), a través de una revisión sistemática.

MÉTODO

Hemos realizado una revisión sistemática, siguiendo pautas de la asociación Cochrane.

- Pregunta de investigación

¿Tras las intervenciones de AT, se asocian resultados significativos en el desarrollo emocional, social lingüístico, motor o cognitivo de los pacientes pediátricos diagnosticados de TEA?

- Criterios de inclusión

Estudios cuya población de estudio abarca de 0 a 6 años, y cualquier tipo de diseño, desde revisiones narrativas hasta ensayos clínicos. Además, deberán tener como variable independiente la AT, y como variable dependiente los TEA, y analizaremos artículos entre 2001 y 2016 en español, inglés y portugués.

- Diseño del estudio

Fase 1. Revisión sistemática

Las bases de datos usadas han sido, CSIC, Medline, Scopus, Science Direct, MSC, Scholar Google, ISCIII, Uptodate, Tripdatabase, entre otras.

Como principales descriptores aceptados por el DeCS y MeSH hemos utilizado "early stimulation", "autism", 'nursing', "neuroplasticity".

Fase 2. Análisis de artículos y de su nivel de evidencia

Para asegurar un análisis adecuado de cada estudio, utilizamos las plantillas de lectura crítica SIGN y OSTEBA.

Tras el análisis, otorgamos a cada artículo un Nivel de Evidencia (NE) y un Grado de Recomendación (GR). Para ello, recurrimos al método JBI.

RESULTADOS

Utilizando los términos DeCS y MeSH en las bases de datos citadas, se identificaron 714 artículos tras filtrar los de los últimos 15 años. Al tener en cuenta el resto de criterios de inclusión, el número de artículos se redujo a 27, y tras eliminar 7 artículos por cumplir criterios de exclusión, se concluyó con 20 artículos susceptibles de análisis.

Del análisis de estos artículos se obtuvo que el 80% demuestran eficacia de la AT en el TEA. De ellos, el 31'25% tienen un NE y un GR fuerte, el 50% un NE medio y un GR débil, y un 18'75% un NE y un GR débil.

9 artículos demuestran mejoras en el rendimiento cognitivo, en el lenguaje y en las destrezas adaptativas de estos niños; 5 mejoras en el CI y en sus capacidades sensitivas y motoras; otros 5 en la interacción social y conducta atípica y 2 en la gravedad de los síntomas. Estos avances se justifican por la neuroplasticidad en más un 50% de los estudios.

DISCUSIÓN

Se evidencia la teoría de la neuroplasticidad, y la eficacia de la AT en las habilidades cognitivas, adaptativas, emocionales, motoras y lingüísticas de los niños con TEA, por lo que defendemos su uso. Es necesario implicar a los familiares en la intervención.

Dadas las deficiencias metodológicas observadas, se necesita más investigación de calidad. Debemos acelerar el diagnóstico precoz implementando un cribado universal durante las revisiones periódicas de los bebés, lo que permitirá mejorar los resultados de la

intervención temprana. En cuanto a la práctica clínica, proponemos la inclusión de esta intervención en los centros sanitarios, para facilitar el acceso de las familias.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1) Warren Z, McPheeters ML, Sathe N, Foss-Feig JH, Glasser A, Veenstra-Vanderweele J. A systematic review of early intensive intervention for autism spectrum disorders. *Pediatrics* [internet] 2011 [Consultado el 18 feb 2016]; 127: 1303-1311.
- 2) Millá MG, Mulas F. Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista. *Rev Neurol* [internet]. 2009 [Consultado el 21 feb 2016]; 48 (Supl 2):S47-S52.
- 3) The Cochrane Collaboration. Intervención temprana mediada por los padres para niños pequeños con trastornos del espectro autista (TEA) (Revision Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews* [internet] 2013 [Consultado el 21 feb 2016] Issue 10. Art. No.: CD009774.
- 4) Sánchez-Raya MA, Martínez-Gual E, Moriana JA et al. La atención temprana en los trastornos del espectro autista (TEA). *Rev Psicología educativa* [internet]. 2015 [Consultado el 20 mar 2016] 21:55-63.
- 5) Canal R, García P, Santos J et al. Programas de cribado y atención temprana en niños con trastornos del espectro autista. *Rev neurol* [internet] 2014 [Consultado el 20 mar 2016]. 58 (supl 1): s123-s127.
- 6) Reza M. Efectividad de las terapias conductuales en los trastornos del espectro autista. Madrid: Plan de calidad para el SNS del MSSSI. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Agencia Laín Entralgo, 2012 [Consultado el 18 mar 2016], informes de evaluación de tecnologías sanitarias.
- 7) Zalaquett D, Schönstedt M, Angeli M et al. Fundamentos de la intervención temprana en niños con trastornos del espectro autista. *Rev Chil Pediatr* [internet]. 2015 [Consultado el 20 mar 2016]; 86(2):126-131.
- 8) Valsamma E, Walter A et al. Clinical outcomes of an early intervention program for preschool children with Autism Spectrum Disorder in a community group setting. *BMC Pediatrics* [internet] 2013 [Consultado el 20 mar 2016]; 13(3):1-9.
- 9) Howard JS, Stanislaw H, Green G et al. Comparison of behavior analytic and eclectic early interventions for young children with autism after three years. *Research in Developmental Disabilities* [internet]. 2014 [Consultado el 19 mar 2016]; 35:3326-3344.
- 10) Dawson G, Rogers S, Munson J. Randomized, Controlled Trial of an Intervention for Toddlers With Autism: The Early Start Denver Model. *Pediatrics* [internet] 2010 [Consultado el 17 mar 2016]; 125(1):e17-e23

AUTORES/AUTHORS:

María del Mar Parra López

TÍTULO/TITLE:

Efectividad de la terapia por presión negativa versus tratamiento convencional en heridas y úlceras en el pie diabético

Objetivo

Comparar la efectividad de la terapia por presión negativa frente al tratamiento convencional en la curación de las heridas y úlceras crónicas en el pie diabético.

Materiales y métodos

Revisión bibliográfica en las bases de datos: Medline, Dialnet, Scielo, Scopus, Elsevier y EBSCO. Criterios de inclusión: Ensayos controlados aleatorizados publicados en Inglés y en Español con puntuación >5 en la escala PEDro, en los que se compara el uso de la terapia por presión negativa frente al tratamiento convencional en úlceras y heridas en el pie diabético

Resultados

Fueron seleccionados 4 ensayos controlados aleatorizados, en los cuales se constatan unas diferencias estadísticamente significativas a favor de la terapia por presión negativa versus tratamiento convencional, como son: un tiempo medio en alcanzar el 90% de tejido de granulación de 18,8 días para la terapia por presión negativa frente a 32,3 días para el tratamiento convencional; una diferencia de 42 días en el tiempo medio para alcanzar el 76-100% de tejido de granulación entre ambos tratamientos; un menor tiempo medio para el cierre de la herida con diferencias de hasta 20 días; un mayor número de cierres completos de la herida; una diferencia en la duración de los tratamientos de 4,5 días y una mayor disminución del tamaño de la herida/úlceras de incluso 10,5 cm para uno de los ensayos.

Discusión

En esta revisión se han sintetizado cuatro estudios cuyos resultados sugieren que la TPN es más eficaz que el TC en heridas y úlceras del PD.

Sin embargo, son escasas las variables donde se obtiene una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos que demuestren los objetivos primarios o secundarios establecidos.

Para la variable "cierre completo de la herida/úlceras" tan solo obtenemos resultados significativos en 2 de los 4 estudios, Blume et al y Armstrong et al; siendo los resultados favorables para la TPN.

Según 2/4 ECAs revisados y otros estudios observados, en los pacientes, con úlceras y heridas en el PD, sometidos a TPN hay una mayor reducción estadísticamente significativa de la herida, es el caso de los estudios de Blume et al, Etöz et al o también en los caso-controles aleatorios de Ravari h et al y Lone AM et al.

Para las variables que estudian la formación de tejido de granulación solo se obtiene significancia estadística en los ECAs de Blume et al y Armstrong et al, sin embargo en todas las investigaciones estudiadas los resultados se postulan a favor de la TPN, independientemente del valor de p. Un ejemplo es el estudio de Sepúlveda et al que calcularon "tiempo medio en alcanzar el 90% de tejido de granulación", donde la media para el grupo TPN fue 18,8 días versus 32,3 días en el grupo TC. En el estudio Armstrong et al se calculó "tiempo medio en alcanzar el 76-100% de tejido de granulación", con una diferencia media menor de 42 días a favor de TPN. También sucedió en Sepúlveda et al, donde estudiaron "número de pacientes que lograron el 90% de tejido de granulación", aunque no se obtuvo diferencia estadísticamente significativa.

Existen otros tipos de estudios que también demuestran resultados a favor de la TPN con respecto a la formación de tejido de

granulación. Un ejemplo de ello es el caso-control aleatorio de Lone MA et al, donde hay una diferencia significativa de 2 sujetos entre los dos grupos para los pacientes que alcanzaron el 100% de tejido de granulación. El caso-control aleatorio de Ravari H et al mide la formación de tejido de granulación, con una diferencia de un 20% en los resultados favorables también para la TPN, sin embargo se desconoce el valor de p. Por último en el caso-control aleatorio de Nain PS et al también se demostró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos TPN y TC para la respuesta de tejido de granulación, siendo más rápida en los sujetos sometidos a TPN. Según los resultados obtenidos en los estudios de Armstrong et al y Blume et al que midieron las complicaciones o efectos adversos, podríamos afirmar que la TPN es igual o más segura que el TC, ya que no hay diferencias significativas entre ambos tratamientos. Además el número de complicaciones y efectos adversos han sido muy similares entre grupos, siendo ligeramente inferior en la TPN.

En cuanto a la duración de la terapia y/o tiempo medio necesario para el cierre de la herida y los costes, podemos afirmar que las úlceras y heridas en el PD requieren una menor duración de terapia y coste cuando son tratados con TPN versus TC. Algunos de los motivos de la mayor rentabilidad se deben a que la TPN reduce el número de cambios del apósito, el tiempo dedicado por el personal de enfermería y la estancia hospitalaria en el tratamiento de úlceras y heridas en el PD. Los 4 ECAs estudiados demuestran una diferencia significativamente estadística menor en la duración de la terapia o tiempo

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Blume P, Walters J, Payne W, Ayala J, Lantis J. Comparison of negative pressure wound therapy using vacuum-assisted closure with advanced moist wound therapy in the treatment of diabetic foot ulcers: A multicenter randomized controlled trial. *Diabetes Care* DIABETES CARE; APR, 2008, 31 4, p631-p636, 6p.; 2008-04-01;31(4):631-636.
2. Sepúlveda G, Espíndola M, Maureira M, Sepúlveda E, Fernández JI, Oliva C, et al. Original: Curación asistida por presión negativa comparada con curación convencional en el tratamiento del pie diabético amputado. *Ensayo clínico aleatorio. Cirugia Espanola In Cirugia Espanola* 2009 86(3):171-177; 2009-01-01;86(3):171-177.
3. Etoz A, Kahveci R. Negative pressure wound therapy on diabetic foot ulcer. *Wounds In: Wounds. (Wounds, September 2007, 19(9))*; 2007-09-01;19(9).
4. Armstrong DG, Lavery LA. Articles: Negative pressure wound therapy after partial diabetic foot amputation: a multicentre, randomised controlled trial. *The Lancet In The Lancet* 2005 366(9498):1704-1710; 2005-01-01;366(9498):1704-1710. *Journal of Cutaneous & Aesthetic Surgery Journal of Cutaneous & Aesthetic Surgery. Jan-Mar2013, Vol. 6 Issue 1, p17-20. 4p. 2 Charts, 2 Graphs.*; 2013-01-01;6(1):17-20.
5. Ravari H, Modagheh MS, Kazemzadeh GH, Johari HG, Vatanchi AM, Sangaki A, et al. Comparison of Vacuum-Assisted Closure and Moist Wound Dressing in the Treatment of Diabetic Foot Ulcers. *Journal of Cutaneous & Aesthetic Surgery Journal of Cutaneous & Aesthetic Surgery. Jan-Mar2013, Vol. 6 Issue 1, p17-20. 4p. 2 Charts, 2 Graphs.*; 2013-01-01;6(1):17-20.
6. Lone AM, Zaroo MI, Bashir SA, Rasool A, Laway BA, Pala NA. Vacuum-assisted closure versus conventional dressings in the management of diabetic foot ulcers: A prospective case-control study. *Diabetic Foot and Ankle In: Diabetic Foot and Ankle. (Diabetic Foot and Ankle, 8 April 2014, 5)*; 2014-04-08;5.
7. Nain PS, Uppal SK, Garg R, Bajaj K, Garg S. Role of Negative Pressure Wound Therapy in Healing of Diabetic Foot Ulcers. *Journal of Surgical Technique & Case Report Journal of Surgical Technique & Case Report. Jan-Jun2011, Vol. 3 Issue 1, p17-22. 6p.*

4 Color Photographs.; 2011-01-01;3(1):17-22.

AUTORES/AUTHORS:

Paz Fernandez Ortega, Cristina Martínez Martínez, Marcela Fu, Anna Riccobenne, Sandra Cabrera, Eva Gavilán, Montse Puig, Esteve Fernandez, Grupo coordinadores Hospitales sin Humo

TÍTULO/TITLE:

Consumo de tabaco e intervenciones para dejar de fumar en los usuarios de los hospitales catalanes

Objetivos:

- 1) Analizar la prevalencia del consumo de tabaco entre los pacientes ingresados en los hospitales catalanes.
- 2) Describir los determinantes sociodemográficos, el patrón de consumo y la comorbilidad (patologías agudas y/o crónicas) de los pacientes fumadores ingresados en los hospitales catalanes.
- 3) Examinar los niveles de atención ofrecidos en los hospitales catalanes por las enfermeras clínicas hospitalarias de acuerdo al modelo de intervención breve propuesto por la OMS (5As).
- 4) Determinar la tasa de abstinencia del consumo de tabaco entre los pacientes hospitalizados, sus determinantes, y su relación con la duración e intensidad de la dependencia a la nicotina, la unidad de ingreso y el nivel de intervención enfermera para dejar de fumar ofrecida.
- 5) Analizar la relación entre la concentración de monóxido de carbono espirado y el consumo autodeclarado en el cuestionario entre los fumadores antes del ingreso.
- 6) Describir la sintomatología de abstinencia de los pacientes fumadores atendidos en los hospitales en función de su dependencia a la nicotina (medida a través del test de Fagerström) y el nivel de intervención enfermera para dejar de fumar recibida.

Métodos: Estudio multicéntrico transversal en 17 hospitales de la Red Catalana de Hospitales sin Humo (XCHsF) en 2014-2015. La muestra fue calculada para cada hospital (prevalencia estimada=30%, $\alpha=0,05$ error= $\pm 6\%$). Se realizó entrevista personal estructurada mediante cuestionario sobre información sociodemográfica, perfil de consumo de tabaco, nivel de intervenciones para dejar de fumar de acuerdo al modelo de las 5As, y conocimiento de la normativa. Se calculó la prevalencia del consumo de tabaco global y por variables independientes y su relación mediante regresión logística.

Resultados: Del total de 1058 pacientes entrevistados, el 20,3% eran fumadores (rango por hospitales entre 11.9% y 30.0%). Entre las variables asociadas a un mayor consumo destaca ser <45 años (OR=3,1; IC95%: 2,2-4,3) y hombre (OR= 3,2; IC95%: 2,2-4,4). El 91,6% de los pacientes no había recibido información sobre la normativa de espacios sin humo. Al 58,3% de los pacientes se les preguntó si fumaban. Entre los fumadores, el 43,5% recibió consejo para dejar de fumar, el 26,7% se les preguntó por su deseo de abandono, el 17,5% recibió ayuda y el 7,2% indicaciones para el seguimiento.

Conclusiones: Los pacientes fumadores hospitalizados son principalmente hombres y <45 años, y a casi dos tercios se les pregunta si fuman. El nivel de implementación de las intervenciones para dejar de fumar en los hospitales es bajo y debe mejorar.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1) IARC Working Group. Evaluating the effectiveness of smoke-free policies. IARC handbooks of cancer prevention: tobacco control. Lyon; 2009.
- (2) Bilal U, Fernandez E, Beltran P, Navas-Acien A, Bolumar F, Franco M. Validation of a method for reconstructing historical rates of

smoking prevalence. *Am J Epidemiol* 2014 Jan 1;179(1):15-19.

(3) Ministerio de Sanidad. Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12 (ENSE 2011/12). Available at: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/>

(4) Fernandez E, Martínez C, Saltó E. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y la estrategia MPOWER. In: Grupo Aula Médica S, editor. *Tratado de Tabaquismo*. 3era edición ed.; 2011. p. 483-491.

(5) Martinez C, Fernandez E, Alosa B, Chalom D, Dumont J, Gunning M, Mihaltan F, O'Riordan A. Tobacco-Free Hospital Campuses in Europe. 2009; Available at: <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/18/6/451/reply#content-block>. Accessed 05/08, 2011.

(6) Levy DE, Kang R, Vogeli CS, Rigotti NA. Smoking Cessation Advice Rates in US Hospitals. *Arch Intern Med* 2011 Oct 10;171(18):1682-1684.

(7) Ley 42/2010, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre. BOE número 318 de 31/12/2010, páginas 109188 a 109194B.

(8) LEY 28/2005. De 26 De Diciembre, de Medidas Sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE Núm. 309 de 27 de diciembre. 2005.

(9) Martinez C, Garcia M, Mendez E, Fernandez E. Barriers and challenges for tobacco control in a smoke-free hospital. *Cancer Nurs* 2008 Mar-Apr;31(2):88-94.

(10) Martinez C, Garcia M. Evaluation of the degree of implementation of tobacco control interventions in the Catalan Network of Smoke-Free Hospitals. *Enferm Clin* 2007 Jul-Aug;17(4):177-185.

(11) Martinez C, Fu M, Martinez-Sanchez JM, Ballbe M, Puig M, Garcia M, et al. Tobacco control policies in hospitals before and after the implementation of a national smoking ban in Catalonia, Spain. *BMC Public Health* 2009 May 28;9:160.

(12) Sarna L, Bialous SA, Wells M, Kotlerman J, Wewers ME, Froelicher ES. Frequency of nurses' smoking cessation interventions: report from a national survey. *J Clin Nurs* 2009 Jul;18(14):2066-2077.

(13) Campbell S, Pieters K, Mullen KA, Reece R, Reid RD. Examining sustainability in a hospital setting: Case of smoking cessation. *Implement Sci* 2011 Sep 14;6:108-5908-6-108.

Mesa de Comunicaciones 23: Gestión

Concurrent Session 23: Management

AUTORES/AUTHORS:

serap gokce, hossein asgar pour, dilara kunter, havva yonem

TÍTULO/TITLE:

Evaluation of Self-Care Behaviours of Patients with Heart Failure

Objectives: Self-care in heart failure; ensure physiological stability, and is a natural decision-making process used to cope when symptoms appear (Avila et al 2013, Riegel and Dickson 2008).

The aim of this study was to evaluate the self-care behavior of patients with heart failure.

Method: This descriptive study was realized at the Cardiology Clinic of a University Training and Research Hospital. The research sample consisted of 66 patients hospitalized with a diagnosis of heart failure in cardiology clinic. The data were collected by socio-demographic form, patient follow-up form and The European Heart Failure Self-Care Behaviors Scale-12.

Results: The mean age of the patients was 67.00 ± 11.09 and 62.1% male, 51.5% for hypertension and 59.1% diabetes mellitus, 55.8% in class II according to New York Heart Association (NYHA) Classification and total scores of patients in NYHA classification was determined to be 2.3 ± 0.7 . According to the results of the study, the average score of patients of self-care behavior was determined to be 43.00 ± 5.7 . After evaluation of self care behaviours of the subitems was determined to be partially sufficient in behaviors of patients "I weighed every day", "I do regular exercise", "I have flu vaccination every year" and deficient in the other self-care behaviors. In addition, there was no statistically significant difference between sex and self-care behaviors with NYHA classification ($p > 0.05$).

Discussion and Conclusion: In our study, it was determined that the self-care behaviors of patients were deficient. Jaarsma et al. (2003) in their study of patients with HF has determined that enough of the self-care behavior. This research has been made in countries such as Swedish, Italy and Dutch. Socio-economic status of these countries is high. Riegel et al. (2009) evaluated self-care behaviors of patients with heart failure. Turkey is developing country. And we consider that; socioeconomic status affects their self-care behavior.

According to this research the self-care behaviours in developing countries such as Mexico and Taiwan lower than developed countries such as Australia and USA. The majority of patients who participate in our research when they experience respiratory distress; rest, limiting fluid intake, food is less salty and stated that the drugs regularly. According to the literature these behaviours are important (Artinian et al 2002, Jaarsma et al 2003, Clark et al 2014, Siabani et al 2014). Heart failure therapy continues for life. self-care behaviors should be developed to manage the treatment. Determination of self-care behaviors in patients with heart failure and implementation of the training program will improve the quality of life of individuals.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Artinian, N. T, Magnan, M., Sloan, M., Lange, M. P. (2002). Selfcare behaviors among patients with heart failure. *Heart & Lung. The Journal of Acute and Critical Care*, 31(3): 161-172.
- Avila, C. et al (2013). Cross-cultural adaptation and psychometric testing of the brazilian version of the self-care of heart failure index version 6.2. *Nursing Research and Practice*, 2013(2013): 1-7.
- Clark, A. M. et al (2014). Determinants of effective heart failure self-care: A systematic review of patients' and caregivers' perceptions. *Heart*, 100(9): 716-721
- Riegel, B., Dickson, V. V. (2008). A situation-specific theory of heart failure self-care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(3):190-196.
- Riegel, B. et al (2009). Heart failure self-care in developed and developing countries. *Journal of Cardiac Failure*, 15(6): 508-516.
- Siabani, S., Driscoll, T., Davidson, P. M., Leeder, S. R. (2014). A randomized controlled trial to evaluate an educational strategy involving community health volunteers in improving self-care in patients with chronic heart failure: Rationale, design and methodology. *Springer Plus*, 3(1): 1-6.

AUTORES/AUTHORS:

Yasue Yamazumi, Akira Kitagawa, Fumiko Yasukata

TÍTULO/TITLE:

Research on turnover of new nurses in Japan in their first Eight Months of Employment

Purpose

According to the Japanese Nursing Association, the newly graduated nurse's turnover rate continued to decrease between 2009 and 2013. The turnover rate of newly graduated nurses in 2013 was 7.5%.

When converting the 7.5% turnover rate of newly graduated nurses to 62,843 new employees (Ministry of Health, Labor and Welfare, 2013a), it is equivalent to 4,700 graduates from 60 nursing colleges resigning early from their jobs.

Compared to the turnover rate of 12.5% for all new hires who graduated from college in 2011 this turnover rate for nurses is not particularly high (Ministry of Health, Labor and Welfare, 2013b). However, considering that one in eleven new hires in the specialized profession of nursing leaves his or her job, measures designed to prevent job separation are clearly necessary.

The reason of this is not only the support system in the workplace, but also more complex causes such as stressors and a lack of stress coping abilities in individuals.

Therefore, the present study aimed to clarify the correlation between the desires of new nurses to leave their job eight months after being hired with sense of coherence, the General Health Questionnaire, the Adolescent Resilience Scale in order to identify suggestions that could assist in establishing measures to prevent job separation.

Methods

Survey requests were made to directors of nursing at accredited hospitals in fifteen Prefectures.

Self-administered questionnaires were distributed to 167 novice nurses hired in November 2013 at 53 hospitals from which consent was obtained. Returning the questionnaire constituted consent to participate in the study, and responses were collected from 91 individuals (response rate 54.4%) by mail. After excluding the questionnaires of over 40 age three individuals, 86 individuals (valid response rate 94.5%) were subject to analysis.

The questionnaire surveyed basic attributes such as age, sex, and basic educational background, comprised the 13 items in the simplified Japanese sense of coherence scale (SOC) (Yamazaki, et al., 2008), The Japanese version of the 30 items General Health Questionnaire (GHQ-30) (Nakagawa, et al., 1985), and 21 items in the Adolescent Resilience Scale (ARS) (Oshio, et al., 2003).

The 13 question items from the sense of coherence involved selecting 1 of 7 answers from "I completely agree" to "I completely disagree," with the lowest possible score being 7 points and the highest score 91 points. The Cronbach's alpha was 0.721.

The responses for the 30 question items were rated on a four-point Likert scale (0-1-2-3). The Likert scale was transformed into GHQ score (0, 0, 1, 1) for the analysis of validity. A person with a high GHQ score (≥ 8) is considered to have a high level of psychological distress (Kitamura, et al., 1989). This cutoff value has been used in several previous epidemiologic studies in Japanese populations. The Cronbach's alpha was 0.894.

The 21 question items from the Adolescent Resilience Scale involved selecting 1 of 5 answers with the lowest possible score being 21 points and the highest score 105 points. The Cronbach's alpha was 0.887.

The desire to leave their job was measured by asking respondents to select the appropriate response from a five-item scale regarding whether they wanted to quit being a nurse and leave the hospital. Sequential regression analysis was performed using "I want to quit being a nurse" as the dependent variables and basic attributes, SOC, GHQ, and ARS as independent variables.

The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for windows (version 21.0) was used for data entry and analyses.

Ethical considerations

In regard to ethical considerations, we explained the following to subjects: responding to the questionnaire constituted consent to participate in the study; subjects would not suffer any disadvantages by refusing to participate; and identities would be protected by making questionnaires anonymous. This survey was conducted with the approval of the ethics committee of Fukuoka Prefectural University.

Results

Participants' mean age was 24.63 ± 5.19 , ranging from 20 to 39 years old. Males comprised 9.3% and females 90.7% of the sample. Novice nurses who had "often" or "sometimes" thought of quitting nursing accounted for 59.3%; 40.7% nurses had "often" or "sometimes" thought of resigning from the hospital.

The average SOC score for all respondents was 48.91 ± 9.15 , with the highest score at 75 and the lowest score at 23.

The average GHQ-30 score for all respondents was 11.95 ± 6.44 , with the highest score at 28 and the lowest score at 0. The proportion of subjects with a GHQ-30 score greater than or equal to eight was 74.4%.

The results of the sequential regression analysis showed that the factors that had a correlation with "I want to quit being a nurse" included "GHQ" ($B = -0.23^{***}$) (Cox and Snell's false R-square = 0.315) ($^{***}p < 0.001$).

Discussion

Burnout leading to leaving one's job is thought to be correlated to psychological distress as overwork rather than personal factors. The GHQ-30 has been widely used to evaluate a person's general mental health status or psychological distress levels, and the prevalence of high GHQ-30 scores in the population studied can be compared to other Japanese public health nurses and hospital nurses.

Nagata et al., (1993) reported the proportion of subjects with a GHQ-30 score greater than or equal to eight was 41.7% for Japanese public health nurses and 46.2 for hospital nurses.

To provide support for newly graduated nurses to continue in the profession without quitting, it is important for the newly graduated nurse to be accepted as a member of the team, for good human relations to be established, and for practical abilities to be enabled, with supervisors providing concrete, practical support to this end.

Conclusion

For new nurses, the factors correlated with "I want to quit being a nurse" included "General Health Questionnaire."

An appropriate learning environment should be constructed that enables novice nurses to acquire, utilize, and enhance their technical skills and thus confidently apply such skills; adequate support systems for technical guidance, etc. should also be provided.

It is important that measures to prevent nurses quitting their jobs reduce the psychological burden of work, sense of exhaustion, and stress from interpersonal relations at the workplace while at the same time increasing the sense that work is rewarding and satisfaction with job and life.

In this study, 86 new nurses from fifteen Prefectures were written with the candidate, and there were few candidates. Furthermore, as it was a cross-sectional study, there is a limit in the specification of causal relationships.

Further research should consider broader regions and samples; longitudinal studies should be conducted.

Acknowledgment

This work was supported by Japan Society for the Promotion of Science KAKENHI Grant Number 24593237.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Antonovsky A. (1996): The sense of coherence. An historical and future perspective. *Israeli Journal of Medical Science*, no.32, pp.170-178.
- Fothergill A, Edwards D, Burnard P. (2004): Stress, Burnout, Coping and Stress Management in Psychiatrists: Findings from a Systematic Review. *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 50, no.1: pp.54-65.
- Japan Nursing Association: 2014 survey on supply and demand of nursing in hospitals, http://www.nurse.or.jp/up_pdf/20150331145508_f.pdf (accessed on 2015/10/10).
- Kitamura T, Sugawara M, Aoki M, Shima S. (1989): Validity of the Japanese version of the GHQ among antenatal clinic attendants. *Psychological Medicine*, 19(2), pp.507-511.
- Ministry of Health, Labor and Welfare. (2013a). Performance reporting of the 2011 newly graduated nurse training business enforcement medical institution. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000029075>. (accessed on 2014/01/08).
- Ministry of Health, Labor and Welfare. (2013b). Labor market analysis report, 23. http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/roudou_report/dl/20131029_03.pdf (accessed on 2014/01/08).
- Nagata K, Moji K, Takemoto T, Ogawa T, Ichinose T & Kita Y. (1993): A Comparative Study on Psychological Stress between Public Health and Hospital Nurses by The General Health Questionnaire. *Journal of Health and Human Ecology*, 59(4), 99.pp.186-195.
- Nakagawa Y, Daibo I. (1985): Japanese version of the General Health Questionnaire, Nihon Bunka Kagakusha, Tokyo.
- Ogresta J, Rusac S, Zorec L. (2008): Relation between burnout syndrome and job satisfaction among mental health workers. *Croat Med J*, no.49: pp.364-374.
- Oshio, A., Kaneko, H., Nagamine, S., & Nakaya, M. (2003): Construct validity of the Adolescent Resilience Scale. *Psychological Reports*, 93 (99). Pp.1217-1222.
DOI: 10.2466/pr0.2003.93.3f.1217
- Tamai Y, Kageyama T, Maeda H. (2007): Self-expression attitude of senior nurses toward novice nurse from the aspect of assertion theory. *The Japanese journal of mental health*, vol.22, no.2: pp.66-79.
- Togari T.(2008): Social determinants and developmental factors of sense of coherence in 20 to 40 years old population, Discussion Paper Series, University of Tokyo Institute of Social Science Panel Survey, no.5 : pp.1-43.
- Yamazaki Y, Togari T, Sakano J. (2008): Sense of Coherence SOC, Tokyo: Yusindo.

AUTORES/AUTHORS:

Seher ÜNVER, Zeynep KIZILCIK ÖZKAN, Ümmü YILDIZ FINDIK, Çağla SÜRÜCÜ

TÍTULO/TITLE:

INTERVENTIONS AND ATTITUDES TOWARDS PRESSURE WOUND PREVENTION OF NURSES WORKING IN SURGICAL UNITS

Objectives: Pressure wound is a common health problem in hospitalized patients affects life quality, causes pain and financial losses (1). Prevention of pressure wounds needs a multidisciplinary team approach and nurses play a key role (2). They should know the risk factors in development of pressure wounds in patients and apply prevention interventions. Knowledge level of nurses and their attitudes towards the pressure wound prevention may affect their interventions (3,4). In this study, it was aimed to identify nurses' interventions and attitudes towards pressure wound prevention who work in surgical units.

Methods: This study was carried out in a descriptive and cross-sectional study design between March 31-May 16, 2016 on 101 voluntary nurses (66.01% of all nurses) working in surgical units of a university hospital in west of Turkey. For data collection, "Attitude towards Pressure Ulcer Prevention Instrument" and a form which consists of socio-demographics and questions to investigate nurses' knowledge and interventions towards preventing pressure wounds were used. Nurses were informed about this study and their verbal permission was taken. Ethical permission was also taken from Medical Faculty Ethic Commission of Non-invasive Clinical Trials. Data collection forms were performed in almost 15 minutes. Frequency statistics, Mann-Whitney U, chi-square, independent samples t test and correlation tests were used for data analyzing.

Results: The mean age of nurses' was 32.0 ± 6.33 years, mean clinical experience was 72.37 ± 61.01 months and mean scale score was found to be 41.89 ± 4.82 (80.55%). According to their working areas 54.5% of them were from clinics, 40.6% had taken an education about pressure wound care. There was a statistically significant difference between taking an education and total scale score ($p < 0.05$). It was found that the mean score of subscale "personal competency to prevent pressure wounds" was significantly higher in educated group ($p < 0.001$). Eighty-six (85.1%) of the nurses gave pressure wound care during their clinical experiences and the most applied method was changing position of the patient (95.3%), keeping the skin dry and clean (90.7%) and using air-filled beds and similar mattresses (90.7%).

Discussion and Conclusion: According to a study, average score of nurses on the Attitude towards Pressure Ulcer Prevention Instrument was found as 84.12% (5). In Tubaishat et al's study (2013) it was found that experienced nurses had a more positive attitude towards pressure ulcer prevention than other nurses, similar to our study findings, statistically significant difference was found between taking an education and total scale score. Similarly, in Dogu's study (2015) nurses' knowledge score about pressure wound care was 8.50 ± 1.97 before education and 13.14 ± 1.75 after education. In Kallman and Suserud's study (2009), 37% of the nursing staff agreed routine for pressure ulcer prevention in their unit. In our study, 85.1% of all nurses had given at least once pressure wound care during their clinical experiences. Similarly, in Strand and Lindgren's study (2010), pressure relief had the highest rate among preventive measures of nurses. In a study only 16% of the nurses and nursing assistants indicated that repositioning while seated in a chair was important (10).

As a result of this study, the total scale score shows that nurses had a positive attitude towards pressure wound prevention and taking an education about pressure wound care have a positive effect on nurses' knowledge. It is recommended to organize effective in-service education programs at hospitals or make them to attend courses may help them to meet their knowledge needs.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Gül S (2014) Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Basınç Ülseri Gelişiminin Önlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemsirelik Fakültesi Dergisi, 1(3): 54-61.

2. Yavuz M, Kir S, Yucesoy F (2011) Basınç Yarasi Prevalansi. 7. In: Turk Cerrahi ve Ameliyathane Hemsireligi Kongresi, Kongre Kitabı; p. 266-71.
3. Pancorbo-Hidalgo PL, Garcia-Fernandez FP, Lopez- Medina IM, Lopez-Ortega J (2004) Pressure ulcer care in Spain: nurses' knowledge and clinical practice. *J Adv Nurs*, 58(4):327-38.
4. Beeckman D, Defloor T, Schoonhoven L, Vanderwee K (2010) Knowledge and attitudes of nurses on pressure ulcer prevention: a cross-sectional multicenter study in Belgian hospitals. *Worldviews Evid Based Nurs*, 11(8):166-76.
5. Aslan A, van Giersbergen MY (2016) Nurses' attitudes towards pressure ulcer prevention in Turkey. *Journal of tissue viability*, 25(1): 66-73.
6. Tubaishat A, Aljezawi M, Qadire M (2013) Nurses' attitudes and perceived barriers to pressure ulcer prevention in Jordan. *J Wound Care*,22(9):490-97.
7. Dogu Ö (2015) Yogun Bakim Hemsirelerinin Basi Yarasi, Bakimi ve Bakim Ürünleri Kullanimina Iliskin Bilgi ve Uygulamalarinin Degerlendirilmesi. *Journal of Human Rhythm*, 1(3): 95-100.
8. Kallman U, Suserud B (2009) Knowledge, attitudes and practice among nursing staff concerning pressure ulcer prevention and treatment: a survey in a Swedish healthcare setting. *Scand J Caring Sci*, 23:334-41.
9. Strand T, Lindgren M (2010) Knowledge, attitudes and barriers towards prevention of pressure ulcers in intensive care units: a descriptive cross-sectional study. *Intensive and critical care nursing*, 26(6): 335-342.
10. Demarre L, Vanderwee K, Defloor T, Verhaeghe S, Schoonhoven L, Beeckman D (2012) Pressure ulcers: knowledge and attitude of nurses and nursing assistants in Belgian nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 21(9-10): 1425-1434.

AUTORES/AUTHORS:

Eylem PASLI GÜRDOĞAN, Nihal ÜNALDI, Handan ALAN, Hanife SEN, Berna AKSOY

TÍTULO/TITLE:

NURSES' CULTURAL INTELLIGENCE LEVELS AND AFFECTING FACTORS

Objectives:

It is partly easy to accord in between individuals who have the same cultural values but it is reasonably difficult to accord in between individuals who have different values and cultures. Experiences and attempts, educational level, personal and societal biases or personality characteristics must be basic restrictives of this situation. Cultural intelligence is expressed as competency and flexibility to understand cultures better, attain knowledge more about the subject of mutual communication with individuals who have different cultures and provide changes in our personal pinions about individuals who have different cultures in the lenght of time¹. In the other definition cultural intelligence is capacity of individual to arrange own behaviors according to requirements of cultures interacting with individual and accord to cultural differencies. Cultural intelligence assist individuals who have different cultures to understand each others, proceed in with common ground, establish effective relations. Therefore it is possible to say all working people in companies especially global service companies need to have cultural intelligence which is a term contains attitudes, behaviors and understanding skills of individuals to different cultures 1-3.

Globalization has also affected health services and ealth services have become global qulity as well as local. Requierement of providing health service to patients who have different cultures in the hospitals appears in with developing health tourism⁴. Thus it becomes important that workers take care cultural characterisrics in relations each others and patient to provide effective health service and maintain patient satisfaction.

Nurses should have knowledge about communication features and lifestyles, provide care to patients in different cultures, get to know different cultures in the globalized world. It is believed that the cultural intelligence of nurses affect care by understanding the need to help care individuals from different cultures.

Thes tudy wa splanned as a descriptive and aimed to determine the level of cultural intelligence of nurses (CQ) and affecting factors.

Methods:

After obtaining the necessary authorizations, this study was carried out with 322 nurses who worked in a Training and Research Hospital in Istanbul, Turkey and agreed to participate in the research (N=528).

The study's data wasc ollected with The Cultural Intelligence Scale (CQS) and survey form. Survey questions, which is thought to be associated with cultural intelligence, include nurses' socio-demographic characteristics and nurses' interests such as reading books, traveling, meeting new people and the emotion that is felt when one enters a new environment. Cultural intelligence scale which aim to reveal perceptions of individual about the culture, was measured by Ang et al.'s in 2007. The scale have been adapted toTurkish culture by Sahin et al.'s in 2012. The scale be 7 likert types consists of 20 items and 4 subscales which are meta-cognitive (4 item), cognitive (6 item), motivational (5 item)and behavioral intelligence (5 item). The scale's maximum point is 140 and minimum point is 20. A high score obtained from scale demonstrates that level of cultural intelligence of individual is high 2,5. The data was assessed with averages, percentages, student's t-test in the independent groups and oneway ANOVA analysis in the SPSS program. A p-value <= 0.05 was considered statistically significant.

Results:

Average age of nurses who participate in the study is 33.08±8.27. 86.6% of them are female, 51.9% of them are married and 48.1% of them are graduated licence. Average of cultural intelligence scale total points of nurses was 97.79±19.46. It was found that nurses got 21.91±4.38 points from upper cognitive intelligence dimension, 24.96±7.64 points from cognitive intelligence dimension, 25.53±5.77 points from motivational intelligence dimension, 25.39± 5.92 points from behavioral intelligence dimension.

Levels of cultural intelligence of nurses at manager positions and graduated master's degree were high ($p < 0.05$). It was determined that levels of cultural intelligence of nurses who take an interest in different cultures, were present in abroad and enjoy to voyage were high ($p < 0.05$).

Discussion:

To take into consideration cultural characteristics of patients as well as individual characteristics in providing effective and high quality health service is important to maintain patient satisfaction. At the same time communication which is established attentively to care cultural characteristics strengthens team works. Cultural intelligence is the most favourable indicator of sensibility of cultural characteristics⁴. In this study it was investigated that impact of cultural intelligence levels and some socio-demographic characteristics of nurses on cultural intelligence.

In the end of the study, cultural intelligence points of nurses is determined as 97.79 ± 19.46 . That this level is far from mean point of the scale makes us think cultural intelligence levels of nurses who participate in our study is high. Nevertheless that it has not been classified about cultural intelligence levels yet makes difficult to interpret point in study carried out.

Correspondingly in the study was carried out by Isçi et al. it was also found that cultural intelligence levels of workers in hospital were high and pointed out difficulties on interpretation⁴.

Ahancian et al. determine that cultural intelligence levels of nurses are mediate levels in their studies⁶. Nursing care were created according to requirements of individuals. To take care cultural differences is most important to meet this requirements⁷. It is expected that cultural intelligence levels of nurses must be high to provide culture sensitive health care in societies in which many different cultures meet as Turkey.

When it is analyzed points of nurses getting from sub-dimensions of cultural intelligence scale it is seen that cognitive cultural intelligence level is at the upper first line and motivational cultural intelligence level is at the second line. Nurses meet the many patient in their professional experiences and this interaction increase their knowledge levels about different cultures. It was found that cultural intelligence levels of nurses vary according to educational level and working positions ($p < 0.05$).

Cultural intelligence levels of nurses who graduated master's degree and managers are higher. Referring to literature, it hasn't been able to correlate between educational level, positions in the institutions and cultural intelligence in the studies of Aksoy (2012) and Isçi et al^{4,8}.

Mercan, emphasized that individuals working at management degree takes place important role to accord cultural differences⁹. High levels of cultural intelligence of nurses will facilitate to collaborate nurses who have different cultures as well as provide culture sensitive health care.

It was determined in this study cultural intelligence levels of nurses who takes an interest in different cultures, were present in abroad and enjoy to voyage were higher ($p < 0.005$). Cultural sensitivity of individuals who were present different places and try to familiarize different cultures will be higher. Thus it is expected situation that cultural intelligence levels of them are high.

Conclusions: Cultural intelligence is important for transcultural care. This study found that, cultural intelligence levels of nurses were high. The high level of cultural intelligence will help nurses to culture-specific care giving.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

References

1. Thomas, D., Elron, E., & Stahl, G. Cultural intelligence: Domain and Assessment. *International Journal of Cross Cultural Management* 2008;(8):123-143
2. Ang, S., Van Dyne, L., Koh, C.K.S., Ng, K.Y., Templer, K.J., Tay, C. and Chandrasekar, N.A. Cultural intelligence: Its measurement and effects on cultural judgment and decision making, cultural adaptation and task performance. *Management and Organization Review* 2007;3(3):335-371.

3. Sahin F. Liderin kültürel zekasinin astların örgütsel vatandaşlık davranisi ile is doyumunu üzerine etkisi. (Effects of Leader Cultural Intelligence on Subordinates Organizational Citizenship Behavior and Job Satisfaction) Savunma Bilimleri Dergisi 2011;10(2): 80-104.
4. Isçi E.,Söylemez Ö., Kaptanoglu A.Y. Örgütlerde kültürel zeka ve hastane isletmelerinde kültürel zeka düzeyinin belirlenmesine yönelik bir arastirma. (A research conducted to determine cultural intelligence level in hospital management) Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2013;4(5):1-18.
5. Sahin, F., Gürbüz, S., Köksal, O., & Ercan, Ü. Measuring Cultural Intelligence in the Turkish context. International Journal of Selection and Assessment 2013;21(2):135-144.
6. Ahanchian MR., Amiri R., Bakshi M. Correlation between cultural intelligence and social interaction of nurses. Journal of Health Promotion Management 2012;1(2):44-53.
7. Tortumluoglu G., Okanlı A.,Özer N. Hemsirelik Bakiminda Kültürel Yaklasim ve Önemi. Journal of Human Sciences 2004;1:1-12
8. Aksoy Z. Kültürlerarası iletisim ve yönetimde basarinin anahtari: Kültürel zeka, yeni iletisim teknolojileri ve toplumsal dönüşüm, II. Uluslar arası iletisim Sempozyumu, 2-4 Mayıs 2012, Turkey Manas University.
9. Mercan N. Çok kültürlü ortamlarda kültürel zekznin kültürler arası duyarlılık ile iliskisine yönelik bir arastirma. (A study on the relationship between cultural intelligence and inter-cultural sensitivity in multy-cultural encironments) Nigde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi 2016;9(1):1-13

Sesión de Comunicaciones Orales Breves V

Session of Oral brief Presentations V

AUTORES/AUTHORS:

VERONICA VELASCO GONZALEZ, CAROLINA GONZALEZ HERNANDO, CARLOS DURANTEZ FERNANDEZ

TÍTULO/TITLE:

Uso de redes sociales y blogs de estudiantes "Millennials" de Grado en Enfermería: retos para la Educación Superior

Objetivos: Describir y comprender cómo los estudiantes de enfermería utilizan las redes sociales y los blogs para fines académicos y sociales.

Material y Métodos: Estudio descriptivo y transversal, a los alumnos de 1º y 2º de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Valladolid. Se administró un cuestionario anónimo, en 2015, con las variables: edad, sexo, acceso a la universidad, frecuencia uso de internet, lugar y dispositivo de conexión, grado de conocimiento de Facebook, twitter, de google+, LinkedIn, Pinterest, Tuenti, Instagram, Moodle, correo electrónico, navegar por internet, blog, YouTube, google apps, Smartphone y uso de blogs para aumentar sus conocimientos.

Para el análisis de datos se usó SPSS V 23. Las variables cualitativas se presentan en porcentajes y frecuencias, y las continuas en medias y desviación estándar (DE). Se siguió la Ley Orgánica 15/1999, Protección de Datos de Carácter Personal.

Resultados: Se obtuvo una participación del 91,6% (n=229). La media de edad fue 19,8 años (DE \pm 3,6), y el rango 18-51 años. El 80,3% (n=184) fueron mujeres, que accedieron a través de bachillerato; 76,9 % (n=176).

Un (95,2%), se conectaban varias veces al día, desde sus casas, n=226 (98,7%) y/o las instalaciones de la universidad, n=203 (88,6%); con el Smartphone, 96,1 % (n=220) y/o el ordenador portátil, 85,5% (n=189).

El 74,7% (n=171) refirió no conocer LinkedIn. Google+ fue la que mayor uso académico tuvo, n=58 (25,3%). El nivel de conocimiento fue medio en más de un 50%; y en un 80,4% (n=184) para el Smartphone. Por otro lado, un 48,4% (n=111) indicaron tener conocimientos bajos en relación al uso de blogs frente al 46,3 % (n=106) con conocimientos medios. Únicamente el 43,2 (n=99) utiliza blogs u otras aplicaciones para aumentar su conocimiento sobre enfermería

Discusión e implicaciones para la práctica: La Generación Millennials comprende a los nacidos entre los años 1981 y 2000, a día de hoy tienen menos de 35 años y nació con Internet siendo la principal herramienta para distintos ámbitos de su vida. Con los resultados de nuestro estudio se comprueba que los alumnos se sienten cómodos utilizando tecnologías digitales. Las redes sociales más utilizadas son Facebook y twitter y suponen en los estudiantes, un medio de interacción para comunicarse con sus amigos y no para fines académicos. Llama la atención los escasos conocimientos sobre el uso de los blogs que indica la necesidad de reforzar estas herramientas siendo cada vez más importante la e-salud que precisa del manejo tecnológico de los profesionales de enfermería.

A destacar las ventajas de los medios sociales aplicados a la educación en el desarrollo de la creatividad, potencia el aprendizaje sin distancias, facilita la función investigadora, la transferencia de conocimientos y el aprendizaje colaborativo.

Las funcionalidades de interacción en tiempo real y diferido, colaboración, divulgación de contenidos académicos y científicos dan cuenta de la utilidad y valor de estas herramientas hasta ahora poco utilizadas en la enseñanza universitaria. Se consideran instrumentos para pensar, aprender, conocer y transmitir los conocimientos adquiridos y habría que aprovechar su gran potencial para una educación adaptada a los nuevos estudiantes de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

XX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. A Coruña 2016. - 20th International Nursing Research Conference. A Coruña 2016.

- Alonso, G. (27 de 04 de 2016). Millennials y Generación Z:el gran reto de la educación. Obtenido de <http://gonzalo-alonso.com/millennials-y-generacion-z-el-gran-reto-de-la-educacion/>
- Bernal Galindo, R. (2015). Herramientas Telemáticas para la Comunicación Educativa: Catalogación, Análisis y Posibilidades de uso de los blogs. Murcia: Universidad de Murcia. doi:file:///C:/Users/Carolina/Downloads/TRBG.pdf
- Dowling, C. (2015, 01 07). The Connected Generation. Retrieved from http://www.huffingtonpost.com/christa-dowling/the-connected-generation_b_6117108.html
- Esteve Mon, F., Gisbert Cervera, M., & Lázaro Cantabrana, J. (2016). La competencia digital de los futuros docentes:¿cómo se ven los actuales estudiantes de educación? *Perspectiva Educativa*, 38-54.
- Johnson, L., Adams Becker, S., Cummins, M., Estrada, V., Freeman, A., & Hall, C. (2016). The NMC Horizon Report 2016 Higher Education. Austin,Texas: The New Median Consortium. Retrieved 08 01, 2016, from <http://cdn.nmc.org/media/2016-nmc-horizon-report-he-EN.pdf>
- Kung, Y. (2014). Characteristics of nurses who use social media. *Comput Inform Nurs.* 2014, 32(2), 64-72. doi:10.1097/CIN.0000000000000033.
- L.Carroll, C., Bruno, K., & vonTschudi, M. (2016). Social Media and Free Open Acces. *Medical Education: The Future of Medical and Nursing Education? Am J Crit Care*, 25, 93-96.
- Mayol, J. (2016). La integración del flujo de la tecnología en el flujo del trabajo del profesional sanitario. Retrieved from <http://www.comparteinnovacion.philips.es/entornos-saludables/articulos/la-integracion-de-la-tecnologia-en-el-flujo-de-trabajo-del-profesional-sanitario-parte-1>
- Molona Aventosa, P., Valenciano Valcárcel, J., & Valencia-Peris, A. (2015). Los blogs como entornos virtuales de enseñanza y aprendizaje en Educación Superior. *Revista Complutense de Educación*, 26.
- Net-Learning (Director). (2016). Webinar Millennials y GenZ: Un desafío para el mundo educativo y laboral [Motion Picture]. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=HZA0b7LxoD4&feature=share>
- Papastavro, E., Hamari, L., Fuster, P., Istomina, N., & Salminen, L. (2016). Using blogs for facilitating and connecting nurse educator candidates. *Nurse Education Today*, 45, 35-41.
- Redacción Médica. (2016, 07 16). De la Consulta de Enfermería al estrellato en la red. Retrieved from <http://www.redaccionmedica.com/la-revista/reportajes/de-la-consulta-de-enfermeria-al-estrellato-en-la-red-5190>

AUTORES/AUTHORS:

ANSELMO JOSE MONTES AGUILERA, JAVIER JIMENEZ BENITEZ

TÍTULO/TITLE:

CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA ¿LOS PROFESIONALES ESTAMOS PREPARADOS?

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas entre un 70-80% de las personas vive su proceso de muerte en centros sanitarios. Aproximadamente un 20% en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)(1); convirtiendo así la gestión del proceso de muerte en crucial para las instituciones dedicadas a la salud (2).

La avanzada y alta tecnificación de las unidades de críticos pueden llevar a la prolongación artificial de la vida, a la incapacidad para identificar a un paciente como terminal, dando lugar a medidas fútiles que aumentan el encarnizamiento terapéutico, el sufrimiento y la agonía (3). En este marco y en el plano ético nace la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET)(4).

Los profesionales de UCI, somos testigos del sufrimiento al final de la vida, y parte activa en la toma de decisiones de LET, así como el paciente y su familia.

OBJETIVO.

Conocer la opinión de los profesionales de UCI tras la puesta en marcha del protocolo LET.

METODOLOGÍA.

Estudio cuantitativo descriptivo transversal que se realiza durante mayo 2016. En diciembre 2015 se presenta el protocolo de LET en la unidad con sesiones para su conocimiento, difusión e implantación.

Se lleva a cabo en la UCI del Hospital Universitario Son Espases, hospital de tercer nivel, de referencia de las Illes Balears, con una población asignada de 320.215 habitantes.

Tiene 32 camas y está dividida en 4 unidades: postoperados cirugía Cardíaca, Coronarios, Medicoquirúrgica y Neurotrauma.

Población a estudio: enfermeras y Auxiliares Enfermería (AE) con un mínimo de antigüedad de 1 año en UCI ininterrumpidamente, de manera voluntaria y anónima. Criterios de exclusión; personal de nueva incorporación, de baja, vacaciones o que no quieran participar.

Se entrega un cuestionario "ad hoc", multirespuesta, según escala de likert del 1 al 4 de "muy de acuerdo" a "nada de acuerdo", que nos va a permitir medir actitudes, opiniones y conocimientos de los encuestados.

Variables a estudio: edad, sexo, categoría profesional, años de experiencia en cuidados intensivos, unidad y creencias.

RESULTADOS.

De un total de 120 personas que cumplen los criterios de inclusión, se obtiene una muestra total de 80 profesionales, de los cuales el 74,1% son enfermeras (48,1% mujeres y 25,9% hombres), y el 25,9% AE. La media de edad se situó en 37 años.

Los profesionales tienen una experiencia laboral media en cuidados intensivos de 9-13 años.

Respecto a la necesidad de un protocolo LET en la unidad el 87,7% está totalmente de acuerdo, el 92,6% sabe de su existencia aunque solo lo conoce un 50% de los encuestados.

Un 58% opina que la familia es decisiva en la toma de decisiones y un 86,4% piensa que estas decisiones deben estar consensuadas entre el equipo multidisciplinar, donde la opinión de la enfermería debe ser tomada en cuenta como agente mediador entre la familia y el equipo, pudiendo aportar decisiones relevantes para el cuidado.

El 44,4% opina que los procedimientos terapéuticos y diagnósticos son excesivos en muchas ocasiones llegando hasta el encarnizamiento terapéutico en algunos casos y más del 56% cree que los cuidados paliativos son muy necesarios en UCI y deben coexistir con los cuidados críticos.

El 86,4% piensa que las creencias del personal sanitario influyen en la toma de decisiones y aunque hay un porcentaje importante

que no responde a la pregunta sobre sus creencias mas de la mitad de las mujeres se declaran católicas mientras que ellos dicen ser ateos.

El 37% manifiesta que se necesita una mayor formación en el cuidado y manejo de pacientes terminales y sus familiares para mejorar la calidad de los cuidados y conseguir descender la tasa de ansiedad de los profesionales.

DISCUSIÓN.

Los resultados ponen de manifiesto una situación real en la que deben desarrollarse mayores sesiones de formación y difusión para que el protocolo sea conocido por todo el personal y así mejorar la calidad en el cuidado del paciente en la última etapa de su vida.

Limitación por curva de aprendizaje.

Las enfermeras refieren vivir con malestar y angustia la gestión de la muerte en la institución sanitaria y la promoción de actividades de formación y comunicación puede mejorar esas relaciones, tanto con la familia como con el resto de miembros de equipo interprofesional.

IMPLICACIÓN PARA LA PRACTICA CLÍNICA

Queda patente en el estudio que la mayoría del personal está en contra del encarnizamiento terapéutico, lo que tiene que llevar a una evaluación ética de los profesionales con el paciente y para poder ofrecerle una muerte digna.

En cuanto a los resultados sobre la puesta en marcha y desarrollo del protocolo de Limitación del Esfuerzo Terapéutico, éstos van a permitir definir las estrategias más apropiadas para el mejor cuidado del paciente al final de su vida.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA

1. Cabré LI, Abizanda R, Baigorri F, et al. Grupo de Bioética de la SEMYCIUC. Código Ético de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. *Med Intensiva* 2006; 30:6873
2. Montoya Juarez R. Morir. Una revisión bibliográfica sobre experiencias de investigación cualitativa. *Evidentia* 2006 Sept-Oct 3(11). En: <<http://www.index-f.com/evidentia/n11/259articulo.php>> [ISSN 1697-638X]
3. Robichaux CM, Clark AP. Practice of Expert Critical Care Nurses in Situations of prognostic conflict at the End of life. *Am J Crit Care*. 2006;15:480-91.
4. Sanchez Miranda JM, Gutierrez CA. Aspectos éticos acerca de los cuidados en etapas terminales de la vida en Unidades de Cuidados Intensivos. *Rev Cub Med Int Emerg*. 2003; 3(1): 97-110.
5. Brito Brito PR, Reverón Brito D. La enfermería ante la muerte. *Metas Enfermería*. 2006;9:29-32.
6. Cohen S, Sprung C, Sjøkvist, et al. Communication of endoflife decisions in European Intensive care units. *Intensive Care Med* 2005; 31:121521.
7. Ferrand E, Lemarie F, Regnier B, et al. Discrepances between perceptions by physician and nursing staff of intensive care unit endoflife decisions. *Am J Respir Crit Care Med* 2003;167:1310-5
8. Falcó-Pegueroles A. La enfermera frente a la limitación del tratamiento de soporte vital en las unidades de cuidados intensivos. Aspectos técnicos y prácticos a considerar. *Enferm Intensiva* 2009;20:104-9.

9. Alvarado NM. Ética en medicina. No reanimación. Red de sociedades científicas medicas venezolanas. Modulo IV: Ética y ejercicio profesional. Disponible en <http://www.informedonline.com.veCONSOCIE/iencuentro/nmduloiv.htm>
10. Cook D, Rocker G, Heyland D. Dying in the ICU: strategies that may improve end-of-life care. *Can J Anaesth.* 2004;51:266-272.
11. Cook D, Rocker G, Giacomini M, Sinuff T, Heyland D. Understanding and changing attitudes toward withdrawal and withholding of life support in the ICU. *Crit Care Med.* 2006; 34(11): 317-323.
12. Cabré Pericas L, Solsona Durán J; SEMICYUC. Limitación del Esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. *Med Intensiva.* 2002;26-(6): 304-11
13. Falcó-Pegueroles A. Cuidar siguiendo los valores y principios éticos propios de la enfermería. *Enferm Clínica.* 2005;15(5):287-90
14. Muñoz Camargo JC et al. Limitación del Esfuerzo Terapéutico. Opinión de los profesionales. *Enfermería Intensiva.* 2012;23(3):104-114.

AUTORES/AUTHORS:

Manoli Cantillo Monjo, Sandra Ezquerro Samper

TÍTULO/TITLE:

Necesidades de cuidados en el final de vida del paciente EPOC

OBJETIVOS

- Evaluar la eficacia del instrumento NECPAL como herramienta predictiva de necesidades de atención y cuidados paliativos en pacientes diagnosticados de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).
- Determinar si existen diferencias en la identificación entre los profesionales que atienden habitualmente estos pacientes.

JUSTIFICACIÓN

El desarrollo de una enfermedad pulmonar crónica altera la calidad de vida del enfermo asumiendo que el concepto "calidad de vida" es complejo, global, inclusivo y multidisciplinario. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) tiene un impacto importante en la calidad de vida debido a la disnea, la insuficiencia respiratoria y las exacerbaciones lo que lleva a una disminución en las actividades de la vida diaria y las relaciones sociales, aumentando la dependencia significativa y el aislamiento social. Los cuidados paliativos son las atenciones que se proveen para mejorar la calidad de vida de los enfermos en situación de fin de vida teniendo como objeto prevenir y/o tratar los síntomas así como todos los efectos secundarios del tratamiento y los problemas psicológicos, sociales y espirituales.

La Estrategia en Cuidados Paliativos del SNS 2010-2014, destaca que éstos no se deben limitar únicamente a los últimos días de vida, sino, que se deben aplicar progresivamente a medida que la enfermedad avanza y en función de las necesidades. El instrumento NECPAL se presenta como una herramienta de identificación de pacientes en situación de enfermedad crónica avanzada y pronóstico de vida limitado con necesidades de atención paliativa.

MÉTODOS

Se realizó un análisis descriptivo, observacional y de evolución de los resultados obtenidos entre marzo de 2014 a septiembre de 2015 en el Hospital Universitario de Vic (HUV) de la comarca de Osona (Barcelona). Se incluyeron pacientes diagnosticados de EPOC en tratamiento de oxigenoterapia domiciliaria con un mínimo de 3 meses de tratamiento con seguimiento por el Servicio de Neumología del HUV. Se obtuvo una muestra de 75 sujetos.

Se utilizó el instrumento NECPAL propuesto para identificar pacientes con necesidades de atención y cuidados paliativos combinando evaluaciones de percepción subjetiva (pregunta sorpresa), demanda y necesidad percibida, parámetros de severidad y progresión de la enfermedad, síndromes geriátricos, aspectos emocionales, comorbilidad y uso de recursos. Se considerará la identificación positiva con la respuesta negativa a la pregunta sorpresa.

Se efectuó un análisis descriptivo de las variables de interés recogidas y se calculó el índice de Kappa para valorar el grado de concordancia en la identificación.

RESULTADOS

Sociodemográficos: hombres 62,7%, mujeres 37,3%, edad media 73,67±10,75.

Clínicos: los indicadores funcionales revelaron que el 40% presentaba deterioro funcional con pérdida de 2 o más ABVD; mostraba distrés emocional el 13,3% y el uso de recursos quedaba representado por un 30,7% de pacientes con más de 2 ingresos el último año, precisando de cuidados de complejidad el 14,7%. Presentaban comorbilidad un 60%. Los marcadores nutricionales y los indicadores de fragilidad no mostraron alteraciones significativas.

Respuestas a la pregunta sorpresa: 45 pacientes identificados NECPAL+ por el médico y 36 pacientes por enfermería. Coincidiendo en 33 pacientes. El índice de Kappa = 0,613 ($p < 0,001$) nos indica un grado de concordancia aceptable.

Evolución en los siguientes 12 meses: fallecieron 24 pacientes. Identificación enfermera 68% y neumólogo 53%.

DISCUSIÓN

No existen muchos estudios que discutan sobre las necesidades asistenciales de los pacientes con enfermedades pulmonares crónicas en fases finales de vida, ni tampoco herramientas específicas que permitan clasificar y establecer el pronóstico individual de cada enfermo.

La utilidad del instrumento administrado al paciente EPOC tiene sensibilidad, logrando mayor capacidad predictiva enfermería, pero dificulta la determinación de la atención paliativa por la incertidumbre del pronóstico. Se muestra útil para revelar la situación funcional y uso de recursos. La pregunta sorpresa y los parámetros adicionales actúan como activador de un proceso reflexivo y de toma de consciencia.

IMPLICACIÓN PRÁCTICA

La finalidad de este estudio es la de poder aportar una nueva herramienta efectiva a la hora de identificar estos pacientes, observamos necesaria una continuidad asistencial con un equipo diverso y un objetivo común implicado en la atención, siendo un primer paso aumentar la calidad vida del paciente de una manera personalizada, valorando sus necesidades de forma integral hasta su final de vida.

Conflicto de intereses: Las autoras declaran que no existen conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011 [citada 25/04/2016]. Disponible en: <http://www.mspsi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidadospaliativos.pdf>
2. Anguera, C. Caula, J. Castillo, JA. Gaitano, A. Llauger, MA. Pastor, E. Rodríguez, A. Malaltia pulmonar obstructiva crònica [Internet]. Barcelona: Institut Català de la Salut, 2010. Guies de pràctica clínica, núm. 16. [citada 27 desembre 2015]. Disponible en: <http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/mpoc/mpoc.htm>
3. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C et al. Identificación de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidad de atención paliativa en servicios sanitarios y sociales: elaboración del instrumento NECPAL CCOMS ICO©. Med Clin (Barc). 2013; 140: 241-245.
4. Solanes García I, Casan Clara P. Causes of death and prediction of mortality in COPD. Arch Bronconeumol. 2010; 46(7):343-346.
5. Saralegui I. Advance care planning with COPD patients. Arch Bronconeumol. 2010; 46(12):661-662.
6. Escarrabill J, Soler-Cataluña JJ, Hernández C, Servera E. Recomendaciones sobre la atención al final de la vida en pacientes con EPOC. Arch Bronconeumol. 2009; 45:297-303.
7. Cruz-Jentoft AJ, Rexach Cano L. Pronóstico vital en cuidados paliativos: ¿una realidad esquivada o un paradigma erróneo? Med Clin (Barc). 2013; 140: 260-262.
8. Ferraz-Falcao JR, Cadaval-Rodríguez T, Rodríguez-Iglesia RM, del Campo-Pérez VM. Necesidad de cuidados paliativos en la población inmovilizada de un centro de salud de Vigo. Semergen. 2015; 41:305-314.
9. Miranda DG, Peces el EMS, Babarro AA, Sánchez MCP, Cerdeira, MV. MANTENER estudio (Cuidado en el hogar y la enfermedad pulmonar obstructiva): La historia natural de los pacientes con EPOC avanzada. BMC cuidados paliativos. 2016; 15(1): 1.

10. Rodríguez-Calero MA, Julià-Mora JM, Prieto-Alomar A. Detección de necesidad de atención paliativa en una unidad de hospitalización de agudos. Estudio piloto Enferm Clin. 2016; 26(4):238-242.

AUTORES/AUTHORS:

LORETO BUENO GALLEGO, HILARIO HERNÁNDEZ OVEJERO, CARLOS BLANCO LÓPEZ, MARINA RODRÍGUEZ ORGANISTA, BEATRIZ LÓPEZ CABELLOS, ÓSCAR ÁLVAREZ LÓPEZ

TÍTULO/TITLE:

Percepción de la enfermería sobre la relación con la familia del paciente en cuidados intensivos

INTRODUCCIÓN: La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) tiene como finalidad la asistencia de pacientes en situación crítica. Estas unidades tienen unas características muy restrictivas tanto en horario, como en el número de personas que pueden visitar al paciente; dejando a la familia fuera del proceso asistencial.

OBJETIVOS: conocer las impresiones de las enfermeras de UCI sobre la atención que se presta a las familias y detectar posibles áreas de mejora en la atención.

MATERIAL Y MÉTODO: estudio descriptivo con metodología de carácter cualitativo inductivo y fenomenológico por medio de una entrevista semiestructurada a veinte profesionales enfermeros de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCIs) de la Comunidad de Madrid, con una antigüedad en el servicio igual o superior a cinco años.

RESULTADOS: Los enfermeros encuestados creen necesaria una mayor apertura de las UCIs a las familias, así como la inclusión de ésta en el cuidado del paciente. No obstante, identifican como limitaciones para ello, el aumento de carga de trabajo y la falta de herramientas en habilidades psico-sociales. Para mejorar la atención que se presta, estiman necesario un trabajo conjunto de todo el equipo interdisciplinar. Además reclaman una mayor formación específica en habilidades de comunicación con la familia, así como cursos que les permitan mejorar el cuidado que se presta, por medio de instrumentos de valoración validados.

DISCUSIÓN: Históricamente las UCIs se han caracterizado por ser servicios herméticos, basados en la "efectividad tecnológica", donde el acceso queda limitado en el número de personas que visitan al paciente, y durante un tiempo determinado. La familia es considerada un elemento externo a la unidad. En el momento actual surgen nuevas tendencias de apertura de estas Unidades aunque no existe un consenso común, así los detractores argumentan que una apertura repercutiría negativamente en la calidad asistencial aumentando la carga de trabajo de los profesionales y otorgando a las familias un posible rol generador de estrés del paciente. Por el contrario, los defensores consideran a la familia un objeto de cuidado, que experimenta también la necesidad de ser informada y sentir seguridad. Para poder realizar una apertura de las UCIs, es preciso llevar a cabo una transición de una UCI cerrada a una abierta, comenzando por una reestructuración del espacio físico, que permita realizar el cuidado del paciente, sin que ello interfiera con la estancia de la familia dentro de la unidad.

Los profesionales sienten la necesidad de formarse, pero encuentra dificultades para poder acceder a formación especializada, lo que repercute negativamente en el cuidado del paciente y la familia al desconocer herramientas que les permitirían realizar una valoración y un cuidado más integral.

Implicaciones para la práctica clínica: Es necesario llevar a cabo una transición de apertura de las UCIs bajo ciertas condiciones. Sería necesario mejorar la atención que se le presta a la familia por parte del equipo asistencial por medio de cursos y programas de formación que mejoren la comunicación sanitario-familia; esta formación también debe incluir el conocimiento de herramientas de valoración para una correcta atención a las familias.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Pardavila Belio MI, Vivas CG. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enferm Intensiva*. 2012; 23(2): 51-67.

2. Llamas-Sánchez F, Flores-Cordón J, Acosta-Mosquera ME, González-Vázquez J, Albar-Marín MJ, Macías-Rodríguez C. Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos. *Enferm Intensiva*. 2009; 20(2): 50-57.
3. Perdomo Cruz RG. Medicina Intensiva y las Unidades de Cuidados Intensivos. Definición, Desarrollo histórico, Utilización de sus recursos. *Rev Med Hondur*. 1992; 60(1): 49-51.
4. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Cuidados Intensivos. Estándares y Recomendaciones [acceso 20 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
5. Carrillo-Esper R. La educación en la unidad de cuidados intensivos. *Cir cir*. 2011; 79: 92-99.
6. Junta Directiva de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Medicina intensiva en España. *Med Intensiva*. 2011; 35(2): 92-101.
7. Monzón Marín JL, Saralegui Reta I, Abizanda i Campos R, Cabré Pericas L, Iribarren Diarasarri S, Martín Delgado MC, et al. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Med Intensiva*. 2008; 32(3): 121-133.
8. Campo Martínez MC, Cotrina Gamboa MJ. Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica. *Enferm glob*. 2011; 10(24): 103-109.
9. Burgos Naranjo RM, Cano Peregrina MA, Garcia Córdoba C, Lage López A, López Pelegrí M. Visitas de familiares a pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Coronarios: Opinión de todos los implicados. *Rev. Enferm. Cardiol*. 2000; 20: 28-39.
10. Rodríguez Martínez MC, Rodríguez Morilla F, Roncero del Pino Á, Morgado Almenara MI, Bannik JT, Flores Caballero LJ, et al. Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. *Enferm Intensiva*. 2003; 14(3): 96-108.
11. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias. Indicadores de calidad en el enfermo crítico. 1st ed; Madrid, 2011 [Acceso 2 de enero de 2016]. Disponible en: http://www.semicyuc.org/sites/default/files/actualizacion_indicadores_calidad_2011.pdf
12. Abizanda R. Sobre las necesidades reales de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional. *Med Intensiva*. 2007; 31(6): 271- 272.

AUTORES/AUTHORS:

Xavier Palomar Aumatell, Mireia Subirana Casacuberta, Raimon Milà Villarroel

TÍTULO/TITLE:

NIC MAS USADOS EN LA UCI: CONSENSO CON EL METODO DELPHI

En el siguiente trabajo se presentan los resultados de la primera ronda del estudio Delphi incluido en la tesis doctoral "Uso del lenguaje estandarizado NIC para medir la intensidad de cuidados enfermeros en la unidad de cuidados intensivos (UCI)".

La finalidad de la tesis es diseñar una herramienta que permita calcular de forma sistemática la intensidad de cuidados enfermeros en la UCI. A partir de las 554 intervenciones que se encuentran en la última edición de la taxonomía NIC (Bulechek, 2013), se quiere establecer cuáles son las que se utilizan con más frecuencia en la UCI y a su vez, validar los tiempos que se establecen en la taxonomía. Para ello se ha diseñado un estudio con el método Delphi para obtener un consenso sobre las intervenciones más frecuentes y el tiempo necesario para llevarlas a cabo.

OBJETIVOS:

- Consensuar las intervenciones NIC que se utilizan con mayor frecuencia en las unidades de cuidados intensivos de adultos.
- Consensuar los tiempos para cada una de las intervenciones identificadas, a partir de los tiempos previstos en la taxonomía NIC.

MÉTODOS:

Para conseguir los objetivos se decidió usar la técnica de consenso Delphi, en la modalidad online (Keeney, Hasson, & McKenna, 2006). En primer lugar, se creó el grupo de expertos a partir de un listado disponible de todas las UCI de Catalunya. El contacto se llevó a cabo contactando por correo electrónico de la dirección de enfermería. Se solicitó la participación en el estudio, del supervisor y una o dos enfermeras de la UCI, con una experiencia en el servicio superior a 5 años y con formación de postgrado en atención al paciente crítico. Una vez formado el panel de expertos, se realizó la primera ronda de consulta. Esta constaba de un cuestionario en formato Excel® con 190 intervenciones, que se seleccionaron de los trabajos de (A. de F. Lucena, Rivero de Gutiérrez, Echer, & Leite de Barros, 2010; A. Lucena, 2006; Mello, 2011; Salgado, Tannure, Oliveira, & Chianca, 2012), y de la revisión del apartado de intervenciones de las enfermeras de cuidados críticos de la taxonomía NIC (Bulechek, 2013) y de la lectura de la clasificación por dominios y clases.

El grupo de expertos, valoraba cada una de las intervenciones propuestas con una escala de Likert siendo 1–Nunca se utiliza, 2–Raramente se utiliza, 3–A veces se utiliza, 4–Frecuentemente se utiliza, 5–Siempre se utiliza. La valoración se completaba con un apartado que permitía sugerir nuevas intervenciones.

En la segunda ronda se consensuará el tiempo de las intervenciones que, en la primera ronda, un 80% del grupo de expertos considere como de uso frecuente o siempre se usan, proponiendo el tiempo que indica la clasificación NIC, el grupo de expertos decidirá, si está de acuerdo con la propuesta y sino, propondrá el tiempo que considere, siguiendo los parámetros que marca la taxonomía. Se volverá a consultar en esta ronda las intervenciones que no hayan llegado al acuerdo de un 80% en incluirlas o excluirlas y las intervenciones que se propongan en la primera ronda que cumplan los siguientes criterios:

- Constar en la sexta edición de la taxonomía NIC
- No estar en el primer listado de consulta
- Ser una intervención que se lleva a cabo en adultos.

En la tercera ronda se consensuarán todos los tiempos de las últimas intervenciones incluidas.

RESULTADOS:

Se invitó a participar en el estudio a un total de 34 hospitales con UCI de adultos, de carácter público, privado y concertado. Se excluyeron los centros especializados en pediatría.

Respondieron aceptando su participación 15 centros (44%), 4 rechazando participar hospitales y el resto no han respondido. Se creó un grupo de expertos con un total de 35 participantes (15 supervisores y 20 enfermeras asistenciales). Se les envió el primer cuestionario, recibiendo un total de 23 respuestas (8 supervisores y 15 enfermeras asistenciales).

De las 190 intervenciones propuestas, se han excluido 4 y se han incluido 109, estas en la segunda ronda hay que acordar el tiempo para cada una.

El grupo de expertos ha propuesto 35 intervenciones, 5 de las cuales ya se encontraban en la lista inicial, 6 no existen en la 6ª edición de la taxonomía NIC y una ha sido excluida por ser para pediatría.

Quedando un total de 100 intervenciones a consensuar en la segunda ronda.

DISCUSIÓN:

La participación de los centros en el estudio Delphi se considera satisfactoria a pesar de pérdida de participantes en la primera ronda. (Keeney et al., 2006; Powell, 2003) defienden que no hay un número ideal de participantes en un grupo de expertos. Se considera que la participación de enfermeras asistenciales y supervisoras en el grupo conseguido, muestra la diversidad de opiniones.

Destaca el escaso número de intervenciones excluidas, así como el elevado número de intervenciones incluidas, y que no se hayan hecho más nuevas propuestas de intervención. Esta situación conlleva la necesidad de replantear el análisis en relación a la inclusión y exclusión de intervenciones en la segunda ronda.

Una vez finalizada esta primera fase se continuará el estudio con la finalidad de determinar si se puede medir de forma sistemática la intensidad de cuidados enfermeros, con la taxonomía NIC.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Bulechek, G. M. (2013). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Barcelona [etc.]: Elsevier.
- Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H. (2006). Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), 205–212.
- Lucena, A. (2006). Mapeamento dos diagnósticos e intervenções de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. São Paulo (SP): Esc Paulista Med/UFSP.
- Lucena, A. de F., Rivero de Gutiérrez, M. G., Echer, I. C., & Leite de Barros, A. L. B. (2010). Intervenções de enfermagem utilizadas na prática clínica de uma unidade de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(5), 873–880.
- Mello, M. (2011). Carga de trabalho de enfermagem: indicadores de tempo em unidades de clínica médica, cirúrgica e terapia intensiva adulto.
- Powell, C. (2003). The Delphi technique: myths and realities. *Journal of Advanced Nursing*, 41(4), 376–382.
- Salgado, P. O., Tannure, M. C., Oliveira, C. R., & Chianca, T. C. M. (2012). Identificação e mapeamento das ações de enfermagem prescritas para pacientes internados em uma UTI de adultos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 291–296.

Este proyecto ha sido financiado con el apoyo de la beca FORES - Consultori Bayés

AUTORES/AUTHORS:

Silvia Obarrio Fernández, Clara Bendito Barber, Purificación Luna Gallardo, Katya Julián de Antón, Laura Pérez Fabre, Gemma Martínez Pallí, María Ángeles Pérez Folgueira, María del Pilar Borràs Pons, Sandra Galmés Hernández

TÍTULO/TITLE:

Perfil profesional, motivación y satisfacción de los impulsores del proyecto Best Practice Spotlight Organization (BPSO)

BPSO está tejiendo una red de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC), a nivel internacional, con el fin de aplicar la evidencia científica en cuidados a la práctica diaria, mediante la implantación de Guías de Buenas Prácticas (GBP) en centros seleccionados. Las GBP elegidas en nuestra Área son: Guía de Valoración y Selección de Dispositivos de Acceso Vascular (DAV), Guía Cuidado y Manejo de la Ostomías y Guía de Disminución de las Complicaciones del Pie en las Personas Diabéticas de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)

Las piezas clave de este proyecto son los impulsores, cuya misión es implantar la GBP mediante su adaptación, evaluación y mantenimiento, coordinados por un líder, unión con INVESTEN, responsable del proyecto.

Objetivos de estudio:

- Conocer el perfil personal, académico y profesional de los impulsores.
- Determinar grado de motivación y satisfacción respecto al proyecto.
- Comparar el perfil del impulsor, motivación y satisfacción.

MÉTODO

- Estudio cuantitativo descriptivo transversal, mayo de 2016.
- Recogida de información: encuesta de 21 preguntas cerradas con opción de respuesta múltiple y semiabiertas, donde se recogen los datos personales, académicos y profesionales de cada impulsor, así como grado de motivación y satisfacción.
- Realizado un análisis descriptivo estratificado para cada variable y para el análisis bivariante, usado X².

RESULTADOS

- 38 encuestas entregadas, 34 respondidas.
- Distribución de impulsores por guías: 50% de DAV, 35% de Ostomías y 15% Pie diabético.
- Perfil personal: 11.76% hombres y 88.24% mujeres; un 47.05% tiene entre 31-40 años; el 44.11% tiene hijos y/o personas a su cargo.
- Perfil académico: 20.59% TCAE y 79.41% DUE, (60.67% tienen formación de postgrado) y un 52.94% del total tienen alguna formación específica para la GBP a la que pertenece.
- Nivel profesional: un 41.2% tienen contrato fijo y el resto son interinos y eventuales; un 41.17%, con 11-15 años de experiencia.
- Principales motivos de participación en el proyecto: mejora en los cuidados y oportunidad para investigar; grado de motivación actual, 7.09 ± 1.83 y de satisfacción, 7.74 ± 1.40 . No hay diferencia estadísticamente significativa en la motivación y satisfacción entre las distintas guías ($p > 0.05$). Existen diferencias entre la motivación y la satisfacción de todos los impulsores ($p < 0.05$) y éstas se relacionan con la percepción de la valoración por el jefe superior inmediato y sus compañeros, al igual que estas últimas también se vinculan entre sí.

DISCUSIÓN

- El 60% de las enfermeras implicadas en el proyecto tienen formación de postgrado. Nos planteamos realizar estudios de

investigación en el futuro para determinar si el personal mejor formado es el que más se implica en los proyectos de la institución.

- Realizar cortes de prevalencia posteriores a este estudio relacionado con el grado de motivación y satisfacción permitiría identificar variaciones de los mismos y diseñar estrategias de mejora.
- Obtener datos sobre la motivación y satisfacción de los impulsores de otros centros BPSO en España permitiría hacer un análisis de los mismos.
- Los resultados de nuestro estudio pueden promover el desarrollo de estrategias de captación de nuevos impulsores.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Pirela de Faría, L y Prieto de Alizo, L. Perfil de competencias del docente en la función de investigador y su relación con la producción intelectual. Opción, Año 22, No. 50 (2006): 159 – 177.
- Jaén M. Tesis doctoral: Predicción del rendimiento laboral a partir de indicadores de motivación, personalidad y percepción de factores psicosociales. Universidad Complutense, Facultad de Psicología. Madrid 2010.
- Sentís J, Pardell J. Manual de Bioestadística. 3ª Edición. Barcelona. Ed. Elsevier-Masson, 2007.

AUTORES/AUTHORS:

Montserrat Solís-Muñoz, Pilar Serrano-Gallardo, Ignacio Latorre-Marco, María Acevedo-Nuevo, Begoña De Andrés-Gimeno, Ana García-Pozo, Nuria De Argila-Fernández-Durán

TÍTULO/TITLE:

FACTORES RELACIONADOS CON LAS COMPETENCIAS EN PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA DE LAS ENFERMERAS EN ESPAÑA

Introducción: el marco de transformación legislativo (1) y formativo (2) acontecido en España en los últimos años ha contribuido a que se establezcan diferencias en las competencias en Práctica Clínica Basada en la Evidencia (3) (PCBE) de las enfermeras españolas, cuyo nivel de competencias está influenciado por la presencia de determinados factores favorecedores (4).

Objetivos: Valorar el nivel de competencias en PCBE de las enfermeras españolas y la influencia de factores favorecedores.

Metodología: estudio analítico transversal para todo el territorio español. Sujetos estudio: enfermeras que desempeñaban su actividad laboral en el Sistema Nacional de Salud o en la Universidad, de todas las Comunidades Autónomas. Variable de resultado principal: competencia en PCBE de los profesionales, medida con el Cuestionario EBPQ-19 (5), a través de sus tres factores: "actitud", "conocimientos y habilidades" y "práctica". La estrategia de análisis comprendió análisis exploratorio de los datos descriptivos de la muestra, análisis bivariante en función de la naturaleza de las distribuciones y análisis multivariante. Todos los análisis se realizaron con niveles de confianza del 95% ($p \leq 0,05$). Programa estadístico SPSS versión 15.

Resultados: participaron 1736 profesionales, procedentes de las 52 provincias españolas. 83% mujeres; con una mediana de edad de 46 años para la mujeres y de 42 para los hombres. El 34% de los profesionales pertenecen a hospitales grandes (>500 enfermeras) y el 27% a atención primaria. La participación fue mayoritariamente de enfermeras asistencias (69%) que desarrollan su actividad, principalmente, en centros de salud (23,4%), en Unidades de Hospitalización (23,2%) y en Unidades de Cuidados Especializados (19,4%). Un 19% de las enfermeras se dedican a la Gestión. En cuanto al nivel académico máximo obtenido, los profesionales tienen mayoritariamente el título de Diplomado en Enfermería (57,5%), seguido del título de Máster en un 17% y el de Especialista en un 8,3% de los casos. El 56,5% de los participantes llevan más de 20 años de profesión, destacando el grupo de más de 25 años (40,1%); estando el 77% con vinculación laboral fija. En la información relativa al uso y manejo de Internet en el entorno profesional destaca que el 81% de los participantes reconocen tener Internet en el trabajo y que la mayoría usan Internet varias veces al día (72%). Las bases de datos más utilizadas por los profesionales son Pubmed (75%), Cochrane (67%), Cuiden (62%) y el Instituto Joanna Briggs (56%). Aunque prevalece un uso ocasional de todos los recursos, observándose un alto porcentaje de profesionales que responden que nunca han usado las bases de datos porque no las conocen. Un 44% de las enfermeras utilizan la Biblioteca Virtual para solicitar artículos de forma ocasional. El 60% de las enfermeras han recibido formación en PCBE en los últimos 2 años. La mediana (P25-P75) sobre saber buscar información científica en Internet es de 6(3-7). En relación al conocimiento en inglés a nivel de lectura, prevalecen los niveles bajo (39%) y medio (35%), con un 17% que no tiene ningún conocimiento en inglés. Respecto al hábito de lectura de artículos científicos, prevalece la lectura ocasional en el 63% de los profesionales. Las tres variables presentan diferencias estadísticamente significativas cuando se comparan los profesionales formados en PCBE frente a los que no lo están. El Factor Actitud mostró la puntuación media más alta (5,5), seguido del Factor Conocimientos y Habilidades (4,4) y el Factor Práctica (4,2). Los factores predictores de las competencias de PCBE son: a) Saber buscar información científica en Internet (conocimiento medio-alto) OR 6,253. b) Frecuencia de lectura de artículos científicos (varias veces al mes) en el último año OR 2,395. c) Formación en PCBE OR 1,942. d) El nivel académico (Máster/Doctorado) OR 1,667. e) El nivel de lectura de inglés (nivel alto) OR 1,606. f) La frecuencia de uso de Internet (varias veces al día) OR 1,503.

Conclusiones: los hallazgos de este estudio indican que los factores que influyen en las competencias en práctica clínica basada en la evidencia se relacionan con la frecuencia de lectura de artículos científicos (6), con la formación en Práctica Basada en la

Evidencia (4,7), con el hecho de saber buscar información científica en Internet (4), con tener la titulación de Máster o Doctorado (8-9), con tener nivel de lectura de inglés alto (10), y con la frecuencia de uso de Internet (4). Los resultados de este estudio ponen de relieve el panorama de cambio que se ha vivido en los últimos años, sobrevenidos por el fomento de la PCBE desde muchos entornos profesionales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Martínez Ques AA, Lóis Fernández AM. Aspectos jurídicos de una práctica basada en evidencias. *Metas Enferm.* 2007; 10(6):62-66.
2. Real Decreto 55/2005 por el que se establece la estructura de las Enseñanzas Universitarias y se regulan los Estudios Universitarios Oficiales de Grado. Referentes legislativos. Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. [Documento Internet] [29 abril 2013]. Disponible en: <http://www.cge.enfermundi.com/servlet/Satellite?cid=1119268225262&pagename=SiteCGE%2FPPage%2FTpIPPageGenerica&c=page>.
3. De Pedro-Gómez J, Morales-Asencio JM, Sesé Abad A et al. Entorno de práctica de los profesionales de enfermería y competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones: situación en las Islas Baleares. *Gac Sanit.* 2011;25(3):191-7.
4. Squires JE, Estabrooks CA, Gustavsson P, Wallin L. [Determinantes individuales de utilización de la investigación por las enfermeras: una revisión sistemática actualizada]. *Implement Sci.* 2011 6:1. doi: 10.1186/1748-5908-6-1.
5. De Pedro Gómez J, Morales-Asencio JM, Sesé Abad A et al. Validación de la versión española del cuestionario sobre la práctica basada en la evidencia en enfermería. *Rev Esp Salud Pública.* 2009; 83:577-86.
6. Moreno-Casbas T, Fuentelsaz-Gallego C, González-María E et al. 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):153-64.
7. Jalali-Nia SF, Salsali M, Dehghan-Nayeri N, Ebadi A. [Efecto de la educación basada en la evidencia en el conocimiento y la actitud de los estudiantes de enfermería iraníes]. *Nurs Health Sci.* 2011; 13(2):221-7.
8. Brown CE, Wickline MA, Ecoff L, Glaser D. [Actitudes, conocimiento, práctica enfermera, y barreras percibidas para la práctica basada en la evidencia en un centro médico universitario]. *J Adv Nurs.* 2009; 65(2):371-81.
9. Gerrish K, Guillaume L, Kirshbaum M et al. [Factores que influyen en la contribución de las enfermeras de práctica avanzada para la promoción de la práctica basada en la evidencia entre las enfermeras de primera línea: resultados de una encuesta transversal]. *J Adv Nurs.* 2011; 67(5):1079-90.
10. Kocaman G, Seren S, Lash AA et al. [Barreras en la utilización de la investigación por el personal de enfermería en un hospital universitario]. *J Clin Nurs.* 2010; 19(13-14):1908-18.

AUTORES/AUTHORS:

M^ª Angeles Cidoncha, Idoia Romo

TÍTULO/TITLE:

Investigación Enfermera: Estudio cualitativo sobre oportunidades y barreras

Introducción: Los profesionales de la salud están llamados a utilizar los resultados de la investigación científica para optimizar la atención que prestan. En este sentido, la aplicación de los resultados a la práctica es un componente necesario para la mejora de la calidad de la atención de las personas.

Objetivo: Explorar los elementos que dificultan la investigación de las enfermeras/os de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

Metodología: Estudio cualitativo basado en 6 entrevistas en profundidad y un grupo de discusión (formado por 7 enfermeras/os). Los participantes fueron 13 enfermeras/os con diferentes experiencias. Las entrevistas y el grupo de discusión fueron grabados para su posterior transcripción literal, con el fin de llevar a cabo un análisis de contenido de las ideas claves surgidas, clasificándolas en variables más abstractas. El análisis se desarrolló por dos personas por separado, triangulándose los datos obtenidos.

Resultados:

Los participantes refieren que la investigación es un campo apasionante con muchos obstáculos, donde actualmente participan pocas personas que están motivadas por su proyecto y que refieren un alto grado de soledad en la consecución del mismo. La sensación general es que la investigación enfermera ha calado poco en las organizaciones y las barreras que se encuentran se pueden agrupar en las siguientes categorías: situación organizacional (falta de tiempo, no apoyo institucional), políticas y direcciones de los centros (falta de liderazgo motivador en ese aspecto) y aspectos relacionados con la actitud y formación de los profesionales.

Discusión: Se pone de manifiesto la dificultad que tienen los/as enfermeras/os para investigar. Los resultados del estudio cualitativo son coincidentes con otros estudios realizados a nivel nacional. **Implicaciones para la práctica:** Los resultados subrayan la necesidad de cambiar la cultura de las organizaciones sanitarias para poder motivar a los profesionales y facilitar tanto la realización de investigaciones como la implementación de evidencias en la práctica asistencial.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Brown CE, Wickline MA, Ecoff L, Glaser D. Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an academic medical center. *JAN.* 2009; 65(2): 371-381.
- 2.- Sánchez-García I, López-Medina IM, Pancorbo-Hidalgo PL. Obstáculos percibidos por las enfermeras para la práctica basada en evidencias: Un estudio cualitativo. *Enferm Clin.* 2013; 23 (6):279-283
- 3.- Oltra-Rodríguez E, Riestra-Rodríguez R, Alonso-Pérez F, García-Valle JL, Martínez-Suárez MM, Miguélez-López R. Dificultades y oportunidades para investigar percibidas por las enfermeras en Asturias. *Enferm Clin.* 2007; 17 (1):3-9.
- 4.- Moreno T, Fuentelsaz C, Gonzalez E, Gil de Miguel A. Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. *Enferm Clin.* 2010; 20(3):153-164

AUTORES/AUTHORS:

Mario Alberto Ávila Arriaza, Jose Manuel Palomo Gómez, Jesús Moreno Arrones Quesada, Manuel Ruiz García, Mercedes Criado Rodríguez, Diego Gayo Plaza, Mónica García Martín, Javier Liso Ortega, Pedro Luis Pancorbo Hidalgo

TÍTULO/TITLE:

VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE LOS RESULTADOS NOC RELACIONADOS CON LAS HERIDAS

1. Objetivo

Analizar la validez de contenido de las versiones españolas de los tres resultados de la taxonomía NOC: "Curación de heridas por primera intención", "Curación de heridas por segunda intención" y "Curación de quemaduras".

2. Metodología

– Diseño: Estudio de validación de instrumentos. Se evaluó la validez de contenido de las versiones adaptadas al español de los tres resultados NOC relacionados con las heridas.

– Sujetos/participantes: Creación de un panel de 16 expertos españoles en metodología enfermera y en el manejo de heridas (profesionales clínicos, docentes e investigadores), que valoraron en qué medida los indicadores que componen cada uno de los resultados son apropiados al concepto general que representan dichos cuestionarios.

– Variables/dimensiones: Variables descriptivas de los jueces colaboradores y variables de resultado de cada uno de los indicadores de las versiones adaptadas y de los nuevos indicadores propuestos para cada uno de los cuestionarios.

– Instrumento: Se desarrolla una encuesta online, a través de la plataforma SurveyMonkey®, entre Diciembre de 2014 y Octubre de 2015.

– Procedimiento para la obtención de datos: Realización de 2 rondas de consenso a través de la técnica Delphi. En la primera, tras el requerimiento de unos datos de carácter profesional, se solicita valorar la pertinencia de cada uno de los indicadores que componen cada resultado adaptado, mediante una escala Likert de 4 puntos (1=No apropiado, 2=algo apropiado, 3=bastante apropiado y 4=totalmente apropiado), siguiendo el procedimiento propuesto por Lynn para el cálculo del índice de validez de contenido (IVC). Asimismo, se facilita un cuadro de texto abierto para sugerir nuevos indicadores que pudieran ser adecuados o necesarios para una mejor definición del constructo que representa el resultado. En una segunda ronda, se valora la inclusión de los nuevos indicadores propuestos, siguiendo el mismo procedimiento y escala de medida.

– Análisis de datos: Análisis estadístico descriptivo: frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, medidas de dispersión central e intervalos de confianza al 95% para variables cuantitativas e índices de validez de contenido para los indicadores (IVCi), índice de validez de contenido método acuerdo universal (IVCau) y promedio (IVCp) para cada resultado.

3. Resultados

Participaron un total de 16 expertos, siendo su perfil una enfermera de sexo masculino (n=10), nivel académico máster (n=11), procedente de diversas provincias españolas, destacando Jaén (25%) y Sevilla (18,75%), con actividad asistencial, docente e investigadora (43,75%) y con una experiencia media en la atención de pacientes con heridas de 16,25 + 7,56 años.

Los resultados de la validación de contenido son:

- Curación de heridas por primera intención: IVCau 0,06 e IVCp 0,56.

- Curación de quemaduras: IVCau 0,11 e IVCp 0,75.

- Curación de heridas por segunda intención: IVCau 0,08 e IVCp 0,79.

4. Discusión

Los resultados “Curación de heridas por primera intención”, “Curación de quemaduras” y “Curación de heridas por segunda intención” presentaron valores que oscilaron entre 0,56 y 0,79 respectivamente, lejos de los valores iguales o mayores a 0,90 que sugieren Polit & Beck para un IVCp, lo que nos orienta a que existen indicadores con un bajo IVCi y por lo tanto, todos juntos no representan adecuadamente el concepto del criterio de resultado. El IVCau presenta valores bajos, lo que viene a indicar que son pocos los indicadores que reciben acuerdo entre los expertos como aspectos clínicos relevantes.

A pesar de haber sido traducidos y adaptados para que expresen claramente una dimensión concreta, en determinadas circunstancias asistenciales o en determinados pacientes es posible que pueda presentarse una falta de comprensión de los indicadores en relación con la escala utilizada por parte de las enfermeras, como puede observarse en el resultado “Curación de heridas por primera intención”.

La decisión de incluir en las versiones clínicas algunos indicadores que no alcanzan las puntuaciones del IVCi superior a 0,78, recomendadas por Polit y col., tienen el objetivo de medir ciertas dimensiones de interés en heridas de diversa etiología. Por ello, el equipo de investigación recordando la premisa de mantener una estructura semejante a la del cuestionario original, ha decidido mantener algunos de estos indicadores hasta evaluar su comportamiento en el terreno clínico.

Implicaciones para la práctica:

Las versiones clínicas obtenidas de los tres criterios de resultados relacionados con las heridas podrán ser sometidas a un estudio de campo para conocer sus propiedades clinimétricas en el uso de la valoración de pacientes portadores de heridas de diversa etiología, tanto agudas como crónicas.

El uso de instrumentos validados será de gran valor para las enfermeras españolas, ya que nos permitirá mejorar no sólo la calidad en la atención de este tipo de pacientes, sino también aumentar la eficacia clínica, a la vez que disminuimos la variabilidad entre profesionales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Morales Asencio, JM. Investigación de resultados de Enfermería. El camino hacia la efectividad de los cuidados. Index Enferm v 13. N 44-45. Granada Primavera/Verano 2004.
2. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de resultados en Salud. 5ª edición. Barcelona: Elsevier. 2013.
3. Polit DF, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud. Principios y métodos. 6ª ed. México. Mc Graw-Hill.
4. Yañez Gallardo R, Cuadra Olmos R. La técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud. Ciencia y Enfermería XIV (1): 9-15, 2008.
5. Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. Nursing Research, 35(6), 382-386.

AUTORES/AUTHORS:

Manuel Herrero Montes, Paula Parás Bravo, Patricia Martínez Álvarez, Marta Reyero López, M. Soraya Sánchez Cano, Lucia Merino González, Miriam García Martínez, Rosana Saiz Alonso, Elena Incera Setien

TÍTULO/TITLE:

ÍNDICE TOBILLO- BRAZO Y ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

OBJETIVO

Describir los valores del ITB (Índice tobillo- brazo) en los pacientes en hemodiálisis del HUMV (Hospital Universitario Marqués de Valdecilla). Santander (Cantabria).

Describir la prevalencia de EAP (enfermedad arterial periférica) mediante la utilización del ITB en los pacientes del HUMV.

METODOS

Estudio descriptivo transversal.

Población: pacientes que en el momento de la recogida de datos (marzo 2016) estaban recibiendo hemodiálisis en el HUMV

Criterios de inclusión: mayor de 18 años y disposición para comprender y consentir su participación del paciente o su representante legal.

Criterios de exclusión: Enfermedad neurológica significativa que pueda afectar la cognición.

Se diseñó una hoja de recogida de datos ad-hoc que incluía variables sociodemográficas, variables clínicas (antecedentes personales, modalidad de diálisis, etc.) y se midió el ITB a cada uno de los participantes con la utilización de un doppler portátil con sonda de 8 Mhz y un esfigmomanómetro. Previo a la recogida de datos se realizó una sesión formativa en la que se unificaron criterios y se instruyó a las investigadoras de campo en la realización de la técnica. Se midió la presión arterial sistólica en las arterias humerales, tibiales y pedias. Se consideró ausencia de EAP (ITB 0,9-1,3), EAP leve- moderada (ITB 0,41-0,9), EAP grave (ITB <0,41) y calcificación vascular (ITB >1,3).

Se describen variables cualitativas (distribución de frecuencias absolutas y relativas y porcentajes) y variables cuantitativas (media, desviación estándar (DE) y cuartiles)).

El estudio cuenta con la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de Cantabria (código interno: 2014.223).

RESULTADOS

La población total fue de 39 pacientes y todos se incluyeron en el estudio, 23 hombres (59%) y 16 mujeres (41%) con una edad media de 67,64 (DE 16,02) años.

Las causas principales de la enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis fueron: diabetes mellitus (15,8%), vasculares (28,9%) y glomerulonefritis, pielonefritis y nefropatías intersticiales crónicas sistémicas (26,3%).

El ITB medio fue de 1,18 (DE 0,49) mmHg en el lado derecho y 1,08 (DE 0,32) mmHg en el lado izquierdo, teniendo en cuenta que en 11 mediciones las arterias de miembros inferiores eran no comprimibles (presión arterial > 300 mmHg)

En cuanto a la prevalencia de EAP: en el lado derecho 27% de los pacientes no tienen patología vascular, 27% tienen enfermedad arterial obstructiva periférica leve- moderada y 43,2% calcificación arterial (un 2,7% no fue posible realizar la medición por tener una amputación). En el lado izquierdo 45,9% de los pacientes no tienen patología vascular, 19,1% tienen enfermedad arterial obstructiva periférica leve- moderada y 32,4% calcificación arterial (un 2,7% no fue posible realizar la medición por tener una amputación)

DISCUSION

Los pacientes en hemodiálisis tienen una alta prevalencia de diabetes y patologías vasculares, lo que puede estar relacionado con el gran número de individuos con EAP en alguno de sus grados que encontramos en nuestro estudio.

El ITB es un instrumento sencillo y barato para estratificar el riesgo vascular de estos pacientes y poder iniciar medidas destinadas al avance de la enfermedad y a la prevención de complicaciones asociadas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Portoles J, Lopez-Gomez JM, Aljama P. [Cardiovascular risk in hemodialysis in Spain: prevalence, management and target results (MAR study)]. *Nefrología*. 2005;25(3):297-306.
2. Eggers PW GD, Pugh J. Non-traumatic lower extremity amputations in the Medicare end-stage renal disease population. *Kidney Int*. 1999;56(4):1524-33.
3. Morbach S, Quante C, Ochs HR, Gaschler F, Pallast J-M, Knevels U. Increased risk of lower-extremity amputation among Caucasian diabetic patients on dialysis. *Diabetes care*. 2001;24(9):1689-90.
4. McGrath N, Curran B. Recent commencement of dialysis is a risk factor for lower-extremity amputation in a high-risk diabetic population. *Diabetes care*. 2000;23(3):432-3.
5. Hill M, Feldman H, Hilton S, Holechek M, Ylitalo M, Benedict G. Risk of foot complications in long-term diabetic patients with and without ESRD: a preliminary study. *ANNA journal/American Nephrology Nurses' Association*. 1996;23(4):381.
6. Ndip A, Lavery LA, Boulton AJ. Diabetic foot disease in people with advanced nephropathy and those on renal dialysis. *Current diabetes reports*. 2010;10(4):283-90.
7. Ndip A, Lavery LA, Lafontaine J, Rutter MK, Vardhan A, Vileikyte L, et al. High levels of foot ulceration and amputation risk in a multiracial cohort of diabetic patients on dialysis therapy. *Diabetes care*. 2010;33(4):878-80.
8. Lancho Casares JM. Paciente en programa de diálisis y arteriopatía periférica. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*. 2008;11(2):6.
9. Sánchez Perales MC GM, Borrego Uriel FJ, Viedma G, Gil Pérez del Barrio JM, Borrego Liébana J, Pérez P. Incidencia y factores de riesgo de amputación no traumática de miembros inferiores en los pacientes en hemodiálisis. *Nefrología*. 2005;25(4):399-402.
10. Verdú J, Marine-lo J, Armans E, Carreño P, March J, Martín V, et al. Documento de Consenso CONUEI. Barcelona: EdikaMed, SL; 2009.
11. Bosanquet N. Costs of venous ulcers: from maintenace therapy to investment programmes. *Phlebology*. 1992;1:44-6.
12. America Diabetes Association. Position statement: Standards of Medical Care in Diabetes—2010. *Diabetes care*. 2010;33:S11-S61.
13. Jaeger JQ, Mehta RL. Assessment of dry weight in hemodialysis: an overview. *Journal of the American Society of Nephrology : JASN*. 1999;10(2):392-403.
14. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. 2008 ed. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC; 2008.

AUTORES/AUTHORS:

José María Rumbo Prieto, Luis Arantón Areosa, Camilo Daniel Raña Lama, María Blanca Cimadevila Álvarez, Ana Isabel Calvo Pérez, Josefa Fernández Segade, Juan Santiago Cortizas Rey, Javier Sánchez Gálvez

TÍTULO/TITLE:

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA NACIONALES E INTERNACIONALES SOBRE PIE DIABÉTICO

OBJETIVO: evaluar la calidad metodológica y las recomendaciones de evidencia de las Guías de Práctica Clínica (GPC) sobre prevención y tratamiento de las úlceras de pie diabético (UPD).

METODOLOGÍA: revisión sistemática de la calidad de GPC españolas e internacionales relacionadas con el abordaje integral del pie diabético. Los criterios de inclusión fueron: • Cualquier documento identificado como GPC (o similar denominación) relacionado con el tema de estudio (UPD), Independientemente de su idioma, el organismo que lo editó, o el formato de publicación. • Todas aquellas GPC publicadas en los últimos 5 años, desde enero del año 2010 hasta enero del año 2015.

Los criterios de exclusión fueron “no cumplir” alguno de los criterios de inclusión descritos anteriormente.

La búsqueda bibliográfica se realizó a través de fuentes secundarias de búsqueda de GPC: metabuscadores (SUM Search, Google Scholar, TripDatabase, eGuidelines) y organismos compiladores (CMA infobase, GuiaSalud, National Guideline Clearinghouse, GNEAUPP). La búsqueda fue abierta, no estableciendo límites de periodo temporal y aceptando documentos en otros idiomas distintos del español y del inglés. Para localizar las GPC específicas del tema de estudio se usaron términos y descriptores DeCS, MeSH y texto libre: “pie diabético”, “úlceras neuropáticas”, “úlceras de pie diabético”, “úlceras del pie”, “úlceras plantar”, “diabetic foot”, “diabetic feet”, “foot ulcer”, “plantar ulcer”, “neuropathic ulcer”, “foot care”.

Para la evaluación se utilizó el Instrumento AGREE II (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation); cuestionario de 23 ítems organizado en 6 áreas o dominios que está validado a nivel internacional para evaluar todo tipo de GPC y traducido al español por GuiaSalud. la revisión se realizó por 4 expertos en UPD con formación metodológica acreditada en el manejo del AGREE II. El procedimiento de revisión consistió en seguir las normas de utilización del manual del AGREE II, consistente en una lectura completa de cada GPC y posteriormente, puntuar cada uno de los 23 ítem (entre 1 y 7) hasta completar los 6 Dominios. El valor global obtenido (porcentaje) fue el resultante de aplicar la fórmula estandarizada del AGREE II. Se estableció 4 categorías o cuartiles para su categorización: >75% (muy buen cumplimiento), entre 75-50% (buen cumplimiento), entre 50-25% (Bajo cumplimiento) y <25% (mal cumplimiento); y la clasificación global, en tres niveles de recomendación (muy recomendada, recomendada con condiciones, y no recomendada).

RESULTADOS: Fueron evaluadas 7 GPC sobre úlcera de pie diabético (GPC-UPD); entre ellas había una española y el resto eran de procedencia internacional (1 canadiense, 2 mexicanas, 2 inglesas y 1 australiana). La GPC-UPD española obtuvo la peor valoración de calidad (“mal cumplimiento”, “GPC recomendada con condiciones”), el resto de las GPC-UPD obtuvieron una calificación de “GPC muy recomendada”; con niveles medios del 80% de cumplimiento en todos los Dominios. El ranking de las 3 mejores GPC-UPD fueron: 1ª) la canadiense de la RNAO; 2ª) la inglesa de la NICE; y 3ª) la escocesa de la SIGN.

DISCUSIÓN: En este estudio, la evaluación de las evidencias y calidad analizada se correspondió con GPC-UPD publicadas y/o actualizadas (“update”) como de 2ª generación (vigencia hasta 2015) y 3ª generación (vigencia entre 2016 y más años). A nivel nacional contamos con una actualización de la GPC-UPD de la Asociación Española de Enfermería Vasculare y Heridas (AEEVH), la cual, como en otras ocasiones, ha sido considerada “recomendable con condiciones”, al tratarse de una GPC de consenso y no

aportar evidencias, ni niveles de recomendaciones. En el caso de las GPC-PD internacionales, hemos podido evaluar 3 GPC de 3ª generación, la de la Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), la del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) y, la del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); así como, otras 3 GPC de 2ª generación elaboradas por, la Australian Wound Management Association (AWMA), la National Institute for Health and Care Excellence (NICE), y el Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Todas ellas, han obteniendo una calificación de “muy recomendable” con altos índices de cumplimiento en los 6 dominios de evaluación. Este estudio forma parte de una tesis doctoral, además en la literatura actual no se reportan estudios similares sobre la calidad de las GPC-UPD, si en cambio sobre otro tipo de úlceras (por presión, vasculares, etc.), por lo que se pudo realizar una comparativa de cómo ha sido la tendencia evolutiva; aun así, con este estudio observamos que contamos con muy buenas GPC-UPD que aportan evidencias y recomendaciones suficientes para disminuir la variabilidad clínica y mejorar la calidad asistencial y seguridad de los pacientes con pie diabético.

CONFLICTO DE INTERESES: los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Consorcio AGREE. Instrumento AGREE II. Instrumento para la Evaluación de Guías de Práctica Clínica. Canada: AGREE Trust; 2009.
2. The AGREE Next Steps Consortium. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II. AGREE II Instrument. [Update]. Canada: The AGREE Research Trust; 2013.
3. Asociación Española de Enfermería Vasculare y Heridas. Guía de Práctica Clínica: Consenso sobre Úlceras Vasculares y Pie Diabético. Sevilla: AEEVH; 2014.
4. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Assessment and Management of Foot Ulcers for People with Diabetes. Clinical Best Practice Guidelines. Ontario (Canada): RNAO; 2013.
5. Salomón-Velázquez M, editor. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Oportuno del Pie Diabético en el Primer Nivel de Atención. 2a Ed. México: CENETEC. Secretaría de Salud; 2012.
6. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Guía de Práctica Clínica GPC: Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. 2a Ed. México: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); 2012.
7. National Evidence-Based Guideline. Prevention, Identification and Management of Foot Complications in Diabetes. Melbourne (Australia): Commonwealth of Australia; 2011.
8. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Diabetic foot problems. Inpatient Management of Diabetic Foot Problems. London: NICE; 2011.
9. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of Diabetes. A National Clinical Guideline. Edinburgh: SIGN; 2010.
10. Rumbo-Prieto JM, Arantón-Areosa L, Romero-Martín M, Rana-Lama C, Tizón-Bouza E. Quality of Clinical Practice Guides and Evidence Guides on Diabetic Foot. [Oral Presentation]. In: 24th Conference of the European Wound Management Association (EWMA), X Simposio Nacional sobre Úlceras por Presión y Heridas Crónicas de GNEAUPP. Madrid, 14-16 May 2014. DOI: 10.13140/RG.2.1.4147.8481

AUTORES/AUTHORS:

MARTA MAS ROMERO, RAQUEL CERES MARTINEZ, ELENA GOMEZ JIMENEZ, LAURA PALAZON VALCARCEL, SARA PLAZA RIVERA, NURIA CASERO PEINADO, ELISA BELEN CORTES ZAMORA, ANA ISABEL BRIONES GARCIA, ALMUDENA AVENDAÑO CESPEDES

TÍTULO/TITLE:

INCONTINENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN DOS RESIDENCIAS DE ANCIANOS

Objetivo:

Describir la prevalencia de incontinencia urinaria y su relación con la calidad de vida en dos residencias de ancianos institucionalizados.

Método:

Estudio descriptivo, observacional y transversal, llevado a cabo durante los meses de Enero a Abril del 2015, donde los valores analizados corresponden a 103 sujetos mayores de 65 años de dos residencias de ancianos institucionalizados. Se recogieron variables sociodemográficas, comorbilidad mediante el Índice de Charlson, el estado de fragilidad según los criterios de L. Fried, y el grado de dependencia según el Índice de Barthel. Se recogieron datos sobre el patrón urinario habitual mediante entrevista, y se utilizó el Cuestionario para la clasificación clínica de la IU (IU-4) y el International Continence Questionnaire Short Form (ICIQ-SF) que aportan información para orientar al diagnóstico del tipo de IU así como para conocer el impacto sobre su calidad de vida. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa SPSS 15.0.

Resultados:

La edad media fue de 86,27 años (DE 6,98). De los 103 sujetos, 71 (68,9%) eran mujeres. La media de Índice de Barthel, fue de 72,28 (DE 24,9), y 56 (54,9%) presentaron dependencia moderada puntuando entre ≤ 90 y > 60 puntos. 19 sujetos (18,4%) tuvieron una alta comorbilidad con una puntuación >3 puntos según el Índice de Charlson. 60 (58,3%) fueron frágiles según los criterios de L. Fied. De los 103 sujetos con datos válidos para el análisis, 76 (73,8) tenían IU. De los que presentaron IU, 68 (89,4%) tenían un Índice de Barthel ≤ 90 ($p < 0,001$) y 22 (28,94%) de los incontinentes presentaron dependencia severa y total puntuando según el Índice de Barthel ≤ 60 . De los incontinentes, 51 (67,1%) eran sujetos frágiles ($p < 0,05$). Según el ICIQ-SF de los 74 sujetos con datos válidos para el análisis, 36 (48%) pierden orina una o más veces al día y 38 (50%) refieren perder muy poca cantidad de orina habitualmente. 41 (55,4%) refiere que los escapes no le afectan en su vida diaria y 51 (68,9%) reconocen incontinencia de urgencia, manifestando pérdidas de orina antes de llegar al servicio, y/o incontinencia de esfuerzo produciéndose dichas pérdidas al toser o estornudar.

Conclusiones:

En nuestra muestra, la incontinencia de urgencia y esfuerzo son las más frecuentes. Existe una relación estadísticamente significativa entre la incontinencia y la fragilidad así como con la dependencia. Es llamativo que a pesar de tener alta prevalencia de incontinencia en nuestra muestra, a más de la mitad de los incontinentes, los escapes producidos no le afectan en su vida diaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. García-García FJ, Larrión-Zugasti JL y Rodríguez-Mañas L. Fragilidad: un fenotipo en revisión. Gac Sant. 2011; 25 (S): 51-58.
2. Andersson KE, Chapple CR, Cardozo L, Cruz F, Hashim H, Michel MC, et al. Pharmacological. Treatment of Urinary Incontinence. En: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Incontinence. 4th International Consultation on Incontinence. 4th ed. Paris, France: Editions 21, 2009. Disponible en: http://www.icsoffice.org/Publications/ICI_4/book.pdf.

3. Badia X, Castro D, Perales L, Peña JM, Martínez E, Conejero J, et al. Elaboración preeliminar del cuestionario para la clasificación clínica de la incontinencia urinaria IU-4. Actas Urol Esp. 1999;23(7):576.
4. Espuña M, Castro D, Carbonell C, Dilla T. Comparison between the "ICIQ-UI Short Form" Questionnaire and the "King's Health Questionnaire" as assessment tools of urinary incontinence among women. Actas Urol Esp. 2007;31(5):502-10.

AUTORES/AUTHORS:

Juan Manuel Carmona Torres, Pablo Jesús López Soto, Beatriz Recio Andrade, Patricia Luque Carrillo, M^a Aurora Rodríguez Borrego

TÍTULO/TITLE:**REPERCUSIÓN DEL MALTRATO EN LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES**

Objetivos: El maltrato a personas mayores es un problema sociosanitario emergente y de gran importancia en la actualidad. Ocurre en países ricos y pobres, y en todos los niveles de la sociedad. Puede ocurrir tanto en el hogar como en un entorno institucional (Crome et al., 2014). En el ámbito comunitario, el equipo de investigación que sustenta este estudio ha dimensionado la prevalencia del maltrato a PM en Bolivia, España y Portugal (Carmona-Torres et al., 2015; Carmona-Torres, 2015). Estos malos tratos tiene importantes repercusiones en la salud de las PM. El objetivo de este estudio fue identificar las repercusiones en la salud de las personas mayores que sufren maltrato.

Metodología: se trata de un estudio de revisión sistemática. el ámbito de estudio fueron las bases de datos: Pubmed y Google Académico, introduciendo como términos de búsqueda: “repercusión del maltrato”, “consecuencias del maltrato”, y “salud y maltrato a ancianos”. Los documentos eran seleccionados si cumplían los criterios de inclusión: artículos originales y de revisión; publicados desde el 1 de Enero de 1990 al 1 de Octubre de 2015, que estuvieran escritos en inglés o español; y que explicaran las repercusiones o consecuencias en la salud de las personas mayores que sufrían maltrato. Se hizo una lectura crítica de las publicaciones que cumplían con los criterios de inclusión. Finalmente se seleccionaron siete publicaciones, a las que se realizó un análisis estadístico y temático/categorial.

Resultados: de las dos bases de datos y periodo consultado, hubo siete artículos que cumplieron los criterios de inclusión. Abordaban las consecuencias físicas del maltrato el 71,42% de los artículos, siendo las más frecuentes hematomas, heridas en la cabeza, dolor físico persistente, fracturas, mala alimentación y deshidratación, trastornos del sueño, etc. Respecto a las consecuencias psicológicas (42,85% de los artículos), las mayoría de los estudios señalan la depresión como principal consecuencia, siendo también común la ansiedad y las alteraciones del sueño. Abordan las consecuencias sociales el 42,85% de los artículos, siendo la más frecuente el aislamiento de familiares y amigos.

Discusión/Conclusiones: las lesiones, el miedo y el estrés asociados al maltrato pueden ocasionar que los problemas de salud se hagan crónicos (Campbell, 2002). También pueden reducir la esperanza de vida y, como una de las consecuencias más fatídicas, pueden llevar a la muerte de las personas mayores (Corbacho-Armas, 2013). A su vez, estos malos tratos repercuten en los sistemas sanitarios debido a que las personas mayores que padecen maltrato hacen un mayor uso de los servicios sanitarios y presentan mayor número de hospitalizaciones condicionadas por la morbilidad asociada a los síntomas y consecuencias del maltrato (Fernández-Alonso & Herrero-Velázquez, 2006). Todo esto hace que el maltrato a la personas mayores sea un problema sociosanitario emergente en las sociedades desarrolladas y de gran importancia en la actualidad e impele la puesta en marcha de planes de actuación por parte de los profesionales sanitarios para la detección y tratamiento de casos de maltrato.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359(9314), 1331-1336.

Carmona Torres, J. M. (2015). Estudio sobre el maltrato a personas mayores vulnerables en el entorno familiar comunitario en

- España (Andalucía-Córdoba), Portugal (Oporto-Azores) y Bolivia (Santa Cruz de la Sierra). Estudio comparativo [Tesis doctoral]. Córdoba: Universidad de Córdoba.
- Carmona-Torres, J. M., López-Soto, P. J., Coimbra-Roca, A. I., Gálvez-Rioja, R. M., Goergen, T., & Rodríguez-Borrego, M. A. (2015). Elder abuse in a developing area in Bolivia. *Journal of interpersonal violence*, (published online before print October 6, 2015). doi:0886260515608803.
- Corbacho-Armas, K. (2013). *El maltrato en el anciano* [Tesis fin de grado]. Cantabria: Universidad de Cantabria.
- Crome, P., Moulias, R., Sánchez-Castellano, C., Tilvis, R., Arora, A., Busby, F., ... & Cruz-Jentoft, A. J. (2014). Elder abuse in Finland, France, Spain and United Kingdom. *European Geriatric Medicine*, 5(4), 277-284.
- Fernández-Alonso, M. C., & Herrero-Velázquez, S. (2006). Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I) [Abuse in the elderly. Possibilities of intervention from primary care (I)]. *Atención Primaria*, 37, 56-59. doi:10.1157/13083927
- Lachs, M. S., Williams, C., O'Brien, S., Hurst, L., & Horwitz, R. (1997). Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine-year observational cohort study. *The Gerontologist*, 37(4), 469-474. doi: 0.1093/geront/37.4.469
- Sethi, D., Wood, S., Mitis, F., Bellis, M., Penhale, B., Marmolejo, I. I., ... & Kärki, F. U. (2011). *European report on preventing elder maltreatment*. Copenhagen: World Health Organization.

AUTORES/AUTHORS:

Delia Peñacoba Maestre, Silvia Fernández Rodríguez, Ricardo de Dios del Valle

TÍTULO/TITLE:**EVALUACIÓN TRAS UN AÑO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA PREVENIR CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES**

Las caídas son la 2^o causa de muerte por lesiones accidentales en el mundo. 424.000 personas mueren al año en el mundo por caídas. 37,3 millones de personas al año requieren asistencia médica por caídas en el mundo. Se estima que en 1 año sufren caídas un 33% de las personas mayores que viven en la comunidad.

Objetivo: Evaluar la efectividad de programa educativo para prevenir caídas en población mayor de 65 años no institucionalizada tras un año de su intervención.

Métodos:

Ámbito: Comunidad. Diseño: Estudio cuasiexperimental con grupo control. Sujetos: Se seleccionan 13 personas mayores de 65 años para realizar una intervención educativa en el centro social (grupo intervención, gl) y 11 personas para configurar el grupo control (gC). Variables: Sociodemográficas, clínicas. Sesiones semanales de Programa de ejercicios multicomponente que combina fuerza muscular, equilibrio, flexibilidad y marcha de 45' de duración impartidas por fisioterapeuta y enfermera durante 12 semanas. Entrega de hoja de ejercicios para realizar en casa hasta la siguiente sesión. Seguimiento mensual a través de llamada telefónica durante los siguientes 9 meses, preguntándoles si realizan los ejercicios y si han tenido alguna caída. La efectividad se mide en mejora de la calidad de vida mediante las viñetas COOP/WONCA (pre y post intervención, al mes y al año). Análisis: Descriptivo clásico, la efectividad se mide mediante comparación de medias en muestras relacionadas. Nivel significación estadística: 95%.

Resultados: Grupo de intervención: Edad media: 80,08 años. 92,9% mujeres. Toman 7 fármacos de media; la media de caídas en los últimos 12 meses es de 1,07. Escala Dowton (riesgo caídas>2): 4,5. Test Barber(Riesgo dependencia >=1): 1,07. Test Barthel(dependencia escasa 91-99): 93,9. Test Pfeiffer(deterioro cognitivo 0-2 normal): 0,79. No hay diferencias estadísticamente significativas entre gC y gl. Puntuación media en COOP/WONCA (Calidad de vida) pasa de 22,92 a 20,77 en el grupo control (n.s) y 24,73 pre-intervención a 20,91 al mes de la intervención (p:0,016). Esta mejora se produce en la forma física, cambio en el estado de salud y estado anímico. No se observa variación en el número de caídas, prácticamente inexistentes en ambos grupos. En la evaluación al año, se producen pérdidas de pacientes (3 en el gC y 1 en el gl). La puntuación media es de 22.92 en gl y 22.5 en gC. No hay diferencias significativas entre ambos grupos en la evaluación al año.

Discusión: Observamos que la calidad de vida declarada por los pacientes mejora de forma significativa en el grupo intervención en la evaluación tras la misma; sin embargo, al año ambos grupos se comportan de una misma forma, sin diferencias significativas y se vuelve a la situación inicial. Parece necesario realizar actividades de refuerzo a lo largo del tiempo para mantener las mejoras conseguidas con la intervención.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

*Health Evidence Network (HEN). "What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? How should interventions to prevent falls be implemented?". WHO, March 2004.

*Tideiksaar Rein. "Caídas en ancianos: Prevención y tto.". Masson. Barcelona, 2005.

*Pekka Kannus; Kirsti Uusi-Rasi; Mika Palvanen; Jari Parkkari. "Non-pharmacological means to prevent fractures among older

people". Annals of Medicine. Taylor& Francis. Volume 37, Number 4/ June 2005.

*Helen W.Lanch. "Populations at risk across the lifespan. Incidence and Risk factors for developing fear of falling in older adults". Public Health Nursing. Volume 22 issue 1, page 45. January 2005.

*Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. "Intervenciones para la prevención de caídas en las personas ancianas (revisión Cochrane traducida)". La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2005. Oxford, Update Software Ltd. www.update-software.com

*Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in older people living in the community (Review). Cochrane Database of Systematic Review2009, Issue2.Art.No:CD007146.D01:10.1002/14651858.CD007146.pub2.

*Saiz Llamosas JR, Impacto de un programa de fisioterapia sobre la movilidad, el equilibrio y la calidad de vida de las personas mayores. Tesis doctoral. Universidad de Valladolid. 2011 <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/1027/1/TESIS187-120702.pdf>

*Izquierdo, M. , Cadore, E.L. , Casas Herrero, A. " Ejercicio físico en el anciano frágil: Una manera eficaz de prevenir la dependencia". Kronos 2014:13(1) American Geriatrics Society, 2011.

*Exercise for healthy ageing". Help TheAged in collaboration with Wandsworth Primary Care Trust and Camden Active Health Team, London Borough of Camden. www.helptheaged.org.uk/en-gb

*Move for Health. WHO. www.who.int/moveforhealth/en/

*Proyecto PRECAN. Estudio de prevención de caídas en personas mayores. Fundación IAVANTE (Consejería de Salud de Andalucía) y Fundación Pfizer. www.iavantefundacion.com/portal3d/accion_social/precan/default.htm

AUTORES/AUTHORS:

MARCELINA RODRIGUEZ RAMOS, FRANCISCO JAVIER AMARILLA DONOSO, JAVIER DOMINGUEZ IGLESIAS, LOURDES CORRAL NIETO, ELENA GÜESTA GUERRA, FIDEL LOPEZ ESPUELA

TÍTULO/TITLE:

¿INFLUYE LA FRACTURA DE CADERA EN LA CALIDAD DE VIDA Y EN EL ESTADO DE ÁNIMO DEL ANCIANO?

OBJETIVOS

Determinar la calidad de vida antes y al mes de la cirugía de fractura de cadera

Conocer el estado de ánimo de estos pacientes

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo, longitudinal. Periodo de estudio desde mayo de 2015 a enero de 2016 en el Hospital San Pedro de Alcántara.

La muestra fue consecutiva. Se incluyeron pacientes mayores de 65 años intervenidos por fractura de cadera; excluidos aquellos con deterioro cognitivo.

Se recogieron variables sociodemográficas, sobre Calidad de Vida (Cuestionario Euroqol-5D) y estado de ánimo (Escala de depresión de Yesavage), previas a la fractura y al mes después de la intervención quirúrgica mediante entrevistas presenciales. El estudio fue aprobado por el Comité Ético e Investigación Clínica de la provincia de Cáceres

RESULTADOS

Se incluyeron 94 pacientes, edad media 84,58 (DE: 6,66). El 74% mujeres; y el 55,2% viudas/os.

Respecto de la calidad de vida, las puntuaciones medias basal y posterior a la fractura en la Escala Visual Analógica (EVA) del cuestionario EQ 5D fue de 72,95 (DE: 16,99) vs 59,45 (DE: 59,17) respectivamente, hubo disminución significativa ($r=0,341$; $p=0,004$).

El estudio de las 5 dimensiones del cuestionario EQ-5D, mostró que el 47,8% no presentaba problemas de movilidad y el 100% si los presentaba al mes. El 62,8 % no tenía problemas en su cuidado personal frente al 94,8% que los presentaba posteriormente. El 58,5 % no tenía problemas para realizar actividades cotidianas pero si tenían problemas el 96,4% posteriormente. El 34,6% no presentaba dolor/malestar vs al 72,7% que si lo tenía al mes de la intervención; y el 34,5% presentaba problemas de ansiedad/depresión antes frente al 36,4% que los presentaba al mes. En ninguna de estas dimensiones hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres ($p>0,05$).

Se observó como el estado de salud, estaba inversamente relacionado con el estado de ánimo tanto antes como después de la intervención, ($r=-0,553$; $p<0,001$ $r=-0,385$; $p<0,001$).

Aunque antes de la fractura el 94,10% no tenía alteración del estado de ánimo, al mes de la intervención quirúrgica presentaban probable depresión el 20,50% y depresión establecida el 11%.

CONCLUSIONES

La fractura de cadera afecta negativamente a la calidad de vida de los ancianos observando una disminución significativa al mes de la intervención quirúrgica.

El estado de ánimo influye negativamente en la calidad de vida percibida, de forma que a mayor puntuación en la Escala de Depresión, peor estado de salud percibido.

Conocer el impacto de la fractura de cadera sobre la calidad de vida y el estado de ánimo nos facilitará diseñar intervenciones y estrategias que minimicen estas situaciones en los pacientes ancianos en este caso.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFIA

1. Friedman SM , Mendelson DA. Epidemiology of fragility fractures. Clin Geriatr Med. 2014; 30(2):175-81.
2. Azagra R, López-Expósito F, Martín-Sánchez JC, Aguyé A, Moreno N, Cooper C, Díez-Pérez A, Dennison EM. Changing trends in the epidemiology of hip fracture in Spain. Osteoporos Int. 2014 ;25(4):1267-74
3. González Montalvo JI, Gotor Pérez P, Martín Vega A, Alarcón Alarcón T, Álvarez de Linera JL, Gil Garay E, et al. La unidad de ortogeriatría en agudos. Evaluación de su efecto en el curso clínico de los pacientes con fractura de cadera y estimación de su impacto económico. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011;46:193–196.
4. Parsons N, Griffin XL, Achten J, Costa ML. Outcome assessment after hip fracture: is EQ-5D the answer? .Bone Joint Res Mar. 2014; 3(3):69-75.
5. Instituto de Información sanitaria. Estadísticas comentadas: La Atención a la Fractura de Cadera en el SNS [publicación en internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad Política Social; 2010. Disponible en:
<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>
6. Buecking B ,Struwer J, Waldermann A, Horstmann K, Schubert N, Balzer-Geldsetzer M, Dodel R, Bohl K, Ruchholtz S, Bliemel C. What determines health-related quality of life in hip fracture patients at the end of acute care? a prospective observational study. Osteoporos Int. 2014;25(2):475-84

AUTORES/AUTHORS:

Ismael Ortuño-Soriano, Daniel Muñoz Jiménez, José Ángel González Sánchez, M^a Teresa González Martín, Carmen Gómez de Enterría, Francisco García García, Encarnación Fernández del Palacio

TÍTULO/TITLE:

CALIDAD Y CANTIDAD EN LOS REGISTROS INFORMÁTICOS DE CUIDADOS TRAS INTERVENCIÓN DE MEJORA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

OBJETIVOS. El objetivo principal del presente estudio ha sido analizar el impacto que una intervención formativa pudiera tener en variables referentes a calidad y cantidad del registro informático de cuidados en un hospital de tercer nivel, particularmente sobre los informes de enfermería al alta (IEA) y otros registros relacionados con la seguridad de los cuidados.

MÉTODOS: Estudio de intervención pre-post. La intervención consistió en la implantación de un programa formativo y de sensibilización dirigido a enfermeras de todas las unidades de hospitalización del Hospital Universitario Clínico San Carlos, en Madrid, a finales del año 2014, basado en la puesta en valor de la importancia del registro, apoyado en sesiones clínicas de enfermería focalizadas, y difundido con el fin de incrementar el número y calidad de las principales variables de resultado. El resultado de dicha intervención se valoró comparando los datos previos a la misma (P0 año 2014), con los resultados en el período posterior a la intervención (P1 año 2015). Las principales variables de resultado fueron, en relación a la cantidad de registros, el porcentaje de pacientes con IEA, el porcentaje de pacientes con planes de cuidados y el porcentaje de pacientes con objetivos evaluados del plan de cuidados que tenían asignado. Por su parte, al mismo tiempo, se evaluó el incremento o no de los criterios de adecuación (calidad) del registro, basados en el grado de concordancia, adecuación y cumplimentación del IEA. También se valoró en qué medida varió la cantidad de registros relativos a valoración del dolor al ingreso, del riesgo de caídas y del riesgo de úlceras por presión. Se utilizó la prueba de rangos de Wilcoxon para determinar las diferencias entre los momentos de antes (P0) y después (P1) de la intervención, además de estudiar la correlación entre variables mediante el coeficiente de correlación de Pearson, aceptando una significación estadística de $p < 0.05$.

RESULTADOS: El porcentaje de pacientes con IEA antes de la intervención fue del 49.8%, llegando hasta el 74.5% diez meses después de la intervención, incrementándose también el porcentaje de pacientes con cuidados planificados (un 1,4%) y evaluación de objetivos (3.5%) de los mismos. Por otro lado, los registros de valoración del dolor aumentaron un 5.7%, mientras que los de caídas y riesgo de úlceras por presión disminuyeron un 12.9% y 13.9%, respectivamente. Así mismo, mientras la concordancia entre los distintos epígrafes del registro aumentó (8.8%), la adecuación del IEA disminuyó un 25.1% y la cumplimentación de todos los ítems del mismo se redujo en un 8.8%. En todos los casos, las diferencias fueron estadísticamente significativas. Además, se observó una correlación positiva significativa entre el porcentaje de pacientes con IEA y su adecuación ($r=0.364$), mientras que la relación con la concordancia era prácticamente nula ($r=0.076$).

DISCUSIÓN. El IEA es considerado esencial por numerosos autores como elemento articulador de cuidados, oscilando el porcentaje de elaboración en las referencias españolas entre el 17.7% y cifras cercanas al 100%^{1,2}. En nuestro caso, los resultados muestran una mejora neta en la cantidad de pacientes que abandonan el hospital con IEA tras la intervención formativa realizada, además de mejorar levemente el total de planes de cuidados planificados y evaluados. Estos resultados, a priori, benefician el cumplimiento de objetivos institucionales, tales como el hecho de aumentar el número total de IEA. No obstante, y es lo que no se ha podido contrastar en la evidencia publicada, en nuestra experiencia la actividad formativa se ha mostrado eficaz en criterios de cantidad, pero con resultados variables si atendemos a la calidad del registro, por lo que es necesario seguir profundizando en cuáles son las

mejores estrategias para garantizar, no solo que la mayor cantidad de pacientes dispongan de un IEA, sino que éste y los registros asociados posean los atributos adecuados. Por otra parte, es preciso proponer una reflexión en torno a objetivos institucionales basados en cantidad de registros, puesto que ello no siempre garantiza la calidad del mismo, además de buscar el consenso en cuáles deberían ser los mejores criterios para articular el análisis cualitativo armonizado entre las distintas instituciones sanitarias.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Cruzado C, Bru A, González R, Aída S. Valoración del informe de continuidad de cuidados por enfermeras en atención primaria. *Enfermería en cardiología*. 2008; 45: 21.
2. Martínez LE, Cantero ML. Informe de cuidados en enfermería,, revisión de su situación actual. *Enfermería global*. 2013; 32:336-45.

AUTORES/AUTHORS:

RAÚL SOTO CÁMARA, MARIA INMACULADA SANTAMARÍA CUESTA, MARIA CONSUELO RODRIGUEZ GARCIA, MARÍA CELESTE SANTIAGO VALLADOLID, MARIA LOURDES DIEZ GONZALEZ, BEGOÑA MARIA GONZALEZ PEREZ, MARGARITA HERNANDO PEREZ, TANIA MARTIN AUSIN

TÍTULO/TITLE:

EFFECTIVIDAD DE LAS UNIDADES DE ICTUS EN EL ABORDAJE DE PACIENTES CON ICTUS

INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Ictus (UI) son unidades de cuidados agudos no intensivos destinadas de forma exclusiva a la atención de pacientes con ictus, caracterizadas por la sistematización en la atención, con criterios de ingreso, diagnósticos y terapéuticos preestablecidos, por parte de personal entrenado

OBJETIVO

Identificar la mejor evidencia científica disponible que demuestre la efectividad de la atención en UI en la mejora del pronóstico del paciente que ha padecido un evento cerebrovascular en términos de reducción de la morbi-mortalidad, del grado de discapacidad-dependencia y de la necesidad de institucionalización

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 bases de datos (BVS-CINAHL-COCHRANE-CUIDEN-EMBASE-IBECs-IME-LILACS-MEDLINE-ScIELO-JBI), entre enero y mayo de 2016. 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 el paciente adulto que ha padecido un evento cerebrovascular (P), la atención hospitalaria en Unidades de Ictus (I) es más efectiva que la atención estándar en unidades de hospitalización (C), en lo referente a la morbi-mortalidad, recuperación funcional e índices de institucionalización (O)". Se utilizaron como palabras clave los MeSH (stroke, patient care management, hospital unit, intensive care unit, effectiveness) y DeCs (accidente cerebrovascular, manejo de atención al paciente, atención hospitalaria, unidad de cuidados intensivos, efectividad) adecuados al objetivo del estudio combinados mediante operadores booleanos, junto con términos libres, alguno de ellos truncados, con la finalidad de incluir todas las posibles terminaciones. Se seleccionaron todos los trabajos originales cuyo diseño metodológico fuese EC controlados y aleatorizados, RS o MA, publicados en inglés o castellano en los últimos 20 años, que comparasen el efecto de la atención en UI con otras modalidades organizativas alternativas en la reducción de la morbi-mortalidad y de las consecuencias asociadas al ictus, con al menos el resumen disponible. La selección de los estudios potencialmente relevantes 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 299 trabajos, que tras una primera lectura y evaluación del título y resumen, se descartaron 273 al no estar relacionados con el tema objeto de la revisión, no ajustarse a los criterios de inclusión ó estar duplicados. Como estrategia secundaria se realizó una búsqueda de la literatura gris y de las referencias bibliográficas de las 26 publicaciones seleccionadas, lo que permitió localizar 2 nuevos artículos relevantes. Tras la lectura crítica del texto completo, 11 de los 28 trabajos obtuvieron una puntuación mínima que garantizase el cumplimiento de los criterios de validez metodológica establecidos en las Fichas de Lectura

Crítica 2.0, distribuidos en 3 EC, 7 RS y 1 MA

Se incluyeron un total de 9768 pacientes, de los cuales 5321 fueron ingresados en unidades multidisciplinarias destinadas exclusivamente al cuidado de pacientes con ictus, con criterios de ingreso, diagnóstico y terapéutico preestablecidos. En la mayoría de los trabajos se establecieron como criterios de admisión para la atención en este tipo de unidades la edad (18-70 años), el retraso en la atención desde el inicio de los síntomas (<24 h-7 días) o el tipo de ictus (isquémico-hemorrágico-AIT). La situación de dependencia se valoró mediante el índice de Barthel o la escala Rankin modificada. En cuanto al periodo de seguimiento de los pacientes, este osciló entre el alta hospitalaria y los 6,5 años

Existió gran variabilidad en cuanto al tipo de modalidad organizativa en las UI analizadas, (UI aguda, UI de rehabilitación, UI combinada, UI mixta, equipo móvil de ictus), observándose que cuanto mayor era su grado de especialización mayor era la reducción en la mortalidad, incrementándose la probabilidad de una mejor evolución, en términos de independencia funcional y no institucionalización. El número de pacientes que fue necesario tratar en una UI para evitar una muerte precoz osciló entre 17 y 22. No se observó aumento sistemático en la duración de la estancia hospitalaria.

DISCUSIÓN

En los trabajos revisados, existe una importante variedad en las tipologías de UI analizadas así como en las características de los pacientes en ellas ingresados, lo que puede dificultar su comparabilidad

La atención al ictus, proporcionada a través de cuidados organizados en las diferentes modalidades de UI, en especial la combinada que incluye rehabilitación temprana y continuada durante y tras el periodo agudo, mejora los resultados clínicos y las expectativas de supervivencia del paciente respecto de los que se obtienen en la atención hospitalaria convencional, especialmente en aquellas formas más graves, independientemente de su edad o sexo. Los equipos de ictus no aportan ventajas significativas

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Fagerberg B, Claesson L, Gosman-Hedström G, Blomstrand Ch. Effect of acute Stroke Unit care integrated with care continuum versus conventional treatment: a randomized 1-year study of elderly patients: The Goteborg 70+ Stroke Study. *Stroke* 2000; 31: 2578-84
- Kalra L, Evans A, Perez I, Knapp M, Donaldson N, Swift CG. Alternative strategies for stroke care: a prospective randomised controlled trial. *Lancet*. 2000; 356:894-99
- Langhorne P, Stroke Unit trialists' collaboration. Collaborative systematic review of the randomised trials of organised inpatient (stroke unit) care after stroke. *BMJ* 1997; 314: 1151-59
- Ma RH, Wang YJ, Qu H, Yang ZH. Assessment of the early effectiveness of a stroke unit in comparison to the general ward. *Chin Med J (Engl)* 2004; 117: 852-55
- Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 9. Art. No.: CD000197. DOI: 10.1002/14651858.CD000197.pub3.
- Sun Y, Paulus D, Eyssen M, Maervoet J, Saka O. A systematic review and meta-analysis of acute stroke unit care: what's beyond the statistical significance? *BMC Med Res Methodol*. 2013, 13:132

POSTER 6**AUTORES/AUTHORS:**

Almudena Baz Pacheco

TÍTULO/TITLE:

LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPEÚTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Entendemos por "limitación de esfuerzo terapéutico" (LET) la decisión de no iniciar o retirar actividades terapéuticas fútiles.

La práctica de la LET genera inseguridad entre los profesionales, debido a la falta de formación y a que no disponen de protocolos.

Se ha tomado como población la unidad de cuidados intensivos (UCI) de adultos y pediátrica.

1- OBJETIVOS:

Principal: Revisar el concepto de LET debido al aumento de su frecuencia e importancia a nivel clínico.

Objetivos específicos:

o Definir las formas de realización de la LET en la UCI.

o Diferenciar la actuación en adultos con la pediátrica

o Establecer las bases de comunicación adecuadas en situaciones de LET entre el equipo asistencial y el paciente y la familia.

o Explicar el papel que desempeña la enfermería en la LET.

2- MÉTODO: Se ha realizado una revisión con los criterios de inclusión: congruencia con el PICO; años 2010-2016; especie humana; e idiomas inglés, castellano y portugués. Criterios de exclusión: repetición de contenido, no tener acceso al artículo de forma gratuita, ser de mala calidad metodológica no pasando el cribado del CASPE. Bases de datos: Pubmed, Scielo, Cinhal, Cuiden, Epistemonikos, Cochrane plus, Bvs, Google académico y Guía salud.

3- RESULTADOS: Fueron incluidos 17 artículos. Para decidir la forma de LET a implantar se debe clasificar al paciente según el esfuerzo terapéutico. El uso de conferencias, para compartir información entre el equipo asistencial y con la familia, mejora la comunicación.

La enfermera implanta las medidas de LET pero no existe consenso acerca de su participación en la toma de decisiones. Los cuidados paliativos pediátricos están muy poco desarrollados y se introduce el concepto de la muerte en el hogar.

4- DISCUSIÓN: Hay dos cuestiones sujetas a polémica, la instauración o no de la LET en la UCI y en el papel de enfermería en el proceso de toma de decisiones.

Conclusión: La mejora en la comunicación con la familia y la participación de todo el equipo en la LET mejora el cuidado del paciente y reduce la tensión del personal.

Implicaciones para la práctica: Creación de grupos en los cuales haya representantes del equipo asistencial y de la familia en los que se debatan las decisiones entorno a la LET, la promoción del consenso multidisciplinar en la toma de decisiones de la LET a través de guías de práctica clínica, la formación continuada de los profesionales enfermeros y el desarrollo de recursos para su implicación en la LET.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Solís J, Gómez I. La aplicación de las órdenes de no reanimación y la limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes ingresados en medicina interna en un hospital comarcal. *RevCalidAsist.* 2013; 28(1):50-55.

Junta de Andalucía. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: recomendaciones para la elaboración de protocolos. Sevilla. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014.

http://si.easp.es/eticaysalud/sites/default/files/limitacion_esfuerzo_terapeutico_cuidados_intensivos.pdf (último acceso 5 de Enero de 2016).

Ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado*, 24 de Noviembre de 1955. 281: 33987-34058. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1995-25444> (último acceso el 15 de Enero de 2016).

Betancourt GJ. Limitación del esfuerzo terapéutico versus eutanasia: una reflexión bioética. *Humanidades Médicas* 2011; 11(2):259-273.

Tamaki CM, Meneguín S, Alencar RA, Luppi CHB. Careto terminal patients. Perception of nurses from the intensive care unit of a hospital. *Invest Educ Enferm.* 2014; 32 (3): 414-420.

De vos MA, Bos AP, Plötz F, Van Heerde M, De Graaff BM, Tate k, et

- al. Talking With Parents About End-of-Life Decisions for Their Children. *Pediatrics*. 2015; 135 (2), 465- 476.
- Doorenbos A, Lindhorst T, Starks H, Aisenberg E, Curtis JR, Hays R. Palliative Care in the Pediatric ICU: Challenges and Opportunities for Family Centered Practice. *SocWorkEndLifePalliatCare*. 2012; 8(4): 297–315.
- Kryworuchko J, Hill E, Murray MA, Stacey D, Fergusson D A. Interventions for Shared Decision Making About Life Support in the Intensive Care Unit: A Systematic Review. *WVN* 2013; 10:3–16.
- Michelson KN, Emanuel L L, Carter A, Brinkman P, Clayman ML, Frader J. Pediatric intensive care unit family conferences: one mode of communication for discussing end-of-life care decisions. *PediatrCritCareMed*. 2011 November; 12(6): e336–e343.
- Jensen HI, Ammentorp J, Erlandsen M, Ording H. Withholding or withdrawing therapy in intensive care units: an analysis of collaboration among health care professionals. *IntensiveCare Med*. 2011; 37:1696–1705.
- Efstathiou N, Clifford C. The critical care nurse's role in End of Life care: issues and challenges. *British Association of critical care nurses*. 2011; 16 (3): 116-123.
- Efstathiou n, Walker W. Intensive care nurses' experiences of providing end of life care after treatment withdrawal: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. 2014; 23:3188–3196.

POSTER 8**AUTORES/AUTHORS:**

Debora Gonzalez Lorenzo

TÍTULO/TITLE:**PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN: EJERCICIO FÍSICO DURANTE EL EMBARAZO Y REDUCCIÓN DE LA DIABETES GESTACIONAL****Introducción**

La diabetes mellitus gestacional (DMG) se define como la intolerancia a los hidratos de carbono con el inicio o primer reconocimiento en el embarazo (1,2). La DMG es una complicación cada vez mas frecuente en el embarazo (3). Su frecuencia es variable según los diferentes estudios, poblaciones y criterios diagnósticos utilizados, afectando aproximadamente al 10% de los embarazos (4).

La prevalencia de DMG es diferente en el mundo, varía según la raza y el origen étnico, siendo mayor en los asiáticos e isleños del pacífico (1,5), en particular entre las mujeres del sur de Asia (3), así como de los criterios diagnósticos (4). Según análisis realizados por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades en 2014, se calcula que su prevalencia es de 9,2 % (6).

La DMG se asocia con mayor riesgo de padecer trastornos graves tanto en la madre como en el feto; hipotensión, parto prematuro, preeclampsia, parto inducido o por cesárea, macrosomía fetal, y obesidad materna (1,7,8), sufrimiento fetal, muerte intrauterina y un ligero aumento de malformaciones fetales (4). Además las mujeres con DMG tienen mayor riesgo de desarrollar en el futuro Diabetes Mellitus tipo 2 (2,5,7).

Objetivo:

Estudiar si la realización de un programa de ejercicio aeróbico tres veces a la semana junto con un refuerzo de consejo dietético mayor al de la práctica clínica habitual desde el primer trimestre del embarazo reduce la incidencia de diabetes mellitus gestacional (DMG).

Métodos:

El diseño del estudio será un Ensayo de intervención comunitario con aleatorización por conglomerados, controlado de grupos paralelos, multicéntrico, con ciego del evaluador y el analista. Unidad de aleatorización: Centros de Salud.

El ámbito de estudio serán Equipos de Atención Primaria del Área de salud de Ávila que da cobertura sanitaria a una población en un entorno urbano, semiurbano y rural.

El estudio irá dirigido a mujeres mayores de 17 años sanas que acuden por primera vez a la consulta de la matrona de Atención Primaria para iniciar el control de su embarazo, que no presenten ninguna contraindicación para realizar ejercicio y que deseen participar en el estudio. Excluyéndose mujeres con embarazo de alto riesgo, mujeres en tratamiento con fármacos que interfieran en el metabolismo de la glucosa, mujeres con dificultades para la comunicación, mujeres que consuman drogas y mujeres con diagnóstico de DMG en la valoración inicial del estudio.

VARIABLES: Dependiente: DMG. Independiente: Intervención. Covariables: Sociodemográficas, antropométricas, relacionadas con los factores de riesgo y de protección de la DMG, y con la gestación.

Fases del estudio:

FASE 1. Reclutamiento de los profesionales colaboradores que participan en el estudio. Estos lo harán de forma voluntaria, firmando un compromiso para ello.

FASE 2. Formación de los profesionales que participan en el estudio, sobre todas y cada una de las fases.

FASE 3. Reclutamiento de las mujeres, en la consulta de la matrona. Proporcionando toda la información del estudio y el consentimiento informado.

FASE 4. Prueba piloto, con 10 participantes que posteriormente serán excluidos del estudio para que no afecte a los resultados finales.

FASE 5. Valoración inicial de las participantes, mediante entrevista individualizada y exploración física .

FASE 6. Creación de los grupos de estudio, aleatorización por centros de salud con una razón 1:1 mediante programa informático.

FASE 7. Formación de los profesionales del grupo intervención.

FASE 8. Intervención. Se llevará a cabo exclusivamente en el grupo intervención. Se les hará una reunión intensiva grupal sobre hábitos alimentarios para prevenir la DMG, una vez al mes, tres veces a la semana acudirán a clases de fitness guiadas , de 60 minutos de duración.

FASE 9. Seguimiento. En el tercer mes de embarazo: Se les realizara una analítica en ayunas y se le realiza el test de adherencia a la dieta mediterránea. En el sexto mes se realiza una analítica en ayunas, el test de adherencia a la dieta mediterránea y la SOG. Tras el parto se realizará una analítica basal y el test de adherencia a la dieta mediterránea.

FASE 10. Finalización de la recogida de datos.

FASE 11. Análisis y difusión de resultados.

Análisis estadístico: Los datos serán analizados de acuerdo con la herramienta Consort Cluster. Se realizará análisis de comparabilidad basal de los grupos, estadística univariante, bivariante y regresión logística.

Aspectos éticos: Se respetarán las normas de buena práctica clínica vigentes así como los requisitos de la Declaración de Helsinki.

Palabras clave: Diabetes gestacional, exercise, early pregnancy, dietary advice.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

1. Russo LM, Nobles C, Ertel KA, Chasan-Taber L, Whitcomb BW. Physical activity interventions in pregnancy and risk of gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2015 Mar;125(3):576-82. doi: 10.1097/AOG.0000000000000691. Pubmed PMID: 25730218
2. Stafne SN, Salvesen KA, Romundstad PR, Eggebo TM, Carlslem SM, Morkved S. Regular exercise during pregnancy to prevent gestational diabetes: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2012 Jan;119(1):29-36. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182393f86. Pubmed PMID: 22183208
3. Mørkrid K, Jenum AK, Berntsen S, Sletner L, Richardsen KR, Vangen S, et al. Objectively recorded physical activity and the association with gestational diabetes. *Scand J Med Sci Sports.* 2014 Oct;24(5):e389–e397. doi: 10.1111/sms.12183. Pubmed. PMID: 24894027
4. Diabetes gestacional [Internet]. A Coruña: Atención primaria en la red, Fisterra [citado el 4 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/diabetes-gestacional/>
5. Cordero Y, Mottola FM, Vargas J, Blanco M, Barakat R. Exercise is associated with a reduction in gestational diabetes mellitus: a randomised controlled trial. *Med Sci Sports Exerc.* 2015 Jul;47(7):1328-33. doi: 10.1249/MSS.0000000000000547. Pubmed PMID: 25333246

6. American Diabetes Association [Internet]. Alexandria: The Association; c1995-2016 [actualizado 2013 Sept 27; citado 2016 Ene 22 ADA Office of Group Practice Liaison; [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en:
<http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/diabetes-gestacional/que-es-la-diabetes-gestacional.html>

7. Sanabria-Martinez G, Garcia-Hermoso A, Poyatos-Leon R, Alvarez-Bueno C, Sanchez-Lopez M, Martinez-Vizcaino V. Effectiveness of physical activity interventions on preventing gestational diabetes mellitus and excessive maternal weight gain: a meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2015 Jun;122:1167-1174. doi: 10.1111/1471-0528.13429. Pubmed. PMID: 26036300

8. Aittasalo M, Raitanen J, Kinnunen TI, Ojala K, Kolu P, Luoto R. Is intensive counseling in maternity care feasible and effective in promoting physical activity among women at risk for gestational diabetes? Secondary analysis of a cluster randomized NELLI study in Finland. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2012 Sep;5:9:104. doi 10.1186/1479-5868-9-104. Pubmed. PMID: 22950716

POSTER 9**AUTORES/AUTHORS:**

Judit Ortí Llorach

TÍTULO/TITLE:

Protocolo de Investigación: Lactancia materna exclusiva y retraso en la aparición de recaídas en la Esclerosis Múltiple.

JUSTIFICACIÓN: Debido a la ausencia de estudios originales acerca de este tema a nivel nacional y la importancia así como gran beneficio que pueden tener el hallazgo de resultados concluyentes para las mujeres con Esclerosis Múltiple, creemos necesaria la realización de un nuevo estudio primario teniendo en cuenta los hallazgos y sesgos de investigaciones previas.

OBJETIVO: Determinar la influencia de la lactancia materna exclusiva como factor protector retardando las recaídas postparto en las mujeres con Esclerosis Múltiple.

DISEÑO: Estudio observacional multicéntrico de seguimiento longitudinal de una cohorte. Periodo de seguimiento: 2 años postparto.

ÁMBITO DE ESTUDIO: Área de Salud de Ávila, que da cobertura a zona urbana, semirural y rural.

SUJETOS DE ESTUDIO: 36 mujeres diagnosticadas de Esclerosis Múltiple remitente-recurrente desde hace al menos un año, en su primer trimestre de gestación, que residan y sean atendidas y en el ámbito de estudio y deseen participar en este. Muestreo consecutivo en las consultas de neurología, ginecología y obstetricia, matronas y médicos de atención primaria.

VARIABLES: Dependientes: presencia de recaídas postparto (si/no). Independientes: práctica de lactancia materna exclusiva (si/no). Covariables: sociodemográficas (fecha de nacimiento, lugar de residencia y etnia), relacionadas con el estilo de vida (tabaquismo, fumadora pasiva, tipo de dieta, obesidad, nivel de actividad física, consumo de alcohol y consumo de cafeína), con la Esclerosis Múltiple (fecha de diagnóstico, número de recaídas, fecha de la recaída, estado de discapacidad, puntuación de la escala numérica del dolor, tratamiento modificador de la enfermedad, tratamiento sintomático, virus de Epstein-Barr y déficit de vitamina D), relacionadas con la lactancia materna (duración y motivo de abandono) y ginecoobstétricas (semana de embarazo en la visita de seguimiento, regularidad de la menstruación, edad de la menarquía, fecha de regreso de la menstruación postparto, paridad y tipo de parto).

FASES DE ESTUDIO: 1. Reclutamiento de los profesionales. 2. Preparación del estudio 3. Prueba piloto. 4. Reclutamiento de los sujetos de estudio y valoración inicial. 5. Seguimiento. 6. Asignación de las pacientes a los grupos de lactancia materna exclusiva y no lactancia materna exclusiva. 7. Análisis de los datos y difusión de resultados.

PLAN DE ANÁLISIS: Los datos serán analizados de acuerdo con la herramienta del Strobe Cohort Studies. Se realizará estadística univariante, bivariante y análisis de supervivencia (Kaplan-Meier y regresión de Cox).

ASPECTOS ÉTICOS: se respetarán las normas de Buena Práctica Clínica vigentes.

PALABRAS CLAVE: multiple sclerosis, postpartum relapses, exclusive breastfeeding, recurrence.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Stuart M, Bergstrom L. Pregnancy and multiple sclerosis. J Midwifery Womens Health. 2011 Jan-Feb;56(1):41-7. doi: 10.1111/j.1542-2011.2010.00008.x. Pubmed PMID: 21323849.
2. Hanulíková P, Vlk R, Meluzínová E, Hyncicová E, Binder T, Chmel R, et al. Pregnancy and multiple sclerosis -outcomes analysis 2003-2011. Ceska Gynekol. 2013 Apr;78(2):142-8. Pubmed PMID: 23710978.
3. Midaglia L, Muñoz García D. Embarazo y esclerosis múltiple. Revista Española de Esclerosis Múltiple. 2011 Dec; 3(20): 5-13.
4. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre la atención a las personas con esclerosis múltiple. AIAQS y FEM/Cemcat,

- coordinadores. Guía de práctica sobre la atención a personas con esclerosis múltiple. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 2012. Disponible en: http://www.cem-cat.org/wp-content/uploads/2014/09/Guia_Practica_Clinica_Esclerosis_Multiple.pdf
5. Fernández O, Arnal-García C, Arroyo González R, Brieva LL, Calles Hernández MC, Casanova-Estruch B, et al. Revisión de las novedades presentadas en el XXVIII Congreso del Comité Europeo para el Tratamiento e Investigación en Esclerosis Múltiple (ECTRIMS) (I). *Rev Neurol*. 2013; 57: 217-29.
 6. Jalkanen A. Multiple sclerosis and pregnancy: clinical and immunological aspects [tesis]. Department of Clinical Medicine, Division of Clinical Neurosciences, Faculty of Medicine: Turku University: 2014.
 7. Lauer K. Environmental risk factors in multiple sclerosis. *Expert Rev Neurother*. 2010 Mar;10(3):421-40. doi: 10.1586/ern.10.7. Pubmed PMID: 20187864.
 8. Poorolajal J, Mazdeh M, Saatchi M, Talebi Ghane E, Biderafsh A, Lotfi B, et al. Multiple Sclerosis Associated Risk Factors: A Case-Control Study. *Iran J Public Health*. 2015 Nov; 44(11):1498-505. Pubmed PMID: 26744707. 25
 9. Hedström AK, Mowry EM, Gianfrancesco MA, Shao X, Schaefer CA, Shen L, et al. High consumption of coffee is associated with decreased multiple sclerosis risk; results from two independent studies. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2016 May;87(5):454-60. doi: 10.1136/jnnp-2015-312176. Pubmed PMID: 26940586
 10. Langer-Gould A, Beaber BE. Effects of pregnancy and breastfeeding on the multiple sclerosis disease course. *Clin Immunol*. 2013 Nov; 149(2):244-50. doi: 10.1016/j.clim.2013.01.008. Epub 2013 Jan 27. Pubmed PMID: 23434027.

POSTER 11**AUTORES/AUTHORS:**

Cristina Bermejo Madrid

TÍTULO/TITLE:

Terapia asistida con perros en niños con discapacidad intelectual.

1. OBJETIVOS

Se centran en valorar la efectividad de la aplicación de un programa de Terapia Asistida con Perros, para determinar si aparecen beneficios en relación a la calidad de vida (bienestar psicológico y social), en pacientes de entre 12 y 17 años con discapacidad intelectual.

2. MÉTODO

El estudio se plantea en el marco de la Fundación Instituto San José de Madrid.

El tipo de estudio que se va a realizar será un ensayo clínico controlado, aleatorio, longitudinal y prospectivo. Se llevará a cabo mediante el empleo de dos grupos: el grupo control y el experimental.

En el estudio se emplearán técnicas de enmascaramiento "simple ciego". En las que los tutores legales de los participantes, ignoran a qué grupo pertenece cada participante para evitar sesgos. Los encargados de llevar a cabo la intervención y el investigador que se encargue de evaluar los resultados de la intervención, serán los únicos que conozcan los grupos asignados a cada uno de los participantes.

La duración del estudio será de seis meses, sin tener en cuenta los sábados y domingos ni los días festivos. Se realizará entre los meses de enero hasta junio del año 2017, ambos incluidos. Consistirá en un total de 48 sesiones de 45-60 minutos cada una y dos sesiones semanales.

La población accesible serán aquellas personas que tengan diagnosticada la discapacidad intelectual y, además, cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

La variable independiente es la Terapia Asistida con Perros en el grupo experimental y las variables dependientes son edad, sexo, discapacidad intelectual, fármacos, crisis epilépticas, actividades, agresividad, autolesión, ansiedad, miedo, relajación, motivación y socialización.

La obtención de datos se realiza mediante unos documentos para recoger los datos iniciales y finales de ambos grupos, los datos del grupo experimental durante la intervención y mediante la aplicación de la escala de agresión física y verbal, la de ansiedad de Hamilton y la de evaluación de la motivación.

La base de datos se realizará mediante el Statgraphics y se empleará la estadística descriptiva en ambos grupos para analizar los datos de las variables.

3. RESULTADOS

Los resultados de las variables cualitativas se expresarán mediante frecuencia absoluta y las cuantitativas mediante las medidas de posición central.

Las correlaciones se buscarán mediante el coeficiente de Pearson y se aplicarán test estadísticos no paramétricos para la comparación de variables en función del tipo de variable y tamaño muestral. Se emplearán las pruebas indicadas para obtener

resultados estadísticamente aceptados tomando como referencia un valor de significación de p menor o igual a 0,05.

4. DISCUSIÓN

Actualmente, contamos con bastante información sobre los beneficios que proporcionan los animales y, fundamentalmente, los animales de compañía, pero la gran mayoría de esta información es anterior al año 2010, no está demostrada científicamente o está demostrada científicamente, pero los resultados no son concluyentes. Por desgracia en nuestro país, hay poca información en todo lo relacionado con la Terapia Asistida con Perros (TAP) y la salud mental. Además, no existen demasiadas investigaciones sobre los beneficios que implica llevar a cabo la TAP con niños que presentan discapacidades intelectuales.

Este tipo de intervención puede ser realmente útil para la práctica enfermera. El profesional de enfermería puede lograr mejorar el estado de salud de las personas que participan en este proceso terapéutico y por lo tanto, aumentar su calidad de vida mediante el empleo de una innovadora herramienta dinámica que será el perro con todos los beneficios que implica y sin necesidad de sufrir ningún riesgo para su salud.

Considero que resulta necesario utilizar todos los recursos disponibles por parte de todos los profesionales sanitarios para aumentar la calidad de vida de las personas (ya sea fomentando su salud o mejorando el grado de enfermedad) y la TAP, es uno de ellos. No sólo es necesario aplicarla, sino que resulta indispensable evaluar los resultados para poder analizar si se están consiguiendo los resultados esperados y así, poder aplicarla en futuros proyectos y en diferentes ámbitos.

El estudio no posee conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Fernández Jorge, M. T., Roldán Gacimartín, M. I., Gil de Gómez Alfageme, M., Vargas M. L. & Lahera Corteza, G. (2013). Aplicabilidad y efectividad de la terapia asistida con animales en personas con trastorno mental grave y duradero: un ensayo piloto aleatorizado. *Rehabilitación Psicosocial*, 10(1), 18-24.
- Fine, A. H. (2014). *Nuestros fieles compañeros. Explorando la esencia de nuestra relación con los animales*. A Coruña, España: KNS ediciones SC.
- Gómez, L. E., Verdugo, M. A. & Arias, B. (2010). Calidad de vida individual: avances en su conceptualización y retos emergentes en el ámbito de la discapacidad. *Psicología Conductual*, 18(3), 453-472.
- Gutiérrez, G., Granados, D. & Piar, N. (2007). Interacciones humano-animal: características e implicaciones para el bienestar de los humanos. *Revista Colombiana de Psicología*, 16, 163-184.
- Lima, M., Silva, K., Amaral, I., & de Sousa, L. (2012). Finding an ally: can dogs help therapists promote communication in individuals with profound intellectual and multiple disabilities?. *The journal of alternative and complementary medicine*, 18(1), 2-3.
- Muñoz Lasa, S., Máximo Bocanegra, N., Valero Alcaide, R., Atín Arratibel, M. A., Varela Donoso E. & Ferriero G. (2015). Animal assisted interventions in neurorehabilitation: a review of the most recent literature. *Neurología*, 30(1), 1-7.

Tassé, M. J. (2013). ¿Qué son las limitaciones significativas en conducta adaptativa en personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo?. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 44(1), 22-33.

Tellier, M. & Vila, M. (2009). Protocolos de actividades para “trastornos de salud mental” en un programa de terapia asistida por animales (TEAAC). *Fundación Affinity*, 1-28.

Tunçay Elmaci, D. & Cevizci, S. (2015). Dog-assisted therapies and activities in rehabilitation of children with cerebral palsy and physical and mental disabilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12, 5046-5060.

Verdugo Alonso, M. A. & Schalock, R. L. (2010). Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 41(4), 7-21.

Wehmeyer, M. L. & Obremski, S. (2010). Intellectual disabilities. *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Recuperado de: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/15/>.

POSTER 16

AUTORES/AUTHORS:

Fabio Fernández González

TÍTULO/TITLE:

SOBREPESO Y OBESIDAD COMO FACTOR DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA INVASIVO. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

OBJETIVO: Establecer si el sobrepeso o la obesidad son factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama invasivo postmenopáusico.

DISEÑO: Estudio de cohortes dinámicas prospectivo longitudinal multicéntrico. Seguimiento: 15 años.

SUJETOS DE ESTUDIO

Mujeres con menopausia entre 45 y 65 años sin diagnóstico ni antecedentes personales de cáncer de mama.

- Cohorte expuesta: 2798 mujeres con un IMC > 25 kg/m².
- Cohorte no expuesta: 2798 mujeres con un IMC < 25 kg/m².

Muestreo aleatorio estratificado por quinquenios de edad.

VARIABLES DE ESTUDIO:

- Dependiente: Cáncer de mama invasivo postmenopáusico.
- Independiente: IMC.
- Covariables: sociodemográficas, relacionadas con la historia gineco-obstetrica, el cáncer de mama, factores de riesgo y de protección de cáncer de mama, tratamientos hormonales y estado de salud.

FASES DE ESTUDIO:

1. Reclutamiento de los profesionales de Atención Primaria que colaborarán en el estudio.
2. Preparación del estudio.
3. Prueba piloto.
4. Selección de los sujetos de estudio.
5. Inclusión de los sujetos en el estudio y valoración inicial.
6. Formación de las cohortes de estudio.
7. Seguimiento de los participantes del estudio.
8. Finalización de la recogida de datos.
9. Análisis de los datos y difusión de los resultados.

ANALISIS ESTADÍSTICO

Los datos serán analizados de acuerdo con la herramienta del Strobe Cohort Studies. Se realizará un análisis de la comparabilidad basal de los grupos estadísticamente univariante, bivariante y multivariante (regresión logística).

ASPECTOS ÉTICOS

Se respetarán las normas de Buena Práctica Clínica actuales.

PALABRAS CLAVE

Cáncer de mama invasivo, postmenopausia, sobrepeso y obesidad, estudio de cohortes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Nino Ferri N, Ferri A Felice A, Ferri A Francisco A, Brunicardi H Rafael A, Franco T Alejandro E, Franco M Arturo L. Cáncer de

- mama e índice de masa corporal en mujeres posmenopáusicas. Rev. venez. oncol. [Internet]. 2010 Jun [citado 2016 Mar 05]; 22(2):94-102. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822010000200003&lng=es.
2. Asociación Española Contra el Cáncer [Internet]. Madrid [actualizado el 25/02/2016; citado el 1 de febrero de 2016]. Disponible en: <https://www.aecc.es/sobrelcancer/cancerporlocalizacion/cancermama/paginas/incidencia.aspx>
 3. Oliva Anaya CA, Cantero Ronquillo HA, García Sierra JC. Dieta, obesidad y sedentarismo como factores de riesgo del cáncer de mama. Revista Cubana de Cirugía. 2015;54(3): 274-84
 4. Sobrepeso y obesidad [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [citado el 2 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
 5. Neuhouser ML, Aragaki AK, Prentice RL, Manson JE, Chlebowski R, Carty CL et al. Overweight, Obesity, and Postmenopausal Invasive Breast Cancer Risk: A Secondary Analysis of the Women's Health Initiative Randomized Clinical Trials. JAMA Oncol. 2015 Aug;1(5):611-21. doi: 10.1001/jamaoncol.2015.1546. PubMed PMID: 26182172
 6. Conroy SM, Maskarinec G, Wilkens LR, White KK, Henderson BE, Kolonel LN. Obesity and breast cancer survival in ethnically diverse postmenopausal women: the Multiethnic Cohort Study. Breast Cancer Res Treat. 2011 Sep;129(2):565-74. doi: 10.1007/s10549-011-1468-4. Epub 2011 Apr 16. PubMed PMID: 21499688
 7. Esposito K, Chiodini P, Capuano A, Bellastella G, Maiorino MI, Rafaniello C et al. Metabolic syndrome and postmenopausal breast cancer: systematic review and meta-analysis. Menopause. 2013 Dec;20(12):1301-9. doi: 10.1097/GME.0b013e31828ce95d. PubMed PMID: 23571527
 8. Biglia N, Peano E, Sgandurra P, Moggio G, Pecchio S, Maggiorotto F, et al. Body mass index (BMI) and breast cancer: impact on tumor histopathologic features, cancer subtypes and recurrence rate in pre and postmenopausal women. Gynecol Endocrinol. 2013 Mar;29(3):263-7. doi: 0.3109/09513590.2012.736559. Epub 2012 Nov 23. PubMed PMID: 23174088
 9. Jain R, Strickler HD, Fine E, Sparano JA. Clinical studies examining the impact of obesity on breast cancer risk and prognosis. J Mammary Gland Biol Neoplasia. 2013 Dec;18(3-4):257-66. doi: 10.1007/s10911-013-9307-3. Epub 2013 Nov 13. PubMed PMID: 24221746

POSTER 17**AUTORES/AUTHORS:**

María Auxiliadora Rodríguez Recio

TÍTULO/TITLE:

Protocolo de investigación: anticonceptivos orales e inyectables como factor de riesgo del cáncer de cérvix.

JUSTIFICACIÓN: La necesidad de realizar este protocolo de investigación se justifica porque la evidencia publicada sobre este tema es confusa y contradictoria; porque no solamente se va a estudiar el consumo o no de AH como factor de riesgo para el cáncer de cérvix, sino también el tipo y la composición de los mismos, ya que existen pocos estudios epidemiológicos que lo tengan en cuenta y menos aún en España; porque la mayoría de estudios publicados solo hacen referencia a los ACO sin tener en cuenta otras presentaciones, y generalmente dan por hecho que siempre son combinados cuando no siempre es así; y por la relevancia clínica que puede suponer y las nuevas recomendaciones que se pueden dar a las mujeres sobre este posible factor de riesgo para el cáncer de cérvix.

OBJETIVOS:

- Principal: Estudiar la relación entre el uso actual o pasado de anticonceptivos orales e inyectables durante un tiempo igual o superior a 10 años y la aparición de cáncer de cérvix.
- Específicos: Estudiar la relación entre el consumo de AH y la aparición de cáncer de cérvix en relación con la vía de administración (ACO o ACI), con el tiempo de consumo, con la edad de comienzo de utilización del fármaco, con el tipo de composición y con el tiempo transcurrido desde el cese de su uso.

METODO

- Diseño: Estudio de cohortes fijas ambispectivo, de carácter longitudinal multicéntrico con seguimiento de 10 años.
- Ambito de estudio: Área de salud de Ávila y Segovia (población urbana y rural).
- Sujetos de estudio: Mujeres entre 16 y 65 años de edad sin cáncer de cérvix ni otro tipo de cáncer, que residan y sean atendidas en el ámbito de estudio y que deseen participar en este. Cohorte expuesta: 5754 mujeres que consumen o han consumido alguna vez anticonceptivos hormonales. Cohorte no expuesta: 5754 mujeres que nunca han consumido anticonceptivos hormonales a lo largo de su vida. Proporción de cohorte expuesta-no expuesta 1:1. Muestreo aleatorio estratificado por edad.
- Variables:
Dependiente: cáncer de cérvix. Independiente: consumo de anticoncepción hormonal. Covariables: sociodemográficas, clínicas, estilos de vida, sexuales, hormonales y relacionadas con el cáncer de cérvix.
- Fases de estudio: 1. Preparación del estudio, 2. Prueba piloto, 3. Selección de los sujetos del estudio, 4. Inclusión de los sujetos y recogida de datos inicial, 5. Creación de las cohortes de estudio, 6. Seguimiento de ambas cohortes de estudio, 7. Análisis de datos y difusión de resultados, 8. Reuniones anuales.
- 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 (logística). Todos los análisis se harán ajustando por los potenciales factores de confusión y las posibles variables clínicas relevantes. Se emplearán modelos de análisis longitudinal. Todas las pruebas se realizarán con un nivel de confianza del 95% a nivel bilateral y el paquete estadístico utilizado será el SPSS versión 20.
- Aspectos éticos: Se respetarán las normas de Buena Práctica Clínica vigentes.
- Limitaciones: Se tendrán en cuenta varios aspectos para minimizar los posibles sesgos de confusión, de selección y de información.

PLAN DE TRABAJO:

- Fase 1. A1: información y formación de los profesionales. A2: preparación del material. A3: presentación del proyecto en el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC).
- Fase 2. A4: realización de prueba piloto. A5: recogida y análisis de los datos. A6: diseño del protocolo definitivo.
- Fase 3. A7: solicitud a la Gerencia de Atención Primaria de cada Área de Salud la relación de mujeres que cumplan la definición de población de estudio. A8: muestreo aleatorio estratificado por edad. A9: invitación de los sujetos e información sobre el proyecto.
- Fase 4. A10: obtención final de los participantes. A11: recogida inicial de datos de los participantes. A12: despistaje de cáncer de cérvix.
- Fase 5. A13: inclusión de los participantes en las cohortes.
- Fase 6. A14: recordatorio de las visitas de seguimiento anuales. A15: recogida anual de las variables de estudio. A16: llamada telefónica a las mujeres que no acuden a la visita de seguimiento. A17: cierre de recogida de datos.
- Fase 7. A18: análisis e interpretación final de los datos. A19: Elaboración del informe final. A20: difusión de los resultados obtenidos en los diferentes escenarios científicos.
- Fase 8. A21: reuniones anuales con los miembros del equipo investigador.

PALABRAS CLAVE: Cáncer de cérvix. Anticonceptivos orales e inyectables. Estudio de Cohortes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Cáncer de cuello uterino [Internet]. Bethesda: Instituto Nacional del Cáncer; 2015 [citado el 9 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino>
2. Cáncer de cuello uterino: una guía para pacientes [Internet]. Lugano: Sociedad Europea de Oncología Médica [citado el 12 de enero de 2016]. Disponible en: <https://www.esmo.org/content/download/6673/115548/file/ES-Cancer-de-Cuello-Uterino-Guia-para-Pacientes.pdf>
3. Cáncer de cérvix [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica [citado el 12 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/ginecologico/cervix>
4. Torné Bladé A, del Pino Saladríguez M, Cusidó Gimferrer M, Alameda Quitllet, Andía Ortiz D, Castellsagué Piqué X et al. Guía de cribado del cáncer de cuello de útero en España. Rev Esp Patol. 2014; 47(1):1-43.
5. Solís MT, Aguayo F, Vargas M, Olcay F, Puschel K, Corvalán A, et al. Risk factors associated with abnormal cervical cytology among Chilean women: a case control study. Rev Med Chile. 2010; 138: 175-180. PubMed PMID: 20461305.
6. Gao T, Wang J, Yang M, Li H. Transcriptome analysis reveals the effect of oral contraceptive use on cervical cancer. Mol Med Rep. 2014 Oct;10(4):1703-8. PubMed PMID: 25109897.
7. Urban M, Banks E, Egger S, Canfell K, O'Connell D, Beral V, et al. Injectable and oral contraceptive use and cancers of the breast, cervix, ovary, and endometrium in black South African women: case-control study. PLoS Med. 2012;9(3):e1001182. PubMed PMID: 22412354. PMCID: PMC3295825.

POSTER 18

AUTORES/AUTHORS:

Raúl Peña Martín

TÍTULO/TITLE:

Efectividad de la terapia larval en heridas

1. Objetivos:

Principal: El propósito de esta revisión bibliográfica es encontrar la mejor evidencia científica existente para determinar la efectividad del uso de larvas de la mosca 'Lucilia sericata' en el desbridamiento de heridas crónicas, así como la seguridad de dicha terapia.

Secundarios: Determinar la efectividad del uso de larvas en el tratamiento de heridas crónicas para eliminar la infección y promover la curación de la herida.

2. Métodos: La finalidad de esta revisión sistemática es encontrar la mejor evidencia científica posible para determinar la efectividad del uso de la Terapia Larval.

La pregunta de investigación que da forma a esta revisión bibliográfica es la siguiente:

¿Cuál es la efectividad del uso de larvas en el cuidado/tratamiento de heridas?

Desglosando la pregunta en formato PICO para determinar los detalles de la misma quedaría de la siguiente forma:

-P: Pacientes que presenten heridas crónicas

-I: Uso de larvas de mosca *Lucilia sericata*

-C: Otros tratamientos

-O: Limpieza y desinfección de las heridas crónicas

Esta revisión sistemática se ha llevado a cabo en una selección de bases de datos con la pregunta en formato PICO anteriormente citada. Las bases de datos utilizadas han sido las siguientes: PUBMED, SCIELO, CINAHL, LA BIBLIOTECA COCHRANE PLUS, EPISTEMONIKOS Y THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE.

También se realizó una referencia cruzada de la bibliografía de uno de los artículos encontrados en las bases de datos.

Los criterios de inclusión de los estudios fueron los siguientes:

-Artículos que se ciñeran al tema de investigación

-Artículos publicados en un periodo no superior a 5 años

-Artículos a texto completo

-Artículos en castellano e inglés y cualquier otro idioma traducido a su versión inglesa

Los criterios de exclusión de los estudios fueron los siguientes:

-Artículos que incluyesen terapia combinada en el abordaje de la misma herida por la dificultad de concluir a qué tratamiento se le podía atribuir la efectividad

La búsqueda de bibliografía se realizó durante el mes de Enero de 2016.

3. Resultados: Los resultados encontrados, estadísticamente significativos ($p < 0.001$), muestran una mayor efectividad de la Terapia Larval frente a terapias convencionales, así como una reducción del tiempo de desbridamiento y curación de la herida.

El metaanálisis y el estudio de cohortes retrospectivo llevados a cabo por Wilasrusmee C. et al en el Hospital de Ramathibodi en Bangkok (Tailandia) en el año 2013, cuyo objetivo es evaluar los efectos de la TL y cuya muestra se compone de 5 estudios que describen la experiencia de 612 pacientes, indicaron que en el estudio de cohortes las heridas tratadas con terapia larval tienen 7 veces más probabilidades de curación que las heridas tratadas con terapia convencional con hidrogel (95%, I.C: 3.83-15,56). A su vez el tiempo de curación fue 19 semanas más corto en la terapia larval que en la terapia convencional (9 semanas frente a 28, Chicuadrado= 55,82, $p < 0.001$). La rentabilidad fue mayor en la terapia larval que en la terapia convencional, con una diferencia de 311.3 dólares frente a 591.5 dólares, respectivamente. Los beneficios de la terapia larval fueron confirmados en el estudio de cohortes desarrollado, que demostró una mejor proporción de curación en las heridas tratadas y un tiempo de curación más corto, estadísticamente significativo (I.C: 95%, $p < 0.001$). En el metaanálisis llevado a cabo el tiempo de curación fue 16 días más corto en la terapia larval que en la terapia convencional, pero no fue estadísticamente significativo. La probabilidad de curación de la herida fue un 77% superior con la terapia larval que con la terapia convencional. Además la relación coste-efectividad fue menor en la TL que en la TC dado que la tasa de curación fue de 9 semanas y 28 semanas respectivamente. La evidencia de este estudio sugiere que la terapia larval es significativamente mejor en la curación de las heridas que la terapia convencional y con un menor coste.

La revisión sistemática realizada por Moola S. durante el mes de Mayo del 2015 y publicado en The Joanna Briggs Institute, indica

que existe evidencia 'grado B', que sugiere el uso de la TL como una técnica efectiva para la curación de la herida, la disminución de su tamaño y del riesgo de una amputación generosa y a su vez del tiempo de hospitalización. Los resultados encontrados en el estudio han sido calificados con un nivel de evidencia I ($p < 0,001$).

4. Discusión: Estos resultados junto con la aprobación de la Terapia Larval por parte de 'The United States Food and Drug Administration (FDA)' para el desbridamiento de heridas crónicas y tejidos blandos, como es el caso de UPP, úlceras venosas, etc. donde ha demostrado gozar de una gran efectividad, hace necesario plantearse la posibilidad de la aprobación de la TL en el territorio nacional para su uso en el cuidado de heridas crónicas. Además estaría bien que la TL se incluyese el catálogo de productos para curas aprobado por la AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios) y que se formase a los profesionales de enfermería en el manejo correcto de la terapia.

Sin duda se mantienen abiertas las líneas de investigación y se aconseja realizar otras nuevas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.- Téllez GA, Acero MA, Pineda LA, Castaño JC. Larvaterapia aplicada a heridas con poca carga de tejido necrótico y caracterización enzimática de la excreción, secreción y hemolinfa de larvas. *Biomédica*. 2012; 32(312)
- 2.- Pettican A, Baptista C. Maggot Debridement Therapy and its role in chronic wound management. *Singapore Nursing Journal*. 2012; 39(1)
- 3.- Shi E, Shofler D. Maggot Debridement Therapy: a systematic review. *Community Wound Care*. 2014; S(6)
- 4.- Griffin J. What nurses need to know about the application of larval therapy. *JCN*. 2014; 28(2)
- 5.- Gottrup F, Jorgensen B. Maggot Debridement: An alternative method for debridement. *Journal of Plastic Surgery*. 2011; 11
- 6.- Klaus K, Steinwedel C. Maggot Debridement Therapy: Advancing to the Past in Wound Care. *MedsurgNursing*. 2015; 24(6)
- 7.- Van der plas MJA, Baldry M, Van dissel JT, Jukema GN, Nibbering PH. Maggot secretions suppress pro-inflammatory responses of human monocytes through elevation of cyclic AMP. *Diabetología*. 2009; 52: 1962-1970
- 8.- Zarchi K, Jemec GBE. The efficacy of maggot debridement therapy – a review of comparative clinical trials. *Int Wound J*. 2012; 9: 469-477
- 9.- Brand RA. The Classic: The treatment of Chronic Osteomyelitis with the Maggot (Larva of the Blow Fly). William S. Baer. *ClinOrthopRelat Res*. 2011;469: 920-944.
- 10.- Rafter L. Larval Therapy applied to a large arterial ulcer: an effective outcome. *British Journal of Nursing*. 2013; 22(6): 24-30.
- 11.- Marineau ML, Herrington MT, Swenor KM, Eron LJ. Maggot Debridement Therapy on the Treatment of Complex Diabetic Wounds. *Hawaii Medical Journal*. 2011; 70
- 12.- Wilasrusmee C, Marjareonrungrung M, Eamkong S, Attia J, Poprom N et al. Maggot therapy for chronic ulcer: A retrospective cohort and a meta-analysis. *Asian Journal of Surgery*. 2014; 37: 138-147.
- 13.- Wood L, Hughes M. Reviewing the effectiveness of larval therapy. *Journal of Community Nursing*. 2013; 27(2)
- 14.- Sun X, Jiang K, Chen J, Wu L, Lu H et al. A systematic review of maggot debridement therapy for chronically infected wound and ulcers. *International Journal of Infectious Diseases*. 2014; 25: 32-37
- 15.- Mudge E, Price P, Neal W, Harding KG. A randomized controlled trial of larval therapy for the debridement of leg ulcers: Results of a multicenter, randomized, controlled, open, observer blind, parallel group study. *Wound Healing Society*. 2013; 22: 43-51
- 16.- Moola S. Diabetic Foot Ulcers: Assessment and Management. The Joanna Briggs Institute. 2016

POSTER 19**AUTORES/AUTHORS:**

Sylvia M. Amorós Cerdá

TÍTULO/TITLE:

Promoción de la práctica colaborativa interprofesional mediante investigación-acción-participativa en Reanimación

Objetivo

La evidencia señala la importancia y la necesidad del desarrollo de la práctica colaborativa interprofesional (PCI) para proporcionar cuidados de calidad al paciente, fomentar la coordinación de los equipos de trabajo, la toma de decisiones conjunta, la planificación de actividades. Contribuye a aumentar la seguridad del paciente, el desarrollo y satisfacción de los profesionales y un ambiente de trabajo óptimo (Gotlib Conn, 2009; Reeves, Lewin, Espin, & Zwarenstein, 2010; Zwarenstein et al., 2007).

El desarrollo de la PCI en salud es complejo, pues intervienen aspectos relacionales, organizacionales, procedimentales, y culturales o contextuales (Miller et al., 2008; Reeves et al., 2010) Además, no está claro cuáles son las mejores estrategias para el traslado de la evidencia a la práctica clínica, aunque la tendencia en la bibliografía es que debe ser multifacética y adaptada al contexto en el cual se va a desarrollar. (Reeves et al., 2010; Zaforteza et al., 2014; Zaforteza Lallemand, 2010).

A pesar de los beneficios descritos en la literatura de la PCI, la realidad en entornos hospitalarios de cuidados críticos es distinta, regida por el modelo biomédico, prevaleciendo la toma de decisiones unilateral y fragmentada de los médicos sobre otros profesionales de la salud.

El objetivo general de este proyecto es generar cambios para mejorar la práctica colaborativa interprofesional en una unidad de cuidados críticos postoperatorios mediante una Investigación Acción Participativa. Como objetivos específicos se pretende explorar el concepto que los profesionales de la salud tienen de la PCI; explorar el contexto organizacional y la cultura de los profesionales; comprender cómo un proceso dialógico reflexivo puede generar cambio de la PCI en la práctica clínica y desarrollar propuestas de cambio que mejoren la PCI a través del proceso de reflexión-acción de los participantes.

Metodología

La investigación se enmarca en el paradigma crítico-social, guiado por la teoría crítica de Paulo Freire. Se propone desarrollar una investigación acción-participativa en una unidad de cuidados críticos posquirúrgicos siguiendo el modelo de Kemmis y McTaggart (Kemmis & McTaggart, 2005). Este modelo plantea tres preguntas: ¿Qué está sucediendo ahora? ¿En qué sentido es problemático? ¿Qué puedo hacer al respecto? Está compuesto de ciclos en el interior de una espiral y cada ciclo contiene cuatro etapas: planificación, acción, observación y reflexión. Esta investigación se caracteriza por su carácter participatorio, su impulso democrático su contribución a la ciencia y al cambio social (Meyer, 2000).

El estudio se llevará a cabo en cinco fases: 1) Diagnóstico de la situación, problemática actual; 2) Exposición y selección de propuestas; 3) Plan de acción y mejora; 4) Implantación de la propuesta de cambio; 5) Evaluación.

Lugar del estudio: Unidad de Reanimación de un hospital de tercer nivel, formada por 71 profesionales; media de 960 pacientes/año.

Selección de los participantes: La estrategia de reclutamiento se realizará dando a conocer el proyecto y solicitando la participación voluntaria de los profesionales. Se enviará una carta a través del correo corporativo, carteles informativos, 3 sesiones informativas presenciales en la unidad y a través de estrategias como la "bola de nieve", con informantes clave.

Técnicas de recogida de datos: diario de campo del investigador principal, diarios de campo de los participantes, grupos focales, entrevistas en profundidad, auto-observación y observación directa.

El análisis de los datos se efectuará de forma continua y mixta, por una parte mediante un proceso inductivo (basados en los datos empíricos) y por otra mediante un proceso deductivo (basados en el marco teórico y la revisión de la literatura). El análisis pretende describir el proceso, las dinámicas de los grupos, los diálogos de los participantes, la reflexividad y reflejar los procesos de transformación del contexto. Se realizará la transcripción de los grupos focales y entrevistas, identificando y describiendo conceptos similares, elaborando unidades de significado que se agruparán en códigos, subcategorías y categorías.

Rigor metodológico

El rigor metodológico se obtendrá mediante la reflexividad del investigador en todo el proceso y la coherencia estructural, que se establecerá a través de la triangulación de fuentes y métodos, dando credibilidad a la investigación con la presencia de verbatim apoyando los códigos y categorías y el member-checking.

Consideraciones éticas

Se solicitarán los correspondientes permisos a los correspondientes comités de ética y el consentimiento informado a los participantes.

Resultados que se esperan obtener

Esta investigación pretende generar conocimiento sobre los procesos de cambio y mejora de la PCI mediante la participación, la reflexión y el diálogo de los propios profesionales.

Esta investigación tendrá diferentes implicaciones para la gestión clínica, la atención clínica de pacientes y familiares en relación a la mejora de la seguridad y calidad asistencial, y también para la satisfacción profesional.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Gotlib Conn, L. (2009). Communication Channels in General Internal Medicine: A Description of Baseline Patterns for Improved Interprofessional Collaboration. Retrieved January 20, 2015, from <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/437>
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (2005). Participatory Action Research. Communicative Action and the Public Sphere. In Y. S. (Ed). En Denzin, N.K., Lincoln (Ed.), The sage handbook of Qualitative Research (3rd ed., pp. 559–603). Thousand Oaks: Sage.
- Meyer, J. (2000). Using qualitative methods in health related action research. *Bmj*, 320(January), 178–181. doi:10.1136/bmj.320.7228.178
- Miller, K. L., Reeves, S., Zwarenstein, M., Beales, J. D., Kenaszchuk, C., & Conn, L. G. (2008). Nursing emotion work and interprofessional collaboration in general internal medicine wards: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 64(4), 332–343. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04768.x
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010). Interprofessional Teamwork for Health and Social Care. (H. Barr, Ed.) Interprofessional Teamwork for Health and Social Care. doi:10.1002/9781444325027
- Zaforteza, C., García-Mozo, A., Amorós, S. M., Pérez, E., Maqueda, M., & Delgado, J. (2014). Factors limiting and facilitating changes in caring for the intensive care unit patients' relatives. *Nursing in Critical Care*. doi:10.1111/nicc.12095
- Zaforteza Lallemand, C. (2010). Promoción de los cuidados dirigidos a los familiares del paciente crítico a través de una investigación-acción participativa.
- Zwarenstein, M., Reeves, S., Russell, A., Kenaszchuk, C., Conn, L. G., Miller, K.-L., Thorpe, K. E. (2007). Structuring communication relationships for interprofessional teamwork (SCRIPT): a cluster randomized controlled trial. *Trials*, 8(1), 23. doi:10.1186/1745-6215-8-23

POSTER 23**AUTORES/AUTHORS:**

Lucía Boto Fernández

TÍTULO/TITLE:

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA SOBRE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS: PROYECTO.

INTRODUCCIÓN

Según la Real Academia de la Lengua Española, las Urgencias son las secciones de los hospitales en que se atiende a los enfermos y heridos graves que necesitan cuidados médicos inmediatos. En dicha definición no se tienen en cuenta las áreas asistenciales destinadas a tal fin en los Centros de Atención Primaria, conocidas como urgencias extrahospitalarias, y que al igual que las Urgencias hospitalarias han sufrido durante una últimos años un incremento en el número de visitas.

Algunos de los factores explicativos o asociados a esta conducta de incremento en el uso de los servicios de urgencias pueden ser la percepción de una necesidad inmediata de atención sanitaria o la dificultad para acceder a otros servicios, aunque puede que haya más. La satisfacción puede ser otros de los factores asociados, ya que depende de la sensación de sentirse bien tratado, traducido en tiempos de espera más cortos e información recibida, entre otros. Ya que la calidad en el sector sanitario no sólo está representada por la científico-técnica, a la que tanto profesionales como usuarios le damos gran importancia, sino también la "percibida" por el usuario del sistema.

La oferta asistencial de los servicios de urgencias es muy demandada por parte de los ciudadanos, con gran variabilidad en complejidad y necesidades asistenciales. Debido a ello, el presente estudio intentará profundizar en la opinión que tienen los usuarios geriátricos sobre el sistema de urgencias, y sus preferencias en uso de dispositivos y el motivo, para de este modo poder ofrecer una Educación para la Salud correcta y poder mejorar la calidad asistencial y satisfacción en los usuarios al conocer su opinión.

Como objetivo del estudio, se pretende conocer la experiencia y opinión de las personas respecto a los servicios de urgencias.

METODOLOGÍA

- Diseño: cualitativo basado en el método conversacional de las entrevistas en profundidad semiestructuradas.
- Técnica entrevista en profundidad semiestructurada: Se realizarán entrevistas siguiendo un guion mediante el que se guiará la entrevista y permitirá al participante expresarse. En caso de que las preguntas establecidas en el guion no salgan durante la conversación se preguntarán directamente al entrevistado. Se anonimizará al participante mediante un código numérico en vez de su nombre, y debajo de cada pregunta hay un hueco en blanco para apreciaciones a nivel de comunicación no verbal.
- Población a estudio: Hombres y mujeres participantes voluntarios, entre 65 y 70 años, que no presenten enfermedad que les incapacite para participar en las entrevistas, pertenecientes al Centro de Salud de La Lila (Oviedo. Área IV - Servicio de Salud del Principado de Asturias).
- Muestra: la recogida de muestra se comenzará el día 1 de Julio de 2016, hasta saturación del discurso.
- Lugar de estudio: Consulta de Enfermería nº X del Centro de Salud de La Lila (Oviedo).
- Plan de trabajo: Antes de comenzar el estudio se entregará el proyecto de investigación al Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias para obtener su permiso, posteriormente se solicitará igualmente permiso a la Dirección de Atención Primaria del Área IV del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Tras obtener ambos se comenzará a reclutar la muestra en la consulta nº X del Centro de Salud.

En la consulta, a las personas que cumplan los criterios de inclusión anteriormente citados, se les explicará en que consiste el estudio y se les solicitará firmar el “Consentimiento informado” para comenzar las entrevistas, de las que se les informará que serán grabadas en audio para su posterior transcripción literal.

Posteriormente, cuando se inicie la transcripción de las entrevistas se anonimizarán los datos de los pacientes para que, de este modo, no puedan ser reconocidos tras la redacción del trabajo.

- Análisis de datos: Se utilizará la aplicación informática NVivo. Tras la transcripción se realizará una codificación en categorías de palabras o porciones de texto para comenzar la organización de los datos, a cada categoría se le etiquetará mediante un código de letras. Y posteriormente observando la relación entre estas categorías se podrán ir creando otras de orden superior, asignando a cada tema un código de palabra.

Para la interpretación de la información se describirá cada categoría, se analizará el significado que tiene para los participantes y la presencia que tiene indicando la frecuencia con la que aparece en el texto. Se tratará de hallar significados al uso de metáforas, refranes o frases hechas en caso de que sean utilizadas por los participantes.

Las relaciones entre temas y/o categorías se expresarán mediante mapas conceptuales.

- Validez y verificación de calidad: Para fundamentar la validez del estudio, se llevará a cabo un uso literal de los extractos de las entrevistas para mostrar que los resultados derivan de las narraciones de los participantes.

En cuanto a la verificación, se les mostrarán los resultados a los sujetos del estudio para que verifiquen si se sienten plasmados o no, y si las interpretaciones del investigador son correctas. Se tratará de una negociación entre investigador y participantes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Real academia española. Diccionario de la lengua española [internet]; 2016 [actualizado 06-05-2016; citado 06-05-2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=b9PI6ly>

- Ortega Maján MT, Rabanaque Hernández MJ, 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. [Consultado el 6 de Mayo de 2016]. Disponible en: <http://emergencias.portalsemes.org/descargar/perfil-de-los-usuarios-y-motivos-de-demanda-del-servicio-de-urgencias-extrahospitalario-061/>

- Pasarín MI, Fernández de Sanmamed MJ, Calafell J, Borrell C, Rodríguez D, Campasol S, et al. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. *La población opina*. *Gac Sanit*. 2006; 20(2): 91-100. [Consultado el 6 de Mayo de 2016]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv20n2/original1.pdf>

- Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Carbonell MA, Pérez-Jover V, Blaya I, García A, et al. Causas de satisfacción e insatisfacción en Urgencias. *Rev Calidad Asistencial*. 2001; 16: 390-6. [Consultado el 6 de Mayo de 2016]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13028674&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=256&t=y=13&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=256v16n06a13028674pdf001.pdf

POSTER 24**AUTORES/AUTHORS:**

Lucía Boto Fernández

TÍTULO/TITLE:

Accidentes laborales mortales, en jornada e in itinere, según comunidad autónoma en el año 2014.

El accidente laboral o de trabajo es definido por el Diccionario de la Lengua Española como “lesión corporal o enfermedad que sufre el trabajador con ocasión o a consecuencia del trabajo que ejecuta”. Podemos diferenciar el accidente laboral en jornada, que es toda lesión sufrida en el centro donde el trabajador está afiliado a la Seguridad Social, en otro centro o en desplazamiento propio de la labor y durante el horario de trabajo, del accidente laboral in itinere que es aquel que se sufre al ir o al volver al lugar de trabajo.

Según dictamine el facultativo evaluador, en el parte médico de baja, los accidentes se clasifican según su gravedad en: leves, graves (muy graves) y mortales.

La ley de Prevención de Riesgos Laborales, aprobada en 1995 supuso y supone un respaldo para los trabajadores, movilizando muchos recursos tanto humanos como financieros tratando de reducir y prevenir la incidencia de las lesiones y siniestralidad laboral. A lo largo de los años ha necesitado de actualizaciones debido a los cambios en la sociedad y en el modo de trabajar, datando su última modificación del 29 de diciembre de 2014.

Centrándonos en los accidentes mortales o fatales, según datos de 2013 de la Oficina Estadística de la Unión Europea (EUROSTAT) se puede observar, en general, una tendencia decreciente de la frecuencia de los mismos en muchos países, incluida España, aunque esta está situada en la 6ª posición en ese año con 232 accidentes mortales. Siendo España uno de los países con mayor incidencia de lesiones por accidente de trabajo, podemos decir que continúa siendo un importante problema para las políticas de seguridad y salud en el trabajo.

El objetivo del estudio es describir y comparar la frecuencia de accidentes laborales mortales, en jornada e in itinere, según comunidad y ciudad autónoma en España en el año 2014.

MATERIAL Y MÉTODO**Diseño**

Se trata de un estudio ecológico exploratorio (observacional descriptivo retrospectivo, de base poblacional).

Población a estudio

La población son los datos de los accidentes laborales mortales, incluyendo en jornada e in itinere, y excluyendo los leves y graves, procedentes del Informe de 2014 de “Estadísticas de Accidentes de Trabajo” del Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

VARIABLES A ESTUDIO

- Comunidad autónoma: Tomará 19 valores, las 17 CCAA y las ciudades autónomas. Cualitativa nominal.
- Accidente laboral mortal: Tomarán los valores de su frecuencia absoluta. Cuantitativa discreta.

El análisis de datos, descriptivo, se expresó mediante porcentajes y frecuencias absolutas. Representándose mediante histogramas y diagramas de sectores.

RESULTADOS

El total de accidentes en España que han causado baja en 2014 han sido 482.578, de los cuales 417.377 han sido en jornada y 65.201 in itinere.

Se han contabilizado 565 accidentes laborales mortales, siendo un 80.35% en jornada.

Dividiendo según Comunidad autónoma se puede observar una mayor frecuencia de accidentes de trabajo mortales en Andalucía (88), Cataluña (78), Comunidad de Madrid (71), Galicia (63) y Comunitat Valenciana (53), existiendo una gran diferencia con respecto a Illes Balears, Ceuta y Melilla donde la frecuencia es baja o nula.

Diferenciando los accidentes según sean en jornada o in itinere, continuamos observando una frecuencia elevada en las mismas Comunidades, a excepción de los accidentes laborales mortales in itinere en Galicia donde la cifra no resulta tan elevada como en las otras, 6 en comparación con 57 en jornada.

DISCUSIÓN

Pese a que en los datos de EUROSTAT entre 2008 y 2013 se reflejaba un descenso en los accidentes fatales, en el Informe de 2014 de "Estadísticas de Accidentes de Trabajo" del Ministerio de Empleo y Seguridad Social queda constancia de un incremento de estos. Sin embargo, en este informe se referencia que en 2013 ocurrieron 558 accidentes laborales mortales en España.

Si nos centramos en las cifras según comunidad autónoma, queda constancia de que los accidentes son más numerosos en Andalucía, Cataluña, Comunitat Valenciana, Galicia y la Comunidad de Madrid. Albergando estas comunidades grandes núcleos poblacionales y, siendo sobretodo, Cataluña y la Comunidad de Madrid regiones que ofrecen mucho empleo y donde es necesario un tiempo de viaje prolongado hasta el puesto de trabajo.

También, debemos tener en cuenta que son comunidades con una elevada inmigración, cuya actividad laboral es principalmente la construcción o la limpieza, teniendo la primera una elevada siniestralidad.

En cuanto a Ceuta y Melilla, puede que una de las razones para su baja frecuencia sea la elevada tasa de desempleo y menor densidad de población.

En conclusión, se puede observar una mayor frecuencia de accidentes laborales mortales en zonas con mayor población, que deben recorrer mayor distancia hasta su puesto de trabajo y con mayor inmigración. Por el contrario, en zonas donde hay una menor densidad de población y mayor tasa de desempleo los accidentes de trabajo mortales son menos frecuentes.

Los datos observados nos llevan a pensar que pese a la entrada en vigor de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales en 1995, hace 20 años, los accidentes de trabajo continúan siendo un importante problema a nivel sanitario, social y económico en nuestra Sociedad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Real academia española. Diccionario de la lengua española; 2015. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=0KUeoUu>
- Portal de salud de la Comunidad de Madrid; 2015. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Generico_FA&cid=1142329131309&pageid=1142329126703&pagename=PortalSalud/PTSA_Generico_FA/PTSA_pintarGenericoIndice&pv=1142329118153
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Estadísticas de Accidentes de Trabajo. Enero – Diciembre 2014. 2015. Disponible en : <http://www.empleo.gob.es/Estadisticas/EAT/Eat14dicAv/ANE/AteP.htm>

- Santamaría N, Catot N, Benavides FG. Tendencias temporales de las lesiones mortales (traumáticas) por accidente de trabajo en España (1992-2002). *Gac Sanit.* 2006; 20 (4): 280-6. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ga/v20n4/original4.pdf>
- García Mainar I, Montuenga Gómez V. Causas de los accidentes de trabajo en España: análisis longitudinal con datos de panel. *Gac Sanit.* 2009; 23 (3): 174-8. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ga/v23n3/original1.pdf>
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. BOE, núm. 269 (10 de noviembre de 1995).
- Eurostat. Accident at work by sex and age. 2015. Disponible en: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>
- Benavides FG, Delelos J, Benach J, Serra C. Lesiones por accidente de trabajo, una prioridad en salud pública. *Rev Esp Salud Pública.* 2006; 80 (5): 553-65. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v80n5/colaboracion9.pdf>
- Benavides FG, Castejón E, Giráldez MT, Catot N, Delclós J. Lesiones por accidente de trabajo en España: Comparación entre las comunidades autónomas en los años 1989, 1993 y 2000. *Rev Esp Salud Pública.* 2004; 78 (5): 583-91. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v78n5/original1.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística. Cifras de población a 1 de Enero de 2015. Estadística de migraciones 2014. 2015. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np917.pdf>
- López-Jacob MJ, Ahonen E, García AM, Gil A, Benavides FG. Comparación de las lesiones por accidente de trabajo en trabajadores extranjeros y españoles por actividad económica y comunidad autónoma (España, 2005). *Rev Esp Salud Pública.* 2008; 82: 179-87. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v82n2/original3.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de población activa. 2014. Disponible en: <http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0314.pdf>

POSTER 27

AUTORES/AUTHORS:

Nuria Leal Jorge, Ane Miren Acedo Moreno, Rosa Alonso Tofé, David González Martínez

TÍTULO/TITLE:

Impacto sobre la ansiedad y los conocimientos de un programa de preparación al nacimiento para parejas de embarazadas

OBJETIVOS

General

Evaluar el impacto de un programa específico de preparación para el nacimiento para parejas sentimentales de mujeres embarazadas sobre la ansiedad y sobre los conocimientos relativos al embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido.

Específico

Conocer la satisfacción de las parejas sentimentales de mujeres embarazadas con este programa.

MÉTODOS

Diseño de la Investigación:

Cuasi experimental: estudio pre-post.

Sujetos de estudio:

Parejas sentimentales de gestantes de bajo riesgo del área de salud de Vitoria-Gasteiz.

Criterios de inclusión:

- Pareja sentimental de gestante.
- Gestación controlada y de bajo riesgo obstétrico.
- Progenitor de su primer hijo.
- Ser capaces de comunicarse en castellano.

Muestra:

Incluye parejas sentimentales de embarazadas de bajo riesgo captadas en los Centros de Atención a la Mujer de Vitoria-Gasteiz a lo largo de 8 meses, con un número mínimo estimado de 110 participantes.

Intervención:

Consistirá en dos sesiones educativas dirigidas a las parejas de las embarazadas.

1ª Sesión:

Temas a tratar:

- Acompañamiento en el embarazo.
- Acompañamiento en el parto.
- Piel con piel.

Dinámicas de grupo:

- Presentación: nombre, semanas de gestación y descripción del momento de recibir la noticia del embarazo.
- Técnica de cuchicheo: grupos de debate sobre cambios en el embarazo.
- Lluvia de ideas: técnicas para el alivio del dolor durante las contracciones.
- Mitos y verdades: discusión sobre la veracidad de enunciados sobre el parto.
- Experiencias: lectura de dos experiencias sobre paternidad y posterior debate.

2ª Sesión

Temas a tratar:

- Acompañamiento en el puerperio:
 - o Gestión del descanso de la madre y el bebé.
 - o La vuelta a casa.
 - o Tristeza y labilidad emocional.
- Sexualidad durante el embarazo

- Cuidados al recién nacido

Dinámicas de grupo:

- Casos: lectura de dos situaciones relacionadas con la gestión del descanso y la labilidad emocional durante el puerperio y reflexión sobre soluciones.
- Mitos y verdades: discusión sobre la veracidad de enunciados sobre sexualidad y embarazo.
- Reflexión final: exposición del mayor miedo y la mayor ilusión respecto al proceso de embarazo, parto o puerperio.

Variables a estudio:

Variable independiente: asistir al programa de preparación al nacimiento (a las dos sesiones, si=1, no=2), variable cualitativa dicotómica.

Variables dependientes: puntuación en la escala de ansiedad STAI, puntuación en el test de conocimientos y satisfacción con las sesiones (variables cuantitativas discretas).

Para medir la ansiedad se utiliza la escala de STAI, y para medir los conocimientos se cumplimenta un cuestionario. Se valora la satisfacción con una escala de Likert.

Análisis estadístico:

Las variables cuantitativas se describirán mediante medias y desviaciones típicas si siguen una distribución normal y medianas y rangos intercuartílicos si no siguen una distribución normal. Las variables cualitativas se describirán con frecuencias y porcentajes con intervalos de confianza al 95%.

Para la relación entre la variable independiente y el nivel de ansiedad y conocimientos, se utilizará el test t de Student para muestras apareadas o el test no paramétrico Wilcoxon en el caso de que la distribución no siga la normalidad.

Para el análisis estadístico se considerará un alfa menor de 0.05 y se utilizará el software SPSS 21.0.

Sesgos y limitaciones:

Análisis de la fiabilidad

Se pretende aumentar la fiabilidad del estudio a través de los criterios de inclusión, con la utilización de escalas validadas para la medición de la ansiedad (STAI) y el consenso en cuanto a contenidos y métodos didácticos entre los profesionales que imparten las sesiones.

Análisis de la validez

- Por viabilidad, el estudio no tiene grupo control por lo que el establecimiento de causalidad se ve limitado.
- Sesgo de autoselección (ausencia de aleatorización).
- Para minimizar la influencia de las condiciones externas en las variables, las sesiones las impartirá el mismo investigador y en la misma semana.

DISCUSIÓN:

La bibliografía avala que el convertirse en padres resulta una situación estresante y desconocida. Los padres describen sentimientos encontrados en relación con el parto y se encuentran confusos respecto al rol que deben cumplir. Se sienten desesperados e inútiles, refiriendo ansiedad al verse en el centro de la situación acompañando a su pareja, y a la vez sólo como observadores.

Consideramos que una intervención dirigida a las parejas de las embarazadas podría influir favorablemente en los siguientes aspectos de la práctica clínica:

Las parejas mostrarán más iniciativa a la hora de participar en el proceso de parto, puerperio y cuidados del recién nacido.

Un mayor conocimiento acerca del proceso y la disposición de un espacio donde expresar sus dudas y sus miedos revertirá en una disminución de los niveles de ansiedad.

Los conocimientos acerca del funcionamiento de las unidades de paritorios y maternidad, así como del seguimiento posterior en

Atención Primaria favorecerá la autonomía y un mejor uso del servicio de urgencias.

La imagen de la matrona se verá reforzada al aumentar la satisfacción con la atención recibida y ampliará las competencias de la profesión.

Este estudio no posee conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Martínez Galiano JM. Impacto del Programa de Educación Maternal sobre la Madre y el Recién Nacido [tesis]. Granada: Editorial de la Universidad de Granada; 2012.
2. Sadler M. Los hombres también se emocionan. Género y escenario del parto. Participación de hombres populares en el nacimiento de sus hijos e hijas [tesis doctoral]. [Santiago de Chile]: Facultad de ciencias sociales, Universidad de Santiago; 2004.
3. Montesinos F. La nueva paternidad: expresión de la transformación masculina. Polis [Internet]. 2004 [citado 12 Feb 2016]; 2 (4): 197-220.
4. Draper J. "It's the first scientific evidence": men's experiences of pregnancy confirmation. J Adv Nurs [Internet]. 2012 Sep [citado 4 Ago 2015]; 39(6):563-570.
5. Nystrom K, Ohrling K. Parenthood experiences during the child's first year: literature review. J Adv Nurs [Internet]. 2004 May [citado 30 Jul 2015]; 46(3):319-30.
6. Premberg A, Carlsson G, Hellstrom AL, Berg M. First-time fathers' experiences of childbirth--a phenomenological study. Midwifery [Internet]. 2011 Dic [citado 24 ago 2015]; 27(6):848-53.
7. Gallardo P, Rodriguez Fraile JR, Munoz Corsini L, Ruiz P, Kabiri M, Martin D. El dolor del parto preocupa más a los futuros padres que a las madres. Rev Esp Anestesiol Reanim [Internet]. 2013 Ene [citado 4 ago 2015]; 60(1):29-36.
8. Backstrom C, Hertfelt Wahn E. Support during labour: first-time fathers' descriptions of requested and received support during the birth of their child. Midwifery [Internet]. 2011 Feb [citado 14 Ago 2015]; 27(1):67-73.
9. Dellmann T. "The best momento of my life": A literature review of fathers' experience of childbirth. Aust J Midwifery [Internet]. 2004 Sep [citado 3 Sep 2015]; 17(3): 20-6.
10. Genesoni L, Tallandini MA. Men's psychological transition to fatherhood: an analysis of the literature, 1989-2008. Birth [Internet]. 2009 Dic [citado 30 Jul 2015]; 36(4):305-17.
11. Longworth HL, Kingdon CK. Fathers in the birth room: what are they expecting and experiencing? A phenomenological study. Midwifery [Internet]. 2011 Oct [citado 20 Ago 2015]; 27(5): 588-94.
12. Poh HL, Koh SS, He HG. An integrative review of fathers' experiences during pregnancy and childbirth. Int Nurs Rev 61(4):543-54.

13. Widarsson M, Kerstis B, Sundquist K, Engstrom G, Sarkadi A. Support needs of expectant mothers and fathers: a qualitative study. *J Perinat Educ* [Internet]. 2012 [citado 20 Ago 2015]; 21(1):36-44.

POSTER 28**AUTORES/AUTHORS:**

ROSARIO NAVARRO GUERRERO

TÍTULO/TITLE:

FACTORES PRESENTES EN MUJERES TRAS EXTIRPACIÓN DEL ÚTERO, ESTUDIO DESCRIPTIVO

OBJETIVO: Describir el nivel de autoestima, imagen corporal, apoyo social y recursos de afrontamiento presentes en el postoperatorio de mujeres tras la extirpación del útero. **METODOLOGÍA:** estudio observacional y descriptivo realizado en el Servicio de Ginecología del H.U. Rafael Méndez de Lorca (Murcia). La población diana fue de N=220 (mujeres hysterectomizadas 2015 y 2016). La muestra del estudio estuvo conformada por 47 pacientes hysterectomizadas, durante los meses de Marzo a Mayo 2016. Se realizó un análisis descriptivo obteniendo los estadísticos descriptivos X y DT para variables cuantitativas y para variables categóricas la distribución de frecuencias absolutas y relativas. La recolección de datos se obtuvo mediante cuestionarios auto administrados, recogidos antes del alta médica, que incluían datos sociodemográficos y preguntas con respuesta tipo Likert para las variables apoyo social, relación sentimental y recursos de afrontamiento. Para medir nivel de autoestima se utilizó la Escala de Autoestima de Rosemberg, 1965. Para evaluar la alteración de la imagen corporal se empleó la escala Body Scale Inventory, Hopwood et al 2001, validadas y ampliamente reconocidas en la comunidad científica. La consistencia interna de las escalas, medida con el Alpha de Crombach, estaba entre el 0.76 y 0.87. Para el tratamiento y análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 20.0. **RESULTADOS:** n=47 mujeres X=55.34 años, DT: 11.255. El 46,8% eran amas de casa y el 61,7% poseían estudios primarios. El nivel de autoestima fue 19,1%(baja) y el 23,4%(media). El 27.7% presentó imagen corporal "poco alterada" mientras que el 4.3% presentó "bastante alteración". El 97,9% estaban muy satisfechas con el apoyo familiar y el 74,5% con el apoyo de los profesionales sanitarios. En satisfacción con la pareja, el 37,6% estaban insatisfechas. El 46,9% refirió tener dificultad para hablar de sus sentimientos y el 51% refiere tener que hacer un sobreesfuerzo para afrontar la situación. **DISCUSIÓN:** Los resultados obtenidos indican la alteración de autoestima en pacientes hysterectomizadas, estos hallazgos guardan relación con estudios anteriores. Por otro lado, los resultados de nuestro estudio sugieren pero no aclaran la alteración de imagen corporal, sin embargo otros estudios van en sentido contrario al afirmar que existe alteración de la imagen corporal en mujeres hysterectomizadas, la explicación para estas discrepancias podría estar en que la valoración de la imagen corporal se realiza en el post-operatorio inmediato, donde la mujer está inmersa en el estrés post-traumático y no ha llegado a la percepción de su nueva imagen corporal. La presencia de factores como apoyo social, satisfacción con la pareja y recursos personales, son necesarios para mejorar el afrontamiento tras la intervención. El útero como símbolo de feminidad, rodeado de gran significado social y culturalmente, se hace visible ante su ausencia, por lo que su extirpación produce una amenaza de identidad de género, además de ejercer un impacto importante provocando cambios emocionales y alteraciones en la autoimagen y autoestima de la mujer. **IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA:** el asesoramiento y apoyo por parte de enfermería son necesarios junto con la implementación de estrategias para aumentar el nivel de autoestima y fortalecer recursos personales en el afrontamiento tras la extirpación del útero. Los profesionales de enfermería en atención especializada y consulta de atención primaria, ocupan un lugar estratégico para poder hacer un correcto seguimiento y valoración de éstas mujeres.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Recuenco VAC. Proceso de Adaptación en las mujeres Hysterectomizadas según la Teoría de Callista Roy. Chiclayo, Perú: Universidad Católica Santo Toribio Mogrovejo; 2012.
2. Cárdenas A, Quiroga C, Restrepo M, Cortés D. HISTERECTOMÍA Y ANSIEDAD: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE DOS TIPOS DE PREPARACIÓN PSICOLÓGICA PREQUIRÚRGICA* Hysterectomy and anxiety: comparison between two methods of preoperative psychological preparation. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2005;56(3):209-15.
3. Pinar G, Okdem S, Dogan N, Buyukgonenc L, Ayhan A. The effects of hysterectomy on body image, self-esteem, and marital adjustment in Turkish women with gynecologic cancer. Clin J Oncol Nurs. 2012;16(3):E99-104.
4. Aquino Bustos FJ, Correa Gutiérrez S, Reyes Anaya C, González Rodríguez BG. Imagen corporal y aspectos psicosociales en

mujeres hysterectomizadas. Salud Pública de México. 2014;56:239-40.

5. Araya AX, Soto MTU, Suazo DJ, Solovera SS, Salas MJL, Espinoza CF. EL SIGNIFICADO DE LA HISTERECTOMÍA PARA UN GRUPO DE HOMBRES CHILENOS, PAREJAS DE MUJERES HISTERECTOMIZADAS. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2012;46(6).

6. Herranz JS, Manos D, Bueno MJ, Mateos N. Body image and self-esteem in women with breast cancer participating in a psychosocial intervention program. Psychology in Spain. 2008(12):13-25.

7. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. 1965.

8. Hopwood P. The assessment of body image in cancer patients. European Journal of Cancer. 1993;29(2):276-81.

9. Network SIG. Postoperative management in adults. A practical guide to postoperative care for clinical staff. SIGN Guidelines. 2010.

10. Wimberly SR, Carver CS, Antoni MH. Effects of optimism, interpersonal relationships, and distress on psychosexual well-being among women with early stage breast cancer. Psychology and health. 2008;23(1):57-72.

11. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping: Springer publishing company; 1984.

12. Seligman MEP, Steen TA, Park N, Peterson C. Positive psychology progress: empirical validation of interventions. American psychologist. 2005;60(5):410.

13. Ramírez W, Vinaccia S, Suárez GR. El impacto de la actividad física y el deporte sobre la salud, la cognición, la socialización y el rendimiento académico: una revisión teórica. Revista de Estudios Sociales. 2004:67-75.

14. Cucarella MSP. Bienestar emocional, Imagen corporal, Autoestima y Sexualidad en Mujeres con Cáncer de Mama. Valencia: Universidad de Valencia; 2011.

POSTER 29**AUTORES/AUTHORS:**

Lidia Fernández Gutiérrez, Rosa Isabel Fernández Raigada, María Isabel Santos Granda, Natalia Díaz Vigón

TÍTULO/TITLE:

Violencia de género en el ámbito de la atención primaria. Visión de los profesionales

INTRODUCCIÓN

Se entiende por violencia de género (en adelante VG) “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada” (Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Diciembre, 1993). Esta definición engloba todas las violencias ejercidas sobre la mujer. 1

La cultura influye notablemente en este tipo de violencia, ya que el género no está en la naturaleza, es un constructo social². La violencia de género no se asocia a las características individuales de cada uno, sino a la relación entre hombres y mujeres, es una problemática estructural, pero también instrumental, puesto que los maltratadores han asumido que la violencia puede usarse para dominar y controlar a la mujer. Además, la sociedad ha asignado a la mujer tareas y funciones dependientes del hombre, primando la supremacía de este. En definitiva, el principal factor de riesgo de violencia contra las mujeres es el hecho de ser mujer³.

Todavía hoy existen mitos referentes a la violencia de género relacionados con la marginalidad, con los maltratadores (abuso de alcohol, problemas mentales, etc), con las mujeres maltratadas y algunos mitos que minimizan la importancia de esta violencia⁴. La importancia de esta problemática radica, no sólo en el número de víctimas, sino en todos los casos que hay aún sin detectar, lo que se conoce como “fenómeno del iceberg”, con lo que ello supone para la vida de las víctimas y para la sociedad en general.

La infradetección de casos desde el sistema sanitario es un hecho constatado que podría tener que ver entre otras cosas con limitaciones de los profesionales a la hora de abordar el tema en lo que podría influir el nivel de formación^{5,6}.

Los propios profesionales, declaran en diversos estudios que la formación que poseen es escasa, que debería formar parte de un plan transversal en los estudios universitarios y que deberían aumentar los cursos de capacitación y formación para la identificación y abordaje de estos casos⁷.

OBJETIVO PRINCIPAL

- Evaluar la percepción de los profesionales de Atención Primaria del Área Sanitaria III del Principado de Asturias sobre sus conocimientos y barreras en la actuación en casos de violencia de género.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Describir la formación y conocimientos sobre violencia de género de los profesionales de Atención Primaria.
- Identificar las opiniones y creencias de los profesionales en relación a la violencia de género.
- Conocer la organización y estructura de los dispositivos disponibles para el abordaje de casos de violencia de género.

MÉTODOS

Estudio cuantitativo descriptivo transversal. Los datos se obtuvieron a partir del cuestionario Premis, una herramienta autoadministrable, ya validada. Dicho cuestionario, se entregó a los profesionales de enfermería, medicina y trabajo social de los centros de salud del área a estudio. Como criterios de inclusión se estableció la disposición a participar de los profesionales, previa aceptación verbal por parte de los mismos y que se encontraran en activo en el momento en que se realizó la recogida de los datos. No se realizó muestreo puesto que el número de profesionales del área era adecuado para el número de investigadoras.

La recogida se realizó entre el 15 de julio y el 31 de diciembre de 2015, tiempo en el que se entregaron en mano los cuestionarios a los participantes, excepto en casos concretos en los que los coordinadores preferían que se enviaran por correo.

Una vez recogidos ya todos los datos, se distribuyó la encuesta a 301 profesionales y se obtuvieron un total de 171 cuestionarios completos a partir de los cuales se trasladan los datos al programa informático Excel desde el cual se hizo una depuración de la información para detectar y resolver errores y posteriormente se trasladaron los datos al programa estadístico SPSS V.15 para realizar el análisis estadístico que consistió en un análisis univariante y multivariante con estimaciones por intervalos de confianza al 95% y análisis de regresión logística para el estudio de variables asociadas.

A partir de los datos recogidos se realiza un control de calidad y depuración de la base de datos realizada en Excel. Dicha base se

traslada al programa estadístico SPSS V.15. y se realiza un análisis univariante y multivariante con estimaciones por intervalos de confianza al 95% y análisis de regresión logística para el estudio de variables asociadas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Organización de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Asamblea General de las Naciones Unidas. New York: ONU;1993. Resolución 48/104. [Consultado el 6 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.uji.es/bin/organs/ui/legisla/int/7-r48-104.pdf>
2. Instituto Asturiano de la Mujer y Servicio de Salud del Principado de Asturias. Guía didáctica de diagnóstico e intervención sanitaria en violencia de género en atención primaria. Oviedo: Servicio de Salud del Principado de Asturias, 2011. [Consultado el 6 de mayo de 2015]. Disponible: http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Promocion%20de%20la%20Salud/Salud%20de%20las%20mujeres%20asturianas/Violencia%20de%20g%C3%A9nero/Guia%20Didactica%20en%20Violencia%20Genero%20en%20Atencion%20Primaria.pdf
3. Observatorio de Salud de la Mujer. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. [Consultado el 19 de junio de 2015]
Disponible:http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Promocion%20de%20la%20Salud/Salud%20de%20las%20mujeres%20asturianas/Violencia%20de%20g%C3%A9nero/protocoloComun.pdf
4. Bosch Fiol E, Ferrer Pérez VA. Nuevo mapa de los mitos sobre la violencia de género en el siglo XXI. *Psicothema*. 2012;24(4):548-54. [Consultado el 17 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=4052>
5. Ferrer Pérez V, Bosch Fiol E, Ramis Palmer MC. La formación de los/as profesionales de la salud para afrontar la violencia contra las mujeres en la pareja. *Clínica y salud*. 2008; 19: 59-81.
6. López G, Martín J. Evaluación del perfil de los casos atendidos por violencia de género en un dispositivo de urgencias urbano: ¿Estamos bien formados para realizar este tipo de atención sanitaria o necesitamos ampliar nuestros conocimientos?. *Parainfo digital*. 2015; 22.
7. Siendones Castillo R, Perea-Milla López E, Arjona Huertas JL, Agüera Urbano C, Rubio Gallo A, Molina M. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. *Emergencias*. 2002; 14:224-32. [Consultado el 23 de Septiembre de 2015]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/siendones.pdf>

POSTER 30**AUTORES/AUTHORS:**

MARTA MAS ROMERO, ELISA BELEN CORTES ZAMORA, ANA ISABEL BRIONES GARCIA

TÍTULO/TITLE:

FACTORES RELACIONADOS CON INSOMNIO EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

Objetivos:

Conocer la prevalencia de insomnio y sus factores relacionados en los mayores de 65 años institucionalizados en una residencia de mayores, así como describir la incidencia de mala calidad del sueño.

Método:

Estudio observacional, descriptivo y transversal en el que participarán todos los hombres y mujeres de 65 años o más, institucionalizados en una residencia de mayores considerando como criterios de exclusión a los residentes en estancia temporal, con deterioro cognitivo moderado o severo, con alteraciones en la audición graves, a los que por razón de idioma no sean capaces de comunicarse y a los que se nieguen a participar en el estudio y/o firmar el consentimiento informado.

Se recogerán mediante una entrevista estructurada las variables relativas a características sociodemográficas, diagnóstico de trastorno de insomnio con criterios DSM-V, consumo de psicofármacos, hábitos higiénicos relacionados con el sueño, horarios mediante un diario de sueño-vigilia, caídas, y el resto de variables mediante escalas validadas: comorbilidad (Índice de Charlson), funcionalidad (Índice de Barthel), dolor (Escala Visual Analógica EVA), Escala de Depresión Yesavage, estado cognitivo (Minimal State Examination MMSE), Índice de gravedad de insomnio (ISI), Índice de calidad del sueño Pittsburgh, Mini Nutritional Assessment (MNA) e Insomnia in the Elderly Scale (IES).

Se realizará un análisis estadístico descriptivo y comparativo entre los sujetos con y sin insomnio para cada una de las variables utilizando pruebas de comparación de medias y proporciones en grupos independientes.

Implicaciones para la práctica clínica:

Conocer los factores asociados a insomnio en los ancianos institucionalizados nos podría servir de base para la detección precoz, ayudándonos a dirigir intervenciones enfermeras que aborden correctamente el insomnio, así como a tomar conciencia de la importancia de este problema infravalorado. El correcto abordaje supondría un beneficio ya que se podrían establecer recomendaciones de hábitos higiénicos correctos para conseguir una mejora del sueño, disminuyendo en la medida de lo posible aquellos hábitos que alteren el descanso nocturno. Además de la posibilidad de realizar intervenciones no farmacológicas destinadas a crear en el residente un hábito saludable del ciclo vigilia-sueño. Todo ello supondría una mejora de la calidad del sueño, garantizando la salud y el bienestar de nuestra población anciana institucionalizada

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Puertas Cuesta FJ, Prieto Prieto F. El anciano con trastornos del sueño: insomnio, síndrome de apneas/hipoapneas del sueño y síndrome de piernas inquietas. En: Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L, editores. Tratado de medicina geriátrica: fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. 1ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 525-31.
2. Hunter P. To sleep, perchance to live. Sleeping is vital for health, cognitive function, memory and long life. *EMBO J.* 2008; 9(11): 1070-73.
3. López-Torres Hidalgo J, Navarro Bravo B, Párraga Martínez I, Andrés Petrel F, Rabanales Sotos J, Simarro Herráez MJ. El estado de salud de las personas mayores que sufren insomnio. *Gac Sanit.* 2013; 27(1): 47-52.
4. Boix Gras C, López-Torres Hidalgo J, David García Y, Tellez Lapeira J, Villena Ferrer A, Párraga Martínez I. Trastornos del sueño y condiciones ambientales en mayores de 65 años. *Aten Primaria.* 2009; 41(10): 564-569.
5. Rodríguez JC, Dzierzewski JM, Alessi CA. Sleep problems in the elderly. *Med Clin North Am.* 2015; 99(2): 431-39.
6. Diagnostic Classification Steering Committee TMJC. International Classification of Sleep Disorders. 3rd. Rochester (NY): American Academy of Sleep Medicine; 2014.

POSTER 32**AUTORES/AUTHORS:**

Anselmo Jose Montes Aguilera

TÍTULO/TITLE:

PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS DE CUIDADOS INTENSIVOS SOBRE LA LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEÚTICO

INTRODUCCIÓN. Los enfermeros que participan de forma activa en la toma de decisiones en la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) aportan una visión más humanizadora de los cuidados y de los valores éticos propios de la profesión por formación y por sentido del cuidado, y contribuyen recogiendo los testimonios de pacientes y familiares, ideas, pensamientos, que son elementos necesarios para decidir el no iniciar o retirar un tratamiento o procedimiento. Podemos detectar los pacientes más sensibles al LET, mejorando la atención al paciente y su familia, la seguridad y el compromiso profesional en la toma de decisiones.

Los enfermeros debemos representar al agente mediador entre la familia y el equipo sanitario, y podemos detectar el grado de vulnerabilidad del estado emocional de la familia para tomar decisiones relevantes (1) (2).

Los estudios evidencian que las decisiones tomadas por la familia del paciente en estado terminal y las que toman los médicos con frecuencia no se corresponde con la elección que habría tomado el propio paciente (3).

Existe una gran carencia de estudios cualitativos acerca del tema de la investigación. La perspectiva enfermera en relación al tema ha sido estudiada mediante estudios cuantitativos que explican la ansiedad ante la muerte de los profesionales.

La mayor parte de las publicaciones de habla hispana son artículos que hablan del proceso de muerte desde un punto de vista teórico o están dedicados a la implementación de protocolos. Se hace necesario avanzar en el conocimiento del tema con la aportación de estudios originales (4).

Se aborda el tema de estudio desde el paradigma interpretativo o constructivista (5).

El paradigma constructivista rompe con la respuesta positivista en sus premisas ontológica, epistemológica y metodológica, Guba (2000).

-Premisa ontológica relativista, que creemos acerca de la naturaleza de la realidad.

-Epistemología subjetivista, descubre las construcciones de los individuos.

Se estudia el fenómeno mediante Metodología Hermenéutica.

HIPÓTESIS ¿Cuál es la percepción de las enfermeras de cuidados intensivos ante la Limitación del Esfuerzo Terapéutico?

OBJETIVOS. Explorar las experiencias y vivencias de las enfermeras de una unidad de cuidados intensivos ante la Limitación del Esfuerzo Terapéutico.

- Describir las acciones que lleva a cabo el/la enfermero/a de UCI al cuidado del paciente crítico con LET.

- Explorar los sentimientos y emociones ante el proceso de LET.

- Describir elementos facilitadores y limitadores en la instauración de medidas de LET y analizar acciones y estrategias de mejora.

METODOLOGÍA. Estudio cualitativo descriptivo hermenéutico en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario Son Espases.

Motivos de Inclusión: Personal enfermero con una experiencia profesional en UCI de 3 años de manera continuada. Se realizará un muestreo intencional.

El tamaño muestral vendrá determinado por la saturación de los datos.

Se realizarán entrevistas semi-estructuradas en profundidad, tomando la premisa de las preguntas como generadoras de datos; en un lugar pactado, en una atmósfera distendida que proporcione un ambiente que facilite la expresión y verbalización. De duración variable, serán grabadas en su totalidad con el consentimiento por escrito de los participantes.

Todas las observaciones, incidencias o comentarios que no se ajusten a la entrevista se anotarán en un diario de campo.

El análisis de la información recogida será efectuado por un equipo investigador experto y siguiendo los pasos propuestos por Taylor-Bogdan (6).

Las entrevistas grabadas serán transcritas literalmente para conocer lo que dicen los informantes y la manera de decirlo (expresiones, tono, pausas, énfasis, etc). Se situarán en la transcripción las anotaciones en el diario de campo respetando su temporalidad. Se asignará un código para identificar cada entrevista, para saber en todo momento de quien proviene la información. Se llevará a cabo una lectura detallada de la transcripción de las entrevistas y las notas de campo para detectar los temas que revelan datos importantes para el estudio.

Para efectos del análisis el primer paso es la codificación de los datos obtenidos. La codificación implica dar un orden a los datos que

se han obtenido según las categorías y subcategorías de codificación. Se tratara de integrar los datos tal como sean expresados por los entrevistados, respetando su lenguaje, opiniones y creencias.

A los datos codificados se aplica la estrategia de "comparación permanente". De estas comparaciones van apareciendo nuevos resultados que se registran en forma de datos y textos, que se van a contrastar con los siguientes hasta llegar a la saturación de datos. Se interpretaran en el contexto en que fueron recogidos.

Desde el paradigma interpretativo Guba y Lincoln (7) plantean unos criterios de calidad distintos a los de la investigación cuantitativa que pretenden alcanzar una mayor confiabilidad; basándose en la credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad; para ello se utilizará la triangulación de los datos, que va a dar una mayor coherencia y rigor metodológico a toda la investigación.

Consideraciones éticas: Se firmará consentimiento informado y se asegurará el anonimato de los participantes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFIA.

1. Montoya Juarez R. Morir. Una revisión bibliográfica sobre experiencias de investigación cualitativa. Evidentia 2006 Sept-Oct 3(11). En:<<http://www.index-f.com/evidentia/n11/259articulo.php>> [ISSN 1697-638X]
2. Brito Brito PR, Reverón Brito D. La enfermería ante la muerte. Metas Enfermería. 2006;9:29-32.
3. Falcó-Pegueroles A. La enfermera frente a la limitación del tratamiento de soporte vital en las unidades de cuidados intensivos. Aspectos técnicos y prácticos a considerar. Enferm Intensiva 2009;20:104-9.
4. Alvarado NM. Ética en medicina. No reanimación. Red de sociedades científicas medicas venezolanas. Modulo IV: Ética y ejercicio profesional. Disponible en <http://www.informedonline.com.veCONSOCIE/iencuentro/nmduloiv.htm>
5. Lincoln YS, Guba EG (2000). Paradigmatic controversies, contradictoins and emerging confluences. En: Denzin NK, Lincoln YS (eds). Handbook of qualitative research (2ª Edition). Thousand Oaks: Sage; p. 163-188.
6. Taylor SJ, Bogdan R, El trabajo con los datos. Análisis de los datos en la investigación cualitativa. En: Mariano Cubí, coordinador. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. 4ª reimpresión. Barcelona: Paidós; 1998. P. 152-176.
7. Guba EG, Lincoln YS (1994). Competing paradigms in qualitative research. In Denzin NK, Lincoln YS (Eds) Handbook of qualitative research. Sage Publications, Thousand Oaks Ca, 105-117.
8. Alonso E. La Mirada cualitativa. Madrid: Fundamentos, 1998; 17.
9. Bover A. Herramientas de reflexividad y posicionalidad para promover la coherencia teórico-metodológica al inicio de una investigación cualitativa. EnfermClín 2013;23(1) 33-37
10. Muñoz Camargo JC et al. Limitación del Esfuerzo Terapéutico. Opinión de los profesionales. Enfermería Intensiva. 2012;23(3):104-114.
11. Cabré LI, Abizanda R, Baigorri F, et al. Grupo de Bioética de la SEMYCIUC. Código Ético de la Sociedad Española de Medicina

Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Med Intensiva 2006; 30:6873

POSTER 34**AUTORES/AUTHORS:**

Clara Bendito Barber, Gemma Martínez Pallí, Ignacio Múgica González

TÍTULO/TITLE:

Intranet: Facilitador en la implantación de una Guía de Buenas Prácticas.

Nuestra Área de Salud se integró en el proyecto de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO, Best Practice Spotlight Organization) con el objetivo de implantar, entre otras, la "Guía de Buenas Prácticas" (GBP) "Valoración y Selección de Dispositivos de Acceso Vascular" de la asociación de enfermeras de Ontario (RNAO).

Esto supone un reto que implica a numerosos profesionales cuya participación es indispensable para la consolidación del proyecto. Por ello, decidimos utilizar la Intranet del Área de Salud como herramienta para la gestión de contenidos y comunicación y colaboración entre los miembros del grupo.

Objetivos

- Determinar la usabilidad de la plataforma
- Conocer el grado de satisfacción de los usuarios.

Metodología

Se diseñó un estudio descriptivo transversal, realizado en mayo del 2016.

Se incluyó en el estudio a todos los impulsores de la GBP: "Valoración y Selección de Dispositivos de Acceso Vascular".

El sitio BPSO de la intranet cuenta con módulos para noticias, bibliotecas de documentos, listas de tareas, wikis y enlaces de interés; permite la creación de flujos de trabajo, foros de discusión, publicación de actas y asignación de tareas ligadas al correo corporativo. Además, los usuarios pueden suscribirse creando alertas para recibir información actualizada. Sus miembros pueden acceder en cualquier momento, y desde cualquier plataforma.

Para el análisis de usabilidad: Se registró el número de documentos públicos y privados, noticias publicadas, foros, tareas asignadas y flujos de trabajo. Entradas por día (max y min) y promedio mensual.

Satisfacción: Se diseñó una encuesta autoadministrada online, se invitó a participar a los usuarios desde el mismo sitio web.

Resultados

En el espacio de trabajo hay 155 archivos compartidos (72 públicos y 83 privados), 4 foros activos, 20 noticias, 6 enlaces y una tarea pendiente. El promedio de entradas por día durante el periodo del 2/4/2016 a 2/5/2016 es 14, siendo 90 el max y 0 min.

La encuesta fue contestada por los 19 impulsores, todos enfermeros, 15 mujeres y 4 hombres. El grupo de edad mayoritario es 30-39 años (63%)

De ellos 5% utilizan la intranet muy frecuentemente, 32% frecuentemente y 63% a veces. El 37% valora como extremadamente satisfactorio que se pueda acceder desde cualquier momento y lugar, y el 63% lo encuentra muy satisfactorio. El 39% considera el sitio extremadamente útil y el 61% muy útil.

Por apartados, el panel de noticias y el cronograma de tareas obtienen la mejor puntuación (74%), seguido de la biblioteca de documentos (68%). Los foros y páginas wiki son los peor valorados.

Todos los impulsores creen probable recomendar el uso de la intranet a otros usuarios (21% extremadamente, 74% muy y 5% ligeramente probable).

Discusión

La intranet se muestra como herramienta útil y los usuarios se muestran altamente satisfechos. Recomendarían la plataforma a otros compañeros, por lo que fomentaremos su uso en otros proyectos de enfermería. No obstante, algunos apartados fueron menos valorados. Debemos analizar en futuros estudios la causa y plantearnos acciones de mejora.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines. Disponible en: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RNAO_ToolKit_2012_rev4_FA.
2. Assessment and Device Selection for Vascular Access. Disponible en: <http://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-device-selection-vascular-access>
3. Nurs Times. 2010 Jan 12-18;106(1):20-2. Implementing online tools and resources to help nurses apply evidence based care. Bond P , French J.
4. Grupo de trabajo sobre implementación de GPC. Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS No 2007/02-02.

POSTER 36**AUTORES/AUTHORS:**

Pedro Pastor Ballesteros, M^a Luisa Rodríguez Navas, Daniel Pablo Troncoso Viejo

TÍTULO/TITLE:

¿Cómo y cuánto cuidan nuestros teléfonos móviles?

INTRODUCCIÓN

Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS) y, en especial, las adquiridas durante la estancia en el hospital, representan un problema de salud pública. La vía más frecuente de transmisión de los patógenos nosocomiales es por contacto a través de las manos de los profesionales sanitarios. Además, las superficies contaminadas de los objetos presentes en el hospital representan un reservorio de gérmenes y una fuente de infección.

Se han publicado estudios que sugieren que los móviles de los profesionales sanitarios portan con frecuencia microorganismos. A esto habría que añadir que los móviles de los sanitarios son usados durante el cuidado a los pacientes, siendo una herramienta de trabajo (fotografías, grupos de whatsapp y otras aplicaciones, calculadora etc). Con este trabajo pretendemos acercarnos a dicha hipótesis poniendo de manifiesto la potencial contaminación cruzada entre móviles y pacientes y su relación con las IRAS.

OBJETIVO

El presente estudio se pretende cuantificar la contaminación biológica de los móviles de los profesionales sanitarios y establecer su posible relación con las IRAS, así como, establecer una posible relación con la contaminación de las manos de los mismos.

MÉTODO

Diseño: Estudio transversal descriptivo.

Ámbito de estudio: Profesionales de 14 controles de hospitalización.

Criterios de inclusión: Enfermeras, Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería y Médicos que se presten voluntariamente a participar en el estudio.

Criterios de exclusión: Negativa a participar en el estudio, no prestar atención directa al paciente hospitalizado, no usar teléfono en el lugar de trabajo.

Tamaño muestral: Muestra de 54 superficies de dispositivos móviles, así como 54 muestras de superficie de manos del personal sanitario.

Recogida de datos: Cortes prevalentes. Recogida de muestras mediante placa de Agar sangre de la superficie del teclado del móvil, así como de la superficie de la mano del profesional sanitario. Y cumplimentación de encuesta anónima mediante cuestionario estandarizado. Contaje de unidades formadoras de colonia por cm² y tipificación de bacterias patógenas multirresistentes.

Variables: Unidades formadoras de colonia de aerobias mesófilas. Categoría profesional. Germen patógeno. Desinfecciones realizadas al teléfono.

RESULTADOS

Se observa un alto porcentaje de contaminación en las superficies de los móviles muestreados 79,62 %, que concuerda de forma directamente proporcional con la contaminación de las manos de los profesionales, correspondiendo un 41,86 % al hallazgo de bacterias potencialmente patógenas y multirresistentes relacionadas con la infección relacionada con la atención sanitaria. En cuanto a la contaminación de los móviles en función de los profesionales, el 83,33% de los médicos tenía su teléfono móvil contaminado, coincidiendo este dato con el resultado obtenido para los móviles de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, frente al 72,22 % de los profesionales enfermeros.

El 100 % de los encuestados reconocen usar su teléfono móvil como herramienta habitual de trabajo ya sea como calculadora, linterna etc. Incluyendo el uso particular. En torno a un 57,71% de los encuestados usa más de 5 veces el móvil en una sola jornada de trabajo frente al 3,70 % de los que afirman que sólo lo usan entre una o dos veces. Tan sólo un 16,67 % de los encuestados

afirma usar alguna solución desinfectante con su teléfono siendo el 88,89 % de ellos los que lo hacen mensualmente y un 11,11 % los que lo hacen semestralmente.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos sugieren la importancia de implementar acciones de mejora que lleven a intentar reducir la carga bacteriana de los teléfonos de los profesionales y en algunos casos restringir su uso en ciertas tareas o prestación de cuidados en el medio sanitario. Así como una vez más, insistir en la relevancia de todas aquellas actividades que aumente la adhesión a la higiene de manos en la atención sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Akinyemi KO, Atapu AD, Adetona OO, Coker AO. The potential role of mobile phones in the spread of bacterial infections. *J Infect Dev Ctries* 2009;3(8):628-632.
- (2) Borer A, Gilad J, Smolyakov R, Eskira S, Peled N, Porat N, et al. Cell phones and Acinetobacter transmission. *Emerg Infect Dis* 2005;11(7):1160-1161.
- (3) Brady RR, Hunt AC, Visvanathan A, Rodrigues MA, Graham C, Rae C, et al. Mobile phone technology and hospitalized patients: a cross-sectional surveillance study of bacterial colonization, and patient opinions and behaviours. *Clin Microbiol Infect* 2011;17(6):830-835.
- (4) Brady RR, Wasson A, Stirling I, McAllister C, Damani NN. Is your phone bugged? The incidence of bacteria known to cause nosocomial infection on healthcare workers' mobile phones. *J Hosp Infect* 2006;62(1):123-125.
- (5) Goldblatt JG, Krief I, Klonsky T, Haller D, Milloul V, Sixsmith DM, et al. Use of cellular telephones and transmission of pathogens by medical staff in New York and Israel. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2007;28(4):500-503.
- (6) Lee YJ, Yoo CG, Lee CT, Chung HS, Kim YW, Han SK, et al. Contamination rates between smart cell phones and non-smart cell phones of healthcare workers. *J Hosp Med* 2013;8(3):144-147.
- (7) Morris TC, Moore LS, Shaunak S. Doctors taking a pulse using their mobile phone can spread MRSA. *BMJ* 2012;344:e412.
- (8) Osborne JD, Phull JS, Matone LI. Might wipe clean covers for mobile phones reduce risk of spread of pathogens? *BMJ* 2012;344:e871.
- (9) Pal S, Juyal D, Adekhandi S, Sharma M, Prakash R, Sharma N, et al. Mobile phones: Reservoirs for the transmission of nosocomial pathogens. *Adv Biomed Res* 2015;4:144-9175.161553. eCollection 2015.
- (10) Rafferty KM, Pancoast SJ. Brief report: bacteriological sampling of telephones and other hospital staff hand-contact objects. *Infect Control* 1984;5(11):533-535.
- (11) Sadat-Ali M, Al-Omran AK, Azam Q, Bukari H, Al-Zahrani AJ, Al-Turki RA, et al. Bacterial flora on cell phones of health care providers in a teaching institution. *Am J Infect Control* 2010;38(5):404-405.
- (12) Tekerekoglu MS, Duman Y, Serindag A, Cuglan SS, Kaysadu H, Tunc E, et al. Do mobile phones of patients, companions and visitors carry multidrug-resistant hospital pathogens? *Am J Infect Control* 2011;39(5):379-381.
- (13) Vinod Kumar B, Hobani YH, Abdulhaq A, Jerah AA, Hakami OM, Eltigani M, et al. Prevalence of antibacterial resistant bacterial contaminants from mobile phones of hospital inpatients. *Libyan J Med* 2014;9:25451.

POSTER 37**AUTORES/AUTHORS:**

Laura Racionero Torre, Verónica Velasco González

TÍTULO/TITLE:

TELEENFERMERÍA. NUEVO AVANCE EN EL CUIDADO ENFERMERO

La teleenfermería “es el empleo de la tecnología de la telemedicina para dispensar cuidados y ejercer la práctica de enfermería y mejorar la calidad asistencial”. El uso de las tecnologías de la información y la comunicación otorga un nuevo rol a enfermería, permitiendo la aplicación de cuidados a distancia y favoreciendo la autocuidado de la salud del paciente.

Objetivos: El principal objetivo de este estudio es describir el desarrollo y las principales aplicaciones de la teleenfermería a nivel internacional, nacional y en la comunidad autónoma de Castilla y León.

Metodología: El presente estudio se fundamenta en una revisión sistemática de la literatura científica a través de la consulta directa y bases de datos Medline, Dialnet, Ebsco Cinahl y Cochrane Plus.

Los descriptores (Mesh) manejados para la realización de dicha búsqueda fueron: telenursing (teleenfermería), telehealth (telesalud), telecare (telecuidados), technologies of information and communication (tecnologías de la información y comunicación).

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta fueron artículos publicados en los últimos 10 años, textos científicos que especifiquen el empleo de la teleenfermería y/o el uso de las nuevas tecnologías por parte de enfermería; y artículos que pertenecieran a las principales revistas de impacto. La revisión sistemática se elaboró entre diciembre de 2015 y mayo del 2016.

Resultados: Se han seleccionado 42 artículos más relevantes de 249 artículos encontrados, de los cuáles 15 (35,71%) de ellos son revisiones bibliográficas y 27 (64,29%) son ensayos clínicos.

Las principales aplicaciones de la teleenfermería a nivel mundial son la monitorización a distancia de pacientes crónicos, soporte telefónico y la atención de pacientes a domicilio.

Los beneficios obtenidos de los estudios internacionales en la población en general y la evidente reducción de costes sanitarios, justifican la utilización de la teleenfermería y el fomento de proyectos teleenfermeros en España, como son los servicios de “Tele-heridas” de Madrid, “Consejo Sanitario” en País Vasco o el servicio de “Atención de Urgencias Pediátricas” de Castilla y León.

Discusión e implicaciones en la práctica: El uso de las nuevas tecnologías de la información y comunicación otorga una herramienta de utilidad en el cuidado del paciente. La teleenfermería proporciona múltiples oportunidades de uso, pudiéndose aplicar tanto en Atención Primaria como Especializada, en pacientes agudos como crónicos.

Además, ofrece la posibilidad de realizar asistencia sanitaria a distancia, siendo una fuente fiable de información sobre problemas de salud, tratamiento, educación y promoción de cuidados; y reduciendo costes y listas de espera.

Por tanto, la teleenfermería otorga un nuevo campo de actuación sanitaria, que junto a la atención habitual, crea una simbiosis para mejorar el cuidado y educación de los pacientes en la autogestión de su propia salud, fomentando el desarrollo del “empoderamiento del paciente”.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía:

- Eulàlia Juvé M, Huguet M, Monverde D, José Sanmartín M, Martí N, Cuevas B, et al. Marco teórico y conceptual para la definición y evaluación de competencias del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario. Parte I [Internet]. Vol. 25, Nursing (Ed. española). 2007. 56-61 p. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021253820770907X>
- Finkelstein SM, Celebrezze M, Cady R, Lunos S, Looman WS. Strategies to Maximize Data Collection Response Rates in a Randomized Control Trial Focused on Children with Medical Complexity. *Telemed J E Health*. United States; 2016 Apr;22(4):295–301.
- Tang N, Fujimoto J, Karliner L. Evaluation of a Primary Care-Based Post-Discharge Phone Call Program: Keeping the Primary Care Practice at the Center of Post-hospitalization Care Transition. *J Gen Intern Med*. 2014;29(11):1513–8.
- Looman WS, Erickson MM, Garwick AW, Cady RG, Kelly A, Pettet C, et al. Meaningful use of data in care coordination by the advanced practice RN: the TeleFamilies project. *Comput Inform Nurs [Internet]*. 2012;30(12):649–54. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3529960&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Fernández-Durán N. Unidades Clínicas de Heridas. 2015;1–2.
- Osakidetza. Consejo sanitario [Internet]. 2011. Available from:

http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-ckcons01/es/contenidos/informacion/orain_consejo_sanitario/es_orain/consejo_sanitario.html

• Junta de Castilla y León. Plan de atención pediátrica telefónica [Internet]. Portal de Salud Castilla y León. 2014. Available from: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/plan-atencion-pediatrica-telefonica>

POSTER 38**AUTORES/AUTHORS:**

Ester Gilart Cantizano, Anna Bocchino

TÍTULO/TITLE:

EDUCACIÓN ENFERMERA EN LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TICs)

INTRODUCCIÓN

El progreso social y el avance de las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) relacionado con la aparición de diversos problemas de salud por su uso excesivo e inadecuado, especialmente entre los más jóvenes Echeburúa y de Corral, 2010; Labrador y Villadangos, 2010; Carbonell et al., 2012;), junto con el impacto psicológico y conductual y las repercusiones negativas que éstas conllevan en las diferentes esferas de desarrollo del individuo (Echeburúa y De Corral, 2010; Echeburúa y Requesens, 2012; Kuss, van Rooij, Shorter, Griffiths y van de Mheen, 2013), ha dado lugar a cierta preocupación para los gestores de las políticas en salud.

Los profesionales de enfermería deben estar preparados y capacitados para enfrentarse a esta situación conociendo los recursos disponibles, desarrollando estrategias de promoción/educación en salud eficaces que permitan dotar al individuo de recursos, conocimientos y habilidades que les permitan afrontar las repercusiones negativas que produce el uso desmesurado de dichas tecnologías así como formar en hábitos y estilos de vida saludables.

OBJETIVOS

El objetivo general fue la realización del taller "Desafiando a las TICs" con el propósito de dotar al alumnado de las competencias necesarias para establecer relaciones positivas que conciencien la metodología de estudio.

Entre los objetivos específicos encontramos:

Sensibilizar y aportar conocimientos sobre las consecuencias negativas que conlleva el uso inadecuado de las TICs.

Valorar la necesidad y la importancia de "formar" en Tic's para mejorar la salud de la población vulnerable.

MÉTODO

Estudio descriptivo observacional longitudinal pre-test post-test de metodología mixta, cualitativa y cuantitativa.

Muestra: la población de estudio estuvo compuesta por un total de 72 niñas/os en edades comprendidas entre 14 y 15 años del tercer curso de Educación Secundaria Obligatoria (ESO).

Procedimiento: El estudio se llevó a cabo en el mes de abril de 2016 en el Colegio M^a Auxiliadora de Jerez de la Frontera. La recolección de datos fue efectuada en el aula mediante un cuestionario apto a evaluar los conocimientos previos y posteriores de las/os niñas/os y a través de una encuesta donde fue posible recoger las opiniones y reflexiones de los sujetos sobre la temática (uso desmesurado del móvil, riesgos y efectos negativos para la salud...). Se llevaron a cabo las siguientes fases:

1º Fase.- Realización del pre-test a los participantes.

-2º Fase. Elaboración y realización del taller con técnicas de role playing, visualización de un cortometraje, juegos didácticos...

3º Fase.- Post-test sobre los conocimientos y conceptos adquiridos.

4º Fase.- Comparación de datos. pre y post test.

Análisis de datos: El procesamiento de los datos para la evaluación de los conocimientos pre y posteriores fueron analizados mediante técnicas cuantitativas y cualitativas. Para los datos cuantitativos se utilizó el paquete estadístico SPSS 22.

RESULTADOS

La muestra final quedó compuesta por un total de 69 niñas/os. En relación a la distribución por sexo el 68% eran niñas.

Con respecto a la comparación entre el pre-test y el post-test se obtuvo en el pre-test un déficit de conocimientos sobre la temática, déficit que se redujo significativamente en el post-test tras la realización de dicho taller.

Con respecto a la fase cualitativa la mayoría de los niñas/os mostraron un elevado interés por la actividad y participación.

DISCUSIÓN

Los resultados aportaron evidencias científicas que apoyan que el taller educativo se ha configurado como una herramienta eficaz para aportar conocimientos sobre las conductas negativas y los riesgos en la salud que conlleva el mal uso de las TICs y así poder fomentar y ampliar la investigación en otros campos como la intervención enfermera en la educación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Carbonell, X., Chamarro, A., Griffiths, M., Oberst, U., Cladellas, R. y Talarn A. (2012). Problematic Internet and cell phone use in Spanish teenagers and young students. *Anales de Psicología*, 28, 789-796.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22 (2), 91-96.
- Echeburua, E. y Requesens, A. (2012). Adicción a las redes sociales y a las nuevas tecnologías en jóvenes y adolescentes. Guía para educadores. Madrid: Piramide.
- Kuss, D.J., Griffiths, M.D. y Binder, J.F. (2013). Internet addiction in students: Prevalence and risk factors. *Computers in Human Behavior*, 29, 959-966.
- Labrador, F.J. y Villadangos, S. (2010). Menores y nuevas tecnologías: conductas indicadoras de posible problema de adicción. *Psicothema*, 22, 180-188.

POSTER 40**AUTORES/AUTHORS:**

José Luis Cobo Sánchez, Mercedes Lázaro Otero, Susana Moya Mier, Cristina Renedo González, Faustino González Menéndez, Patricia González Setién, Genoveva Fernández Carral, Ana Rosa Díaz Mendi

TÍTULO/TITLE:

Unidad de apoyo a la investigación en Enfermería: impacto tras dos años de implantación

OBJETIVO

Determinar el impacto de la puesta en marcha de una Unidad de Apoyo a la Investigación en Enfermería en la producción científica de la división de Enfermería, en un hospital de tercer nivel.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo sobre la actividad científica de la división de Enfermería en un hospital de tercer nivel desde el año 2011 al año 2015. La Unidad de Apoyo a la Investigación en Enfermería se puso en marcha en 2013, con un plan estratégico basado en 3 pilares: generación de nuevo conocimiento, difusión del conocimiento e implantación del mejor conocimiento disponible. Dentro del pilar de generación de conocimiento, se incluyó entre su cartera de servicios la asesoría científica en los siguientes aspectos: conceptualización de la pregunta de investigación, búsquedas bibliográficas, elaboración de protocolos de investigación, información sobre los recursos existentes y fuentes de financiación, diseño y elaboración de presentaciones científicas, elaboración de documentación para aprobación de proyectos de investigación por el Comité de Ética de Investigación Clínica, apoyo en la ejecución de proyectos de investigación (puesta en marcha, desarrollo y gestión), elaboración de bases de datos y análisis estadístico, difusión de resultados (elaboración de memorias científicas, capítulos de libro y artículos científicos). Para evaluar el impacto de todos estos servicios de asesoría se recopilaron datos a partir de la base de conocimiento del área de enfermería, realizándose un análisis descriptivo a partir de los mismos. Las variables a estudio fueron: año, tipo de actividad científica y unidad/servicio. En los proyectos de investigación además se analizó si obtuvieron financiación competitiva.

RESULTADOS

Artículos científicos: 2011 n=7; 2012 n=14; 2013 n=23; 2014 n=16; 2015 n=25. Comunicaciones a congreso: 2011 n= 15 (12 orales, 3 pósters); 2012 n=30 (17 orales, 13 pósters), 2013 n= 83 (47 orales, 36 pósters), 2014 n=59 (35 orales, 24 pósters); 2015 n= 54 (30 orales, 24 pósters). Capítulos de libro: 2011 n=0; 2012 n= 29; 2013 n=9; 2014 n=3; 2015 n=0. Ponencias: 2011 n=0; 2012 n=12; 2013 n= 4; 2014 n=9; 2015 n= 5. Proyectos de investigación: 2011 n=0; 2012 n=3 (ninguno financiado); 2013 n= 10 (ninguno financiado); 2014 n= 14 (1 proyecto financiado en convocatoria nacional); 2015 n= 19 (3 proyectos financiados en convocatoria nacional). Premios: 2011 n=0; 2012 n=10; 2013 n=11; 2014 n=11; 2015 n= 6. Los servicios que mayor actividad científica generaron fueron: área quirúrgica, nefrología, área de calidad, unidad de cuidados intensivos, hospital de día médico y traumatología.

DISCUSION

La literatura describe una serie de barreras para la generación de nuevo conocimiento y uso de la investigación por parte de las enfermeras, entre las que se encuentran las barreras organizacionales y la falta de apoyo institucional (1-3). Las Unidades de Apoyo a la Investigación en Enfermería se han revelado como una herramienta de los hospitales para fomentar y coordinar la investigación en Enfermería, potenciando su integración en la práctica clínica, con el fin de mejorar la calidad de los cuidados y asegurar que tienen como base científica la mejor evidencia disponible (4). La implantación de la Unidad de Apoyo a la Investigación en Enfermería en nuestro centro ha tenido un impacto positivo en la generación de actividad investigadora entre el personal asistencial. El apoyo metodológico y la disponibilidad/cercanía de la Unidad, junto con otras acciones del plan estratégico han contribuido, en especial modo, a la generación de más producción científica y de proyectos de investigación, y de la financiación de éstos en convocatorias competitivas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.- Moreno-Casbas T, Fuentelsaz-Gallego C, González-María E, Gil de Miguel A. Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. *Enferm Clín.*2010; 20(3): 153-64.
- 2.- Bernal-Celestino RJ, Rodríguez Almagro JJ, Lagos-Pantoja E, Cabezas-Vallejo L, Domínguez-Alonso MT, Moreno-Chocano C. Barreras para la investigación en enfermería. *Rev ROL Enferm* 2014; 37(7-8): 520-526.
- 3.- Sánchez-García I, López-Medina IM, Pancorbo-Hidalgo PL. Obstáculos percibidos por las enfermeras para la práctica basada en

evidencias: Un estudio cualitativo. *Enferm Clin.* 2013;23(6):279-83.

4.- García Pozo A. Propuesta de gestión de los recursos humanos enfermeros en el ámbito de un hospital universitario de tercer nivel. *Metas Enferm* dic 2014/ene 2015; 17(10): 6-10.

POSTER 41**AUTORES/AUTHORS:**

Ana María Vivas Broseta, Eva M^a Rueda García, M^a Carmen Gozalves Manzanera, Milagros Fernández Martí, Amparo Moscardó Ortíz, M^a Ángeles Martínez Real, Rosario Ros Navarret, Pilar Blasco Belda

TÍTULO/TITLE:

DESARROLLO DEL PLAN ESTRATÉGICO DE UNA UNIDAD DE APOYO PARA LA INVESTIGACIÓN ENFERMERA

INTRODUCCIÓN

La investigación enfermera, orientada a los cuidados, influye en la calidad de los mismos y en la salud de los pacientes. Posibilita la traslación de nuevos conocimientos hacia la excelencia en cuidados y debe considerarse una actividad inseparable de la actividad asistencial, para favorecer la evolución necesaria de la profesión enfermera, mediante la continua actualización de un campo de conocimientos propio basado en la mejor evidencia posible.

Desde esta perspectiva, la Dirección de Enfermería del Departamento de Salud Valencia La Fe con el apoyo del Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, apostaron por dedicar esfuerzos y recursos para desarrollar y fomentar la cultura de la investigación enfermera, creando la Unidad de Apoyo para la Investigación Enfermera (UNIEN) en Octubre de 2014.

OBJETIVOS

1. Impulsar una investigación enfermera traslacional de excelencia, dirigida a mejorar la calidad de vida y salud del ciudadano .
2. Mejorar la difusión de la producción y logros científicos, que fomente el desarrollo de la cultura de investigación del equipo de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

Inicialmente, se realizó un análisis DAFO para obtener una visión general de la investigación enfermera en el Departamento de Salud Valencia La Fe.

En base a este análisis, se plantearon estrategias para evitar las amenazas, reorientar las debilidades, aprovechar y utilizar las fortalezas. Estas estrategias se enfocaron desde tres perspectivas: Fomento de la investigación, Desarrollo de la innovación y Desarrollo de la Formación.

RESULTADOS

Se han desarrollado diferentes acciones, como la designación de una enfermera responsable de la UNIEN y responsables de investigación de Área de Gestión Clínica (15) para favorecer la cultura de la investigación y establecer redes de contacto internas, desarrollo de líneas de investigación propia por 7 grupos emergentes de investigación, participación de enfermería en distintos Grupos Acreditados de Investigación, realización de 14 proyectos de investigación y concurrencia a la convocatoria AES 2015 con 5 de ellos, participación en jornadas y congresos, asistencia a foros de investigación para establecer redes de contacto externas, así como acciones de difusión y formación en la que se formaron 138 alumnos.

CONCLUSIONES

La creación de la UNIEN ha permitido visibilizar la actividad científica de las enfermeras de nuestro departamento y focalizar las acciones hacia las necesidades detectadas, tanto de formación como de asesoramiento y difusión. Esperamos incrementar la participación en proyectos de investigación y, sobre todo, implementar los resultados en la práctica diaria para mejorar la calidad de los cuidados y con ello la salud de nuestros usuarios.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Ballesteros, H. (2015). Proyecto Unidad de Investigación. Revista Uruguaya de Enfermería, 6(1).

Benavente, M. D., & Leal, C. M. Resultados de una estrategia incluida en el plan de calidad de la Unidad de Investigación en Enfermería de Hospitales Universitarios Virgen del Rocío de Sevilla. Disponible en http://www.sedisa.net/documentos/num2_articulo5.pdf

Casbas, T. M. (2002). LA UNIDAD DE COORDINACIÓN Y DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA (Investén-iscii). *Enfermería Global*, 1.

Catalá-López, F., & Contreras, M. (2008). Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica 2008-2011: una oportunidad para la investigación en cuidados de salud. *Enfermería Clínica*, 18(3), 147-155.

De Pablo, F., & Arenas, J. (2008). Introducción al Plan Nacional de Investigación, Desarrollo e Innovación 2008-2011: la acción estratégica en salud. *Medicina clínica*, 130(6), 223-227.

Fuentelsaz-Gallego, C., Navalpotro-Pascual, S., & Ruzafa-Martínez, M. (2007). Competencias en investigación: propuesta de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-iscii). *Enfermería clínica*, 17(3), 117-127.

García-Pozo, Ana María; Medina-Torres, Margarita; Moro-Tejedor, María Nieves; Palmar Santos, Ana; Solís Muñoz, Montserrat; Calderari Fernández, Elena. Recursos de apoyo a la investigación en enfermería en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud. *Tesela [Rev Tesela]* 2014; 15. Disponible en <<http://www.index-f.com/tesela/ts15/ts9656.php>> Consultado el 14 de Abril de 2016

Harrison, L., Ray Hernández, A., Cianelli, R., Rivera, M. S., & Urrutia, M. (2005). Competencias en investigación para diferentes niveles de formación de enfermeras: una perspectiva latinoamericana. *Ciencia y enfermería*, 11(1), 59-71.

Orellana Y, Alda, & Sanhueza A, Olivia. (2011). COMPETENCIA EN INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA. *Ciencia y enfermería*, 17(2), 9-17. Recuperado en 14 de abril de 2016, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000200002&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0717-95532011000200002.

Orellana Yañez, A., & Paravic Klijn, T. (2007). Enfermería basada en evidencia: barreras y estrategias para su implementación. *Ciencia y enfermería*, 13(1), 17-24.

Seguel, F., & Paravic, T. (2011). Unidad de investigación en hospitales autogestionados. *Ciencia y enfermería*, 17(2), 19-25.

POSTER 44**AUTORES/AUTHORS:**

SAMANTHA GUERRERO FLORES

TÍTULO/TITLE:

Enfermería para todo. Burnout, sentimientos y aflicciones en profesionales de enfermería eventuales con contratos

Objetivos: Indagar en las opiniones y sentimientos que el contrato "Pool" genera en los profesionales de enfermería, así como la medición del nivel de cansancio emocional, despersonalización y la falta de realización personal que experimentan.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo y transversal sobre una muestra de 217 enfermeros que han trabajado al menos una vez con un contrato de tipo "Pool" o "corretornos". Los datos fueron recogidos a través de una encuesta telemática anónima que constó de dos partes: la primera, una encuesta de elaboración propia donde los encuestados registran sus opiniones y sentimientos; la segunda, el cuestionario "Maslach Burnout Inventory" (MBI) cuya función es la determinación objetiva de los niveles de Burnout.

Resultados: En referencia a la opinión de los profesionales de enfermería, se encuentran evidencias de relación entre el contrato tipo "Pool" y alteraciones de humor, sueño y descanso, así como el impedimento de conciliar su vida personal con la laboral. Al mismo tiempo refieren aumento de los niveles de ansiedad, miedo, estrés y estados depresivos. Además con éste contrato los enfermeros no pueden dar la misma calidad de cuidado a los pacientes, que incluso están expuestos a cometer más errores. Se sienten infravalorados, y opinan que el contrato "Pool" desprestigia a la enfermería como profesión, que es consecuencia de la mala gestión de los recursos humanos y que es una modalidad laboral que debería eliminarse. En el MBI encontramos que en la esfera de Cansancio Emocional el 36% tiene un nivel alto, el 27% un nivel medio y un 37% un nivel bajo; en la esfera de Despersonalización encontramos un 51% con un nivel alto, un 26% un nivel medio y un 23% con un nivel bajo; en la escala de Realización Personal un 55% posee un nivel alto, un 23% un nivel medio y un 22% un nivel bajo.

Discusión: Una discusión en este sentido debe quedar abierta en consonancia con una profesión "viva" como es la enfermería, pero sin duda pretendemos aquí aportar una visión crítica del momento actual. Encontramos una tendencia en auge por parte de los centros hospitalarios que trata de contratar profesionales de enfermería con carácter eventual y ubicarlos en un contrato "Pool" en lugar de en servicios fijos.

En este contexto, nuestro estudio evidencia la oposición que existe por parte de los profesionales de enfermería al contrato eventual tipo "Pool", ya que un 80% de los encuestados opina que debe desaparecer del panorama contractual. Una oposición basada en los sentimientos negativos que les genera, puesto que un abrumador 90% de ellos acuden a su puesto de trabajo con ansiedad y un 77% comienzan su turno con miedo, convirtiéndose en la tónica general de su día a día.

Paradójico resulta la dicotomía entre formación y profesión. Mientras presumimos de tener en nuestro Sistema de Salud a profesionales muy valorados, se les asfixia con contratos que les desmotivan, con los que no se sienten realizados y se sienten desprestigiados profesionalmente. Junto a ello, el 90% afirma que en estas condiciones laborales no pueden prestar cuidados de calidad afectando a la eficacia profesional final. Sin duda es un drama que un profesional enfermero reconozcan no poder atender a los pacientes como lo haría si estuvieran en un servicio fijo a pesar de sus esfuerzos. Difícil mostrar empatía como hecho fundamental en la prestación de cuidados. Difícil recuperar con estas premisas las "esencias" de lo "nuestro".

Por su parte, los resultados del cuestionario Maslach también ponen de manifiesto la existencia del "síndrome del quemado" en este personal. Es un resultado preocupante puesto que tenemos enfermeros jóvenes "quemados" con contratos muy cortos. Existen pocos estudios con muestra en los que se evalúen los niveles de Burnout en este tipo de personal de enfermería, centrándose la gran mayoría de ellos en personal sanitario de unidades específicas o de enfermeros con contratos fijos y con años de experiencia en el mismo servicio; así como también es escasa la literatura existente que recoge las opiniones y vivencias de los enfermeros "Pool" aún siendo un tipo de contrato común y muy extendido por los hospitales españoles.

Si sabemos poco sobre lo que le cuesta un "Pool" al sistema sanitario, sí parecen más claro el alto precio que en ocasiones tienen que pagar los profesionales con este tipo de contratos. Alto precio personal y moral evidenciados en que un 93% de los encuestados aseguran que siendo "Pool" es más fácil cometer errores. Errores que en una profesión dedicada al cuidado de las personas pueden ser fatales, errores por los que muchos enfermeros están pagando no sólo profesionalmente sino también personalmente.

Profesionales que han sido y son condenados legalmente tras haber cometido un error propiciado por estar "un día aquí y otro allí", por el desconocimiento del servicio y de sus técnicas específicas, sin importar si tiene experiencia o si es un servicio especial que nunca ha pisado.

En la práctica clínica, éste tipo de contrato afecta no sólo a la calidad de vida del profesional de enfermería, sino también a la de los

pacientes y a la calidad de cuidados que reciben
(Éste estudio no posee conflicto de intereses).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Cachón, E. Concepto de calidad total aplicado enfermería. Las enfermeras del tercer milenio. Madrid: Asociación Española de Enfermería Docente; 1992. P: 209-213.
- Castillo, A. Percepción de competencias en enfermeras de "rotating". Index Enferm. 2011; 20(1). P: 26-30.
- Conde, D. Poder y exclusiones formativas en Ciencias de la Salud. Propuestas de mejora en la atención al paciente desde la complementariedad. Cultura de los cuidados 2015; 18(40): 59-71. Disponible en: <http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/articulo/view/534>.
- Cruzado, C; Gil, R; Tejedor, P. Especialidad de enfermería en cardiología: ¿una necesidad?. Cardiacore. 2010; 45(1): 27-29.
- da Silva, J; Soares, S; Costa, S y Ramos, S. Psychosocial factors and prevalence of burnout syndrome among nursing workers in intensive care units. Rev Bras Ter Intensiva. 2015; 27(2). P: 125-133.
- Gandi, J; Wai, P; Karick, H y Dagona, Z. The role of stress and level of burnout in job performance among nurses. Ment Health Fam Med. 2011; 8(3). P: 181-194.
- Gutiérrez Martí, R. Impacto económico y organizativo de nuevas especialidades de enfermería. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2007.
- Hernández Martín, F. Historia de la Enfermería en España (desde la antigüedad hasta nuestros días). Madrid: Síntesis; 1996.
- Leal Costa, C; Díaz Agea, J; Tirado González, S y Rodríguez Marín, J. Communication skills: a preventive factor in Burnout syndrome in health professionals. An Sist Sanit Navar. 2015; 38(2). P: 213-223.
- Lozano, T; Gómez, J; Romero, E y Peral, B. Disertación sobre el Rotating de Enfermería. ¿Equipo de segunda o pieza clave de benchmarking?. Tesela. 2010. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts7/ts7057.php>.
- Maslach, C y Jackson, S. Síndrome del "quemado" por estrés laboral asistencial. En: Seisdedos N, editor. Maslach Burnout Inventory. Madrid: TEA Ediciones; 1997. P: 5-28.
- Pueyo C. De planta en planta y voy porque me toca. [Monografía en Internet]. Pamplona: Universidad Pública de Navarra; 2012. Disponible en: <http://docplayer.es/9575531-De-planta-en-planta-y-voy-porque-me-toca.html>.
- Viotti, S; Gil Monte, P y Converso, D. Toward validating the Italian version of the "Spanish Burnout Inventory": a preliminary study. Rev Esc Enferm USP. 2015; 49(5). P: 819-825.

POSTER 46

AUTORES/AUTHORS:

FERNANDO JESÚS PLAZADEL PINO

TÍTULO/TITLE:

IMAGEN DEL PACIENTE MUSULMAN. HABLAN LAS ENFERMERAS

Muchos estudios han puesto de manifiesto las consecuencias de la diversidad cultural y lingüística en los cuidados que se ofrecen en los servicios sanitarios (Hoye and Severinsson 2008; Nielsen and Birkelund 2009).

OBJETIVOS.

- Indagar en la percepción que tienen las enfermeras de los pacientes musulmanes.
- Acercarnos a las implicaciones que en la práctica enfermera tienen estos condicionantes.

MÉTODO.

Estudio cualitativo mediante Teoría Fundamentada, siguiendo para la recogida de datos y análisis los pasos marcados por Strauss and Corbin (1998).

El estudio se desarrolló entre enfermeras con más de un año de experiencia en un hospital público del Sur de España. Finalmente se contó con 32 informantes de los que solo 6 eran hombres.

Para la recogida de datos se utilizaron entrevistas semi-estructuradas.

RESULTADOS

Siguiendo el esquema de análisis de datos expuesto encontramos en los primeros textos hasta 80 códigos, en seguida aparecieron temas más destacados en los que ir agrupando y limitando los primeros códigos para llegar a definir nuestras categorías centrales. Categorías centrales y subcategorías.

- "Interpretación del musulmán". Describen aspectos de los musulmanes según la visión del entrevistado.

- Relaciones de género.

Como que no las dejan opinar por ellas mismas, ellos son muy autoritarios EL2

- Interpretación de sus costumbres.

Cuando les traen comida de fuera todo viene de aquella manera, comen con las manos sin guardar ninguna higiene, el niño esta desparramado por la cama y ella dándole ahí un trozo en fin.... regular ET6.

- Visión y conocimiento del islam.

Yo, saber, saber no mucho pero de lo que he observado la religión totalmente diferente ET1

- Visión de la familia.

Suelen ser muy buenos padres, muy del entorno familiar, con familias muy unidas y viven padres, abuelos, nietos, que no los echan, vamos que quitando sus peculiaridades suelen ser padres muy cariñosos con sus hijos EL1

- Visión de la enfermedad, la muerte y el dolor.

Creo que es un poco como los católicos, lo de la resignación porque lo quiere dios y todo eso (...) en situaciones de dolores fuertes y por lo general se lo tragan ET5

- "Capacidad de juzgar". Comentarios en los que se juzga al musulmán siendo el referente el patrón cultural propio.

- Explicaciones de las conductas de los musulmanes.

Exigen porque claro, normalmente las personas que no han tenido nunca nada y de repente tienen algo y se creen que pueden ir exigiendo, tú que vas a hacer si su cultura es así EL1

- Visión de cómo son los musulmanes.

Suelen ser callados de más y muy dóciles, suelen ser educados, son en general muy religiosos, no son de fiar, no son pacientes muy colaboradores ET7

- Visión del hombre musulmán.

El machismo que tienen, a las mujeres las tratan fatal, nos tratan fatal ET9

- Visión de la mujer musulmana.

Son muy buenecicas, si ellas no dicen ni pio las criaturas ET2

- "Comparación cultural".

- Comparación con otros extranjeros.

No son como los negritos que son un encanto EP2

- Comparación con gitanos.

No son enfermos problemáticos de las características, por ejemplo, de los gitanos ET7

- Comparación con “nosotros”.

Te puede chocar que tengan una actitud más servilista que las españolas ET8

• Elementos culturales.

- Conciencia de la diferencia cultural.

Lo que si es que percibo un desajuste muy grande entre nuestra cultura y la de ellos ET7

- Conciencia de los propios prejuicios.

No lo sé, no sé si es algo que tenemos ya ataicó ahí, es que a veces pienso que nos podría producir más rechazo un negro que un moro, sin embargo, a mí me produce más rechazo un moro AT4

- Conocimiento/opinión de los cuidados culturales.

Me parece muy interesante lo de la Enfermería transcultural, a ver si llega aquí EP3

DISCUSIÓN.

Las interpretaciones que los profesionales dan de las características de los musulmanes están marcadas por estereotipos y prejuicios sociales, utilizando su propia perspectiva cultural para interpretar y evaluar los comportamientos de los demás, lo que a menudo conduce a conflictos y tensiones (Almutairi y Rodney, 2013).

Las enfermeras son conscientes de sus prejuicios y, aunque marcan sus opiniones acerca de los musulmanes, no determinan el control de la incertidumbre ante el encuentro intercultural.

Es muy llamativo que el desconocimiento del “otro” no impida que los profesionales se lancen a explicar las conductas de los musulmanes o cómo son. También es cierto que varios profesionales tienden a empatizar con el paciente musulmán y llegan a interpretarlos más adecuadamente. En general se muestra predisposición al conocimiento cultural y se valora como positivo el acercamiento y el respeto cultural para mejorar los cuidados ofrecidos.

Implicaciones para la práctica.

Hay que estar alerta para que la visión prejuiciosa que tienen las enfermeras de los pacientes musulmanes no deteriore la calidad de los cuidados, se hace imprescindible la formación intercultural de la enfermería (Plaza del Pino y Soriano, 2009).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Almutairi A and Rodney P. (2013). Critical cultural competence for culturally diverse workforces: Toward equitable and peaceful health care. *Advances in Nursing Science*, 36 (3): 200-212.
- Hoye S and E Severinsson. (2008). Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study. *Intensive and Critical Care Nursing* 24: 338-48.
- Nielsen B and R Birkelund. (2009). Minority ethnic patients in the Danish healthcare system: A qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 10: 1-7.
- Plaza del Pino FJ y Soriano E. (2009). Formación de los profesionales de enfermería: Cuidar en la sociedad multicultural del siglo XXI. *Index de Enfermería*, 18(3): 190-194.
- Strauss A and Corbin J. (1998). *Basics of quantitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, CA: Sage.

POSTER 47**AUTORES/AUTHORS:**

Minerva Sánchez Sánchez, Cristina Colungo Francia, Belchin Kostov

TÍTULO/TITLE:

Seguimiento de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca en Atención Primaria.

1. Objetivo: describir el seguimiento clínico que reciben los pacientes con insuficiencia cardíaca en un centro de Atención Primaria .
2. Metodología

Se realiza un estudio descriptivo transversal mediante auditoría de historia clínica informatizada. Los participantes son pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca visitados entre el 01-05-2014 y el 01-05-2015 en un centro de Atención Primaria urbano con una población asignada de 30.000 habitantes y una población atendida de 22.000 habitantes.

Criterios de inclusión: pacientes con registro de diagnóstico de insuficiencia cardíaca (CIE-10 I50.1, I50.2, I50.3, I50.4, I50.9) en la historia clínica informatizada.

Criterios de exclusión: enfermedades neurodegenerativas, demencia, u otras enfermedades que limite la autonomía, pacientes con enfermedad crónica avanzada (MACA), pacientes participando en ensayos clínicos, pacientes atendidos en el ámbito privado, no visitados en el centro en el período del estudio.

Variables de estudio.

Principal: Seguimiento de los pacientes con en el período del 01-05-2014 al 01-05-2015: Constantes vitales/exploración, evaluación situación clínica, educación/autocuidados, valoración de hábitos de salud, valoración global, prevención.

Secundarias: sociodemográficas, atención en consulta del centro de AP (Programa de Atención domiciliaria (ATDOM), seguimiento por enfermera gestora de casos, paciente crónico complejo (PCC), seguimiento por médico especialista en cardiología de financiación pública o privada, incluidos en el programa de IC post-alta, frecuentación.

Aspectos éticos: el desarrollo de este estudio se realizó de acuerdo con los principios establecidos en las recomendaciones de la Iniciativa STROBE. Toda la información recogida en el estudio se trató de forma confidencial, cumpliendo la normativa nacional. No existen conflictos de interés

3. Resultados

Del total de 30.000 habitantes asignados al centro, 219 pacientes tenían diagnóstico informatizado de IC y de estos, fueron incluidos en el estudio 191 (87,21%). Entre los incluidos, 147 pacientes (76,96%) fueron atendidos en consulta y 44 pacientes (23%) estaban incluidos en ATDOM. La edad media de los pacientes incluidos era de 81 años (DE= 9,1) y 103 (53,9%) eran mujeres. Con respecto al seguimiento, este no se realizó de forma completa en ninguno de los pacientes. Las constantes vitales y exploración se realizaron en 112 pacientes (58,6%), la educación sobre los autocuidados no se realizó de forma completa en ningún paciente (0%). La evaluación de la situación clínica se realizó de forma completa en 16 pacientes (8,4%) de los casos. Se realizó una valoración global sólo 4 pacientes (2,1%) y prevención mediante la vacunación anti-gripal y anti-neumocócica en 148 pacientes (77,5%). En cuanto a la frecuentación, esta fue mayor a la consulta de medicina que a la de enfermería: acudieron a visita con su médico referente 186 pacientes (97,4%) de los pacientes con una media de visitas de 4.7 (DE=2.9) frente a 149 pacientes (78%) que acudió a visita con su enfermera. No realizaron ninguna visita con enfermería 42 pacientes (22%). La media de visitas con la enfermera referente fue de 3.3 (DE=3.6), aumentando la media en los pacientes de ATDOM con 6.3 visitas (DE=4.6). Sólo 8 pacientes(4,2%) estaban incluidos en el programa de IC post-alta. En los incluidos en este programa, se realizó educación en IC a 7 pacientes(87,5%) a diferencia de 9 pacientes (4,9%) de los no incluidos en el programa(p-valor<0,001).

4. Discusión

Los resultados muestran que no se realiza seguimiento completo de los pacientes según las recomendaciones de la SEMFYC y la SEC, y que las actividades que se llevan a cabo en menor medida son las específicas de la patología. Por otra parte, es destacable la relación del número de visitas con enfermería con el seguimiento de los pacientes. Se observa que el número de visitas con enfermería influye positivamente en el seguimiento de los pacientes en todas las categorías.

Las estrategias hasta ahora se han centrado en intervenciones multidisciplinares realizadas a pacientes atendidos por descompensación aguda y su seguimiento posterior al alta con el programa de IC post-alta. La intervención es realizada en un período corto de tiempo hasta la estabilización y no de forma continua, como requiere una patología crónica como la IC. En el presente estudio el seguimiento del paciente con IC no dispone de un programa estructurado, por ello, los resultados demuestran un

seguimiento incompleto. Se pueden relacionar con la inexistencia de estrategias concretas para la patología incluidas en la práctica habitual en el centro de AP. Pacientes con IC crónica experimentaron una reducción del número de hospitalizaciones, tratamiento médico optimizado, mejoras en la calidad de vida y la mortalidad tras la aplicación de programas estructurados de seguimiento ambulatorio a través de llamadas telefónicas.

Este estudio puede ser de utilidad para nuevas líneas de investigación relacionadas con la implementación de una estructura en la atención por el equipo de AP para mejorar el seguimiento continuo y la prevención de descompensaciones.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*.
2. WHO. Enfermedades no transmisibles. Nota descriptiva. World Health Organization; 2015.
3. Sayago-Silva I, García-López F, Segovia-Cubero J. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca en España en los últimos 20 años. *Revista Española de Cardi*
4. Rubiera López G, Riera Velasco J. Programa para mejorar la atención de las enfermedades crónicas. Aplicación del Modelo de Cuidados para Enfermedades Crónicas. Atención Primaria.
5. Sociedad Española de Cardiología SE de M de F y C. Procesos asistenciales y compartidos entre atención primaria y Cardiología. 1a ed. Semfyc, editor. Barcelona; 2015. 113 p.
6. Grupo de trabajo de Cardiología del Área Integral de Salud Barcelona Esquerra. Insuficiència cardiaca. Punts clau. Barcelona: Consorci Sanitari de Barcelona. Servicio Catalán de la Salud.; 2012. p. 7.
7. Comín-Colet J, Verdú-Rotellar JM, Vela E, Clèries M, Bustins M, Mendoza L, et al. Eficacia de un programa integrado hospital-atención primaria para la insuficiencia cardiaca: análisis poblacional sobre 56.742 pacientes. *Revista Española de Cardiología*.
8. Frankenstein L, Fröhlich H, Cleland JGF. Abordaje multidisciplinario en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca. *Revista Española de Cardiología*.
9. Àrea Integral de Salut Barcelona Esquerra. Ruta Assistencial d'Insuficiència Cardíaca (versió 2.0). Barcelona: Àrea Integral de Salut Barcelona Esquerra; 2012.

POSTER 50**AUTORES/AUTHORS:**

Ana M. Pedraza Anguera, Matilde Fernández Arroyo, Mercedes Gómez del Pulgar, Alba Reguera Carricondo, Cristina de Castro Pedraza, Núria Adell Aguiló, Carolina Tudela Valls, Sonia de la Torre Luceño

TÍTULO/TITLE:

VALORACIÓN DE LA AUTOESTIMA EN EL PROGRAMA "SALUT I ESCOLA"

JUSTIFICACIÓN

La adolescencia es un etapa crucial para trabajar la autoestima por su directa repercusión en la salud mental (2,3). Un adolescente con baja autoestima suele ser inseguro y desconfía de las propias facultades, tiene miedo a tomar decisiones por miedo a equivocarse y necesita de la aprobación de sus compañeros y/o amigos (4). Todo esto le produce un sentimiento de inferioridad y timidez a la hora de relacionarse con sus iguales (5). En el año 2013, dentro del programa de "Salut i escola", la enfermera que acude al Instituto de Enseñanza Media (IES), fue requerida por la dirección del centro para diseñar y realizar una intervención comunitaria en el curso de 3º de la ESO (educación secundaria obligatoria), dada la detección por el equipo de psicopedagogía de baja autoestima en este curso.

OBJETIVOS

Evaluar una intervención comunitaria de mejora de la autoestima realizada en los alumnos de 3º de la ESO en un Instituto de Enseñanza Media.

METODOLOGÍA

-Ámbito: Urbano; Instituto de Enseñanza Media. Diseño: Descriptivo. Sujetos/participantes: Se ha aplicado el cuestionario a 390 alumnos de 3º curso de la ESO. La elección del curso se realiza por indicación y solicitud del equipo directivo del centro educativo que ha detectado problemas de autoestima en los alumnos. El total de alumnos por curso fue: 2013-14=138; 2014-15=137; 2015-16=133 alumnos.

-Dimensiones y variables: Adecuación profesional de la enfermera, duración, metodología y utilidad de la actividad.

-Instrumento: Cuestionario de evaluación con 4 ítems que se valoran mediante escala de Likert de 5 puntos, que se pasa al finalizar la intervención educativa elaborada por el equipo de enfermería y el psicopedagogo del centro.

-Análisis de datos: Análisis descriptivo y de frecuencias absolutas y relativas. Consideraciones éticas: según legislación.

RESULTADOS

Adecuación profesional: el 64,58% (N=155) responde "Mucho", el 22,5% (N=54) "Bastante", el 10,41% (N=25) "Regular", el 2,5% (N=6) "Poco", y el 0% (N=0) "Nada".

Duración de la intervención: el 46,66% (N=112) responde "Mucho", el 40,83% (N=98) "Bastante", el 5,8% (N=14) "Regular", el 5% (N=12) "Poco", y el 1,66% (N=4) "Nada".

Metodología: el 71,16% (N=178) responde "Mucho", el 15,58% (N=35) "Bastante", el 9,16% (N=22) "Regular", el 2% (N=5) "Poco", y el 0% (N=0) "Nada".

Utilidad de la intervención: el 62,0% (N=149) responde "Mucho", el 22,01% (N=53) "Bastante", el 12,9% (N=31) "Regular", el 2% (N=5) "Poco", y el 0,1% (N=2) "Nada".

DISCUSIÓN

A la luz de los resultados, la duración de la intervención debe revisarse y acortarse ya que un 46,66% estima que es muy larga. La metodología participativa es el parámetro mejor valorado con un 71,16%, por lo que debe mantenerse. El profesional ha sido muy bien valorado por lo que cabría felicitarle y animarle a continuar. No se ha realizado un pre-postest de autoestima que pueda cuantificar los cambios de la intervención, pero la buena valoración de la utilidad indica su relevancia y su adecuación a las necesidades del grupo de alumnos, por lo que debería mantenerse en los próximos cursos. Las últimas investigaciones ratifican la importancia de este tipo de intervenciones en los institutos por el impacto directo que la autoestima de los adolescentes tiene en su salud mental, ya que se comporta como un potente predictor de problemas psicológicos que requieren tratamiento y en muchos casos internalización (6,7,8). El trabajo de autoestima incrementa las habilidades de afrontamiento y las sociales (9,10). Así, los

ejercicios de reflexión que se han utilizado en la intervención, sobre las cualidades de los compañeros en el grupo clase, les ayudan a visualizar las suyas propias y a fomentar su autoestima. Con este trabajo también se detectaron casos de baja autoestima, lo que permitió al equipo psicopedagógico del centro un apoyo y seguimiento adecuado.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Este trabajo pone en valor el peso de intervenciones comunitarias de enfermería en los institutos en el ámbito de la autoestima en la adolescencia. De esta actividad se beneficia el centro educativo que puede abordar las necesidades grupales y detectar alumnos que precisan apoyo y seguimiento. Los profesionales de enfermería pueden desarrollar sus competencias de educación comunitaria en una etapa de gran riesgo para la salud mental y los alumnos incrementan sus habilidades sociales.

Este estudio no posee conflicto de intereses.

PALABRAS CLAVE: self-esteem, adolescents, institute, schoolchild.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Davis L, Kurzban S, Brekke J. Self-esteem as a mediator of the relationship between role functioning and symptoms for individuals with severe mental illness: a prospective analysis of Modified Labeling theory. *Schizophr Res.* 2012 May;137(1-3):185-9. doi: 10.1016/j.schres.2012.02.003. PMID: 22377104
- 2- Sheeman E. *Cómo mejorar tu autoestima*. Ed. Océano. Madrid, 2000
- 3- Moksnes UK, Løhre A, Espnes GA. The association between sense of coherence and life satisfaction in adolescents. *Qual Life Res.* 2013 Aug;22(6):1331-8. doi: 10.1007/s11136-012-0249-9. PMID: 22886139
- 4- Yarcheski A, Mahon NE. Meta-Analyses of Predictors of Hope in Adolescents. *West J Nurs Res.* 2016 Mar;38(3):345-68. doi: 10.1177/0193945914559545. PMID: 25421543
- 5- Mahon NE, Yarcheski A, Yarcheski TJ, Cannella BL, Hanks MM. A meta-analytic study of predictors for loneliness during adolescence. *Nurs Res.* 2006 Sep-Oct;55(5):308-15. Erratum in *Nurs Res.* 2006 Nov-Dec;55(6):446. PMID: 16980831
- 6- Moksnes UK, Espnes GA. Self-esteem and emotional health in adolescents--gender and age as potential moderators. *Scand J Psychol.* 2012 Dec;53(6):483-9. doi: 10.1111/sjop.12021. PMID: 23170865
- 7- Moksnes UK, Espnes GA. Self-esteem and life satisfaction in adolescents-gender and age as potential moderators. *Qual Life Res.* 2013 Dec;22(10):2921-8. doi: 10.1007/s11136-013-0427-4. PMID: 23661225
- 8- In-Albon T, Meyer AH, Metzke CW, Steinhausen HC. A Cross-Lag Panel Analysis of Low Self-Esteem as a Predictor of Adolescent Internalizing Symptoms in a Prospective Longitudinal Study. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2016 Jul 7. MID: 27389720 DOI:10.1007/s10578-016-0668-x
- 9-Tripkovic I, Roje R, Krnic S, Nazor M, Karin Ž, Capkun V. Depression and Self-Esteem in Early Adolescence. *Cent Eur J Public Health.* 2015 Jun;23(2):142-5. PMID: 26851429 DOI: 10.21101/cejph.a4017
- 10- Isomaa R, Väänänen JM, Fröjd S, Kaltiala-Heino R, Marttunen M. How low is low? Low self-esteem as an indicator of internalizing psychopathology in adolescence. *Health Educ Behav.* 2013 Aug;40(4):392-9. doi: 10.1177/1090198112445481.

POSTER 52**AUTORES/AUTHORS:**

Alberto Molina Navarro, Óscar Álvarez López, Pedro Medina Cuenca, Beatriz López Serrano, Javier García Iglesias, María Isabel Buceta Toro, Hilario Hernández Ovejero

TÍTULO/TITLE:

Hábitos alimentarios en jóvenes que realizan actividad física en un gimnasio

Objetivos: El objetivo principal del estudio consistió en conocer el hábito nutricional y la rutina deportiva de los jóvenes que acuden a un gimnasio del distrito de Villaverde localizado en la ciudad de Madrid. Como objetivos secundarios se plantearon los siguientes:

- Identificar los diferentes tipos de dietas seguidos por los sujetos del estudio.
- Conocer las principales sustancias que emplean los sujetos para suplementar sus dietas.
- Describir los tipos fundamentales de actividad deportiva realizada por los sujetos de estudio.
- Describir los factores motivacionales que influyen en la realización de la práctica deportiva.

Metodología: Para dar respuesta a los objetivos planteados se desarrolló un estudio descriptivo, transversal, de metodología cuantitativa. Tras la firma del consentimiento informado, se procedió al despliegue de un cuestionario heteroadministrado y de elaboración propia, integrado por 36 atributos sobre hábitos alimenticios y de actividad física y una mínima valoración de parámetros antropométricos, preservando en todo momento la confidencialidad del sujeto. A lo largo del despliegue de la encuesta se fueron rotando las distintas localizaciones deportivas del centro para conseguir la mayor variabilidad posible, concentrando las entrevistas en los picos de mayor afluencia al gimnasio. El trabajo de campo se desarrolló en el primer trimestre de 2016.

Los sujetos de estudio fueron seleccionados en base a su edad (entre 20 y 34 años) y la práctica deportiva regular en el centro de referencia. Tras aplicar los criterios de inclusión, la muestra final estuvo integrada por 94 sujetos cuyo perfil se ajustaba a los objetivos del estudio.

La aproximación a los sujetos se realizó en el propio centro deportivo, con el fin de acceder a distintas disciplinas deportivas y rutinas de entrenamiento.

Para la explotación y posterior análisis de los datos se utilizó el programa Microsoft Excel 2013. Como estadísticos descriptivos se han empleado las frecuencias absolutas y los porcentajes. En las variables cuantitativas se ha utilizado la media más la desviación estándar y la moda. Para el estudio de la asociación entre algunas de las variables se recurrió al uso del coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: En cuanto a los datos sociodemográficos, se observa una masculinización de la muestra, representando los hombres un 67% del total de los sujetos de estudio. Los sujetos de origen español representan un 75,5% del total de la muestra frente a otras nacionalidades. El 87,2% de los participantes no refiere antecedentes médicos de interés.

En relación a los hábitos alimentarios, un 44,6% de los encuestados refiere realizar 5 comidas al día, siendo el almuerzo la que señalan como principal un 75,5%. Además, el 48,9% no recurre al consumo de comida precocinada y un 14,8% no come fuera de casa habitualmente. Destaca que únicamente un 9,5% de los sujetos que siguen una dieta especial, manifiestan tenerla prescrita por un profesional sanitario. El valor promedio obtenido de la ingesta hídrica diaria es de 2,2 litros. En cuanto al consumo semanal de bebidas alcohólicas un 52,1% de los encuestados refiere tomar cerveza, un 14,9% vino y un 28,7% otras bebidas alcohólicas de mayor graduación.

Atendiendo al consumo de algún tipo de suplemento dietético, un porcentaje del 19,1% de los entrevistados manifiesta consumir suplementos nutricionales, frente a un 59,6% que indican la ingesta de suplementos deportivos.

En relación a la actividad física desarrollada, un 48,9% refiere realizar actividad física externa, siendo el fútbol y caminar las actividades más frecuentes. Respecto al desarrollo de actividad en el centro, un 39,3% acude cinco veces a la semana, siendo la opción con mayor frecuencia, observándose variabilidad en el tipo de actividad realizada según el sexo, siendo de preferencia el levantamiento de pesas en hombres y las actividades aeróbicas y colectivas en mujeres.

En cuanto a la motivación para la realización de la actividad física, las variables más repetidas fueron "mantener la línea y estar en forma" elegida por el 27,6% de los encuestados.

Discusión: Los resultados ponen de manifiesto que el aumento de la preocupación por la estética y el culto al cuerpo ha provocado un cambio en la sociedad y en su estereotipo de la persona ideal. Ante la realidad observada, las implicaciones en la práctica clínica del trabajo irían orientadas a conocer los hábitos alimenticios de la población joven que realiza cualquier tipo de actividad física en gimnasios, comprobando si ese hábito nutricional es equilibrado y adecuado, con el objetivo de implementar intervenciones de

educación para la salud que se centren en la necesidad de llevar a cabo una alimentación equilibrada junto con una práctica deportiva segura y de calidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía:

1. Sanz Porras J. Aportaciones de la sociología al estudio de la nutrición humana: una perspectiva científica emergente en España. *Nutrición hospitalaria*. 2008; 23(6):531-535.
2. Rodríguez- Cano I, Ballesteros-Pomar M, Pérez-Corral B, Aguado R. Dietas bajas en hidratos de Carbono Frente a dietas bajas en Grasas. *Endocrinología y Nutrición*. 2006; 53(3):209-217.
3. Sánchez-Benito JL. Perfil lipídico de la dieta para mejorar la salud del corazón del deportista. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*. 2011; 31(2):41-47.
4. Zugasti Murillo A. Planificación de la dieta hospitalaria Madrid: Díaz de Santos; 2012.
5. Salas-Salvadó J, Rubio MA, Barbany M, Moreno B. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Medicina Clínica*. 2007; 128(5):184-196.
6. Aparicio VA, Nebot E, Heredia JM, Aranda P. Efectos metabólicos, renales y óseos de las dietas hiperproteicas. Papel regulador del ejercicio. *Revista andaluza de Medicina del deporte*. 2010; 3(4):153-158.
7. Ravasco P, Anderson H, Mardones F. Métodos de valoración del estado nutricional. *Nutrición hospitalaria*. 2010; 25(3):57-66.
8. Mañas Almendros M. *Nutrición para la salud y la actividad física*. Madrid: Díaz de Santos; 2012.
9. Higgins JP, Higgins CL. Prescribing exercise to help your patients lose weight. *Cleveland clinic journal of medicine*. 2016; 83(2):141-150.
10. Subirats Bayego E, Subirats Vila, Soterias Martínez I. Prescripción de ejercicio físico: indicaciones, posología y efectos adversos. *Medicina Clínica*. 2012; 138(01):18-24.
11. Boraita Pérez A. Ejercicio, piedra angular de la prevención cardiovascular. *Revista Española de Cardiología*. 2008; 61(5):514-528.
12. Sánchez Oliver AJ, Miranda León MT, Guerra Hernández E. Estudio estadístico del consumo de suplementos nutricionales y dietéticos en gimnasios. *ALAN*. 2008; 58(3):221-227.

POSTER 54**AUTORES/AUTHORS:**

Garbiñe Ruiz de Gordo Campo, Adrián Muñoz de la Parte, Lorena Fernández Pérez, María Natividad de la Parte Gala, Ana Isabel Campo Martínez de Zuazo

TÍTULO/TITLE:

Transfusiones de hemoderivados en el domicilio dentro del servicio de hospitalización a domicilio de OSI Araba

Introducción: El servicio de hospitalización a domicilio (HaD) ofrece la posibilidad de realizar transfusiones de hemoderivados en el domicilio a todas aquellas personas que lo requieran, hayan tenido transfusiones previas y tengan un soporte familiar óptimo. Los pacientes subsidiarios a dichas transfusiones proceden tanto del ámbito hospitalario como desde atención primaria. Las patologías son diversas: anemia, neoplasias de colon, neoplasias hematológicas entre otras. Se ha realizado un protocolo en colaboración con el servicio de hematología y el banco de sangre para la correcta conservación de los hemoderivados y la seguridad en el procedimiento.

Objetivos: Valorar el grado de éxito del procedimiento de la transfusión de hemoderivados en el domicilio.

Metodología: Se ha realizado un análisis descriptivo retrospectivo donde se incluyeron los pacientes ingresados dentro del servicio de hospitalización a domicilio que requirieron al menos una transfusión de hemoderivados en el domicilio entre el 1 de enero de 2011 y el 30 de abril de 2016. Los datos fueron recogidos mediante la revisión de historias clínicas y analizados con el programa estadístico IBM SPSS Statistics.

Resultados: Se realizaron un total de 73 transfusiones en el domicilio a un total de 31 pacientes. No se registró ninguna incidencia durante la transfusión en ninguno de los casos. El 29% de los pacientes recibieron más de una transfusión de hemoderivados; un paciente recibió 12 transfusiones durante este periodo. La edad media de los pacientes transfundidos fue de 68 años. El más mayor tenía 100 años y el más joven 14. Por sexos, el 41,9% mujeres y el 58,1% hombres. Solamente un paciente transfundido mostró su insatisfacción "por tener que estar durante 4 horas en casa".

Discusión: El procedimiento en este periodo de tiempo ha sido valorado muy satisfactoriamente, tanto por los pacientes y familiares, así como los propios profesionales. Las transfusiones domiciliarias son una alternativa segura y eficiente para aquellas personas que presentan dificultades para su traslado al hospital o están en una situación en la que la tranquilidad de estar en casa es necesaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

ARMANDO CORTÉS, M.D.1, JAIME E. OLAYA, M.D.2, GIOVANNA FIGUEREDO, M.D.3. TRANSFUSIÓN AMBULATORIA Y DOMICILIARIA: UNA ALTERNATIVA DE TERAPIA EXTRAHOSPITALARIA. EXPERIENCIA DE 9 AÑOS EN UN BANCO DE SANGRE REGIONAL EN CALI. REVISTA COLOMBIA MÉDICA, VOL. 33, NO. 1, 2002, PP. 22-28. ISSN: 0120-8322 EISSN: 1657-9534

GONZÁLEZ IZQUIERDO, A.; HERNANDO GORGOJO, L.; LÓPEZ DE ONDATEGUI HERCE, M.; ECHEVARRIA FUENTES, A.; SOTO LÓPEZ, Y.; JIMÉNEZ MENDIA, D. TRANSFUSIÓN DE SANGRE EN DOMICILIO. UNA PRÁCTICA SEGURA. http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/material_enfermeria_2011/eu_enfer/adjuntos/08/R240.pdf

REMONNAY R; DEVAUX Y; MORELLE M; KANTE V; HAVET N; CARRERE MO. BLOOD TRANSFUSIONS AT HOME OR IN THE HOSPITAL? THE PREFERENCES OF CANCER PATIENTS. BULL CANCER. 95(11):1039-45, 2008 NOV. ISSN ELECTRONIC: 1769-6917

POSTER 55**AUTORES/AUTHORS:**

MARIA SOLEDAD GIMÉNEZ CAMPOS, ELISA SORIANO MELCHOR, ANTONIA MARTINEZ GASCÓ, ANA TORREGO GIMÉNEZ, VERONICA VIERA RODRIGUEZ, VICENTE RUIZ GARCÍA, ANA MARÍA REDÓN PÉREZ, ELSA AMOR BORT, BERNARDO VALDIVIESO MARTINEZ

TÍTULO/TITLE:

Seguimiento en domicilio de pacientes en aplasia tras trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos de sangre peri

Hospitalización a Domicilio en el seguimiento de pacientes en fase de aplasia tras trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos de sangre periférica. Revisión de casos desde una perspectiva enfermera.

INTRODUCCIÓN:

La quimioterapia en altas dosis asociada a trasplante autólogo de células hematopoyéticas (TACH) es una opción de tratamiento en procesos neoplásicos hematológicos como son el mieloma múltiple, leucemias y linfomas. (1) Aun considerándose un procedimiento de alto riesgo, la toxicidad y mortalidad asociada este tratamiento han disminuido principalmente por el uso de células madre procedentes de sangre periférica y los tratamientos de soporte con factores estimulantes de colonias, profilaxis con antibióticos y antifúngicos. (2,3)

Durante los últimos años, se está llevando a cabo el seguimiento de estos pacientes en el domicilio en la fase de aplasia posterior a la infusión de progenitores de sangre periférica en el hospital. Los resultados publicados muestran un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes y, ser una alternativa segura y eficiente a la hospitalización convencional disminuyendo el riesgo de infecciones nosocomiales y el gasto de recursos hospitalarios. (4-8)

En nuestro entorno, el seguimiento domiciliario de estos pacientes se realiza a través de las unidades de Hospitalización a Domicilio (UHD) al poder desarrollar intervenciones avanzadas tanto de diagnóstico como de terapia.

OBJETIVOS:

Describir la experiencia de una Unidad de Hospitalización a Domicilio en el seguimiento de pacientes en fase de aplasia tras trasplante autólogo de células hematopoyéticas de sangre periférica.

Determinar las implicaciones para enfermería en términos de problemas identificados, y actividad asistencial requerida.

MÉTODO:

Diseño del estudio: estudio descriptivo de series de casos de forma retrospectiva.

Método: revisión de casos atendidos entre enero de 2008 y diciembre de 2015 a través del acceso a la historia clínica hospitalaria.

Criterios de inclusión para la muestra: pacientes en fase de aplasia posterior a TACH de sangre periférica atendidas en la UHD del Hospital Universitari i Politènic la Fe.

Análisis estadístico: estadística descriptiva. Microsoft Office Excel.

Intervención:

Para todos los pacientes, el seguimiento en el domicilio se inició en las 24 o 48 horas posteriores a la infusión de células, siempre en condiciones clínicas estables y con su aceptación. Se requirió una isocrona al centro hospitalario de referencia de 30-60 minutos, disponibilidad de cuidador/a 24 horas, condiciones higiénicas del hogar favorables y disponer de teléfono de contacto 24 horas.

Cada paciente recibía visitas diarias programadas (mañana y tarde) en su domicilio por parte de enfermeras y, cada dos días aproximadamente por parte de médicos. Los horarios de atención para la atención no programada eran de 08:00 a 22:00, 7 días de la semana.

RESULTADOS:

Se identificaron un total de 27 episodios asistenciales bajo el esquema de seguimiento domicilio post TACH. El 63% de la muestra son hombres y la media de edad fue de 51 años. La mediana de tiempo desde el TACH hasta el ingreso en UHD fue de 1 día. El Mieloma Múltiple fue el diagnóstico oncohematológico más frecuente (51%). La estancia media en UHD fue de 18 días. 19 pacientes (70%) completaron el seguimiento en domicilio, 7 (26%) precisaron reingresar de forma urgente por fiebre neutropénica y 1 paciente reingresó por fallo del injerto. Ningún paciente falleció durante el seguimiento.

La tasa de visitas de enfermería programadas por día fue de 2,1. Los problemas de enfermería identificados con mayor frecuencia fueron: riesgo de infección (100%), riesgo de sangrado (96%), deterioro de la mucosa oral (66,6%), náuseas (44%), privación del sueño (29,6%). Las intervenciones realizadas con más frecuencia: administración de medicación por vía intravenosa (74%),

obtención de muestra de sangre venosa para hemocultivos (60%), administración de productos sanguíneos (96%) y administración de medicación por vía subcutánea (66%); administración de medicación por vía tópica bucal (60%), alimentación parenteral (55%) y administración de fluidos endovenosos (55%).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

El seguimiento en la UHD de pacientes en aplasia posterior a TACH se confirma como una alternativa de atención segura y viable desde el punto de vista clínico que podría reducir el gasto sanitario y ayuda a descargar la ocupación hospitalaria. Los resultados obtenidos en el análisis se muestran en rangos similares a los publicados en estudios (4,9) en lo que se refiere al perfil de la muestra, supervivencia, reingresos hospitalarios y complicaciones clínicas.

Atendiendo a la tasa de visitas diaria y a la elevada incidencia de complicaciones derivadas del TACH y quimioterapia, se puede concluir que el seguimiento de este perfil de pacientes supone un impacto a nivel organizativo en las UHD a la vez que implica a las enfermeras en el desarrollo procedimientos y competencias avanzadas en el entorno domiciliario.

Como limitaciones, al tratarse de un estudio retrospectivo cabe considerar principalmente la pérdida de información por omisión en historia clínica.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ljungman P, Bregni M, Brune M, Cornelissen J, de Witte T, Dini G, et al. Allogeneic and autologous transplantation for haematological diseases, solid tumours and immune disorders: current practice in Europe 2009. *Bone Marrow Transplant.* 2010 Feb;45(2):219–34.
2. Gilbert C, Meisenberg B, Vredenburgh J, Ross M, Hussein A, Perfect J, et al. Sequential prophylactic oral and empiric once-daily parenteral antibiotics for neutropenia and fever after high-dose chemotherapy and autologous bone marrow support. *J Clin Oncol.* 1994 May;12(5):1005–11.
3. Klumpp TR, Mangan KF, Goldberg SL, Pearlman ES, Macdonald JS. Granulocyte colony-stimulating factor accelerates neutrophil engraftment following peripheral-blood stem-cell transplantation: a prospective, randomized trial. *JCO.* 1995 Jun 1;13(6):1323–7.
4. Fernández-Avilés F, Carreras E, Urbano-Ispizua A, Rovira M, Martínez C, Gaya A, et al. Case-control comparison of at-home to total hospital care for autologous stem-cell transplantation for hematologic malignancies. *J Clin Oncol.* 2006 Oct 20;24(30):4855–61.
5. Preussler JM, Denzen EM, Majhail NS. Costs and cost-effectiveness of hematopoietic cell transplantation. *Biol Blood Marrow Transplant.* 2012 Nov;18(11):1620–8.
6. Holbro A, Ahmad I, Cohen S, Roy J, Lachance S, Chagnon M, et al. Safety and cost-effectiveness of outpatient autologous stem cell transplantation in patients with multiple myeloma. *Biol Blood Marrow Transplant.* 2013 Apr;19(4):547–51.
7. Bergkvist K, Larsen J, Johansson U-B, Mattsson J, Svahn B-M. Hospital care or home care after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation--patients' experiences of care and support. *Eur J Oncol Nurs.* 2013 Aug;17(4):389–95.
8. Martino M, Montanari M, Ferrara F, Ciceri F, Scortechini I, Palmieri S, et al. Very low rate of readmission after an early discharge outpatient model for autografting in multiple myeloma patients: an Italian multicenter retrospective study. *Biol Blood Marrow Transplant.* 2014 Jul;20(7):1026–32.
9. Ringdén O, Remberger M, Holmberg K, Edeskog C, Wikström M, Eriksson B, et al. Many days at home during neutropenia after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation correlates with low incidence of acute graft-versus-host disease. *Biol Blood Marrow Transplant.* 2013 Feb;19(2):314–20.

POSTER 56**AUTORES/AUTHORS:**

Adrián Muñoz de la Parte, Garbiñe Ruiz de Gordo Campo, Lorena Fernández Pérez, María Natividad de la Parte Gala

TÍTULO/TITLE:

Manejo de la diverticulitis no complicada por una unidad de hospitalización a domicilio

Introducción:

Una de las patologías más frecuentes atendidas por el servicio de Hospitalización a Domicilio (HaD) es la diverticulitis no complicada, que acontece con la presencia de divertículos en ausencia de complicaciones como la perforación, fístula, obstrucción y/o sangrado. Puede afectar al 5% de la población en los países desarrollados. En términos de costes económicos, se trata de la quinta enfermedad gastrointestinal más importante en los países occidentales, ya que suelen ingresar en el hospital. Diversos estudios estiman el ingreso hospitalario de esta patología en 7-9 días, con una tasa de primera recurrencia del 13% y recurrencias repetidas del 4%.

La actuación del equipo de HaD consiste en la administración de tratamiento antibiótico domiciliario endovenoso (TADE), analgésicos orales y las recomendaciones higiénico-dietéticas progresivas necesarias para el reposo intestinal y la más temprana recuperación.

Objetivos:

Analizar el perfil del paciente diagnosticado de diverticulitis no complicada e ingresado en el servicio de Hospitalización a domicilio. Valorar los factores que intervienen en la diverticulitis no complicada.

Metodología:

Se trata de un análisis descriptivo retrospectivo donde se han incluido los pacientes diagnosticados de diverticulitis no complicada en urgencias y que han cumplido los requisitos de ingreso en el servicio de Hospitalización a Domicilio entre el 1 de enero del 2013 y el 31 de diciembre de 2015. Los datos de los pacientes fueron introducidos en una base de datos Microsoft Access y posteriormente analizados con el programa IBM SPSS Statistics.

Resultados:

El equipo de HaD atendió a un total de 232 pacientes en 287 ingresos. El 83,2% de los pacientes ingresaron en una ocasión, mientras que el 12,1% ingresó en dos ocasiones, 3,4% en 3 ocasiones y 1,3% en más de 4 ocasiones.

La edad media de los pacientes fue de 57,22 años (DE 13,2) estando casi la mitad de los ellos en las edades comprendidas entre los 51 y 69 años (47,7%). El más joven tenía 29 y 91 el más mayor.

La estancia media fue de 9,39 días (DE 3,99). El 62% estuvo ingresado en nuestro servicio entre 6-10 días y el 28,9% superó los 10 días de ingreso.

Por sexos, el 52,3% de los pacientes fueron hombres con una edad media de 61,36 años (DE 12,15) y una estancia media de 9,35 días (DE 3,78). Respecto a las mujeres (el 47,7%), la edad media fue de 52,69 años (DE 12,84) y la estancia media de 9,43 días (DE 4,21).

El 93% de los pacientes mostró su satisfacción con la asistencia recibida.

Discusión:

Las características sociodemográficas, así como los datos de recurrencia son similares cuando valoramos a los pacientes ingresados en el servicio de HaD y las muestras de los estudios analizados, aunque bien es cierto que nuestra muestra tiene una media de edad más joven, especialmente en mujeres.

Respecto a los días de ingreso, el número total no varía dependiendo de si el ingreso es domiciliario u hospitalario.

No existen diferencias en función del sexo ni edad con los días de ingreso o la recurrencia.

Uno de los puntos más importantes de la recuperación es la dieta progresiva. Los pacientes refieren que la educación en el domicilio sobre la misma facilita su cumplimentación, al elegir ellos los alimentos y horarios de comidas.

El manejo domiciliario de esta patología podría ser una alternativa segura y eficiente.

Es necesario continuar investigando, poniendo un especial interés en la dieta que realizan habitualmente los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Biondo, Sebastiano, et al. "Outpatient versus hospitalization management for uncomplicated diverticulitis: a prospective, multicenter randomized clinical trial (DIVER Trial)." *Annals of surgery* 259.1 (2014): 38-44.
- Chabok, Abbas, et al. "Randomized clinical trial of antibiotics in acute uncomplicated diverticulitis." *British journal of surgery* 99.4 (2012): 532-539.
- Jacobs, Danny O. "Diverticulitis." *New England Journal of Medicine* 357.20 (2007): 2057-2066.
- Lorente, Leyre, et al. "Tratamiento ambulatorio de la diverticulitis aguda no complicada: impacto sobre los costes sanitarios." *Cirugía Española* 91.8 (2013): 504-509.
- Pelaez, N., et al. "Applicability, safety and efficacy of an ambulatory treatment protocol in patients with uncomplicated acute diverticulitis." *Cirugia espanola* 80.6 (2006): 369-372.
- Rodríguez-Cerrillo, Matilde, et al. "Patients with uncomplicated diverticulitis and comorbidity can be treated at home." *European journal of internal medicine* 21.6 (2010): 553-554.
- Rodríguez-Cerrillo, Matilde, et al. "Treatment of elderly patients with uncomplicated diverticulitis, even with comorbidity, at home." *European journal of internal medicine* 24.5 (2013): 430-432.

POSTER 57**AUTORES/AUTHORS:**

Teresa Sanclemente Boli, Jaume MestreTorres, Sandra Ponce Ruiz, Consuelo Álvarez Lorenzo, Esperanza Zuriguel Perez, Lidia Pereda Llop, Ana Yañez Ruibal, Purificación Vicente Mata, Maria de Mar Villar Casares

TÍTULO/TITLE:

Estudio multidisciplinar liderado por Enfermería para aumentar derivación a domicilio de pacientes con fractura de fémur

Objetivo principal

Evaluar si una intervención educativa multidisciplinar (IE) aumenta la derivación a domicilio de pacientes con fractura de fémur.

Objetivos secundarios

Evaluar si esta intervención tiene relación con: la disminución de la estancia hospitalaria, la menor tasa de reingresos, la disminución de gastos asociados a la fractura de fémur tanto hospitalarios como en unidades de descarga y mejora la satisfacción del paciente y del cuidador.

Método

Estudio clínico prospectivo no aleatorizado realizado en el Hospital de Traumatología y Rehabilitación Vall d'Hebron con dos fases secuenciales de inclusión de enfermos: pacientes que recibirán la intervención objeto de este estudio (desde febrero de 2016 hasta febrero de 2017), y pacientes que recibirán la atención según los protocolos y estándares actualmente vigentes en nuestro servicio (desde febrero de 2017 hasta enero de 2018), actuando como grupo control. Se realizará un análisis parcial después de seis meses del grupo-control. En caso de que se encuentren diferencias significativas en el objetivo principal a favor de la IE, se interrumpirá el estudio.

Se incluyen pacientes mayores de 65 años ingresados en el citado hospital con una fractura proximal de fémur, procedentes de domicilio y con una persona acompañante con capacidad de ejercer como cuidador.

La IE diseñada tiene un doble objetivo: la capacitación del paciente y cuidador para la prevención de complicaciones y el manejo del paciente en el domicilio. Consta de tres fases: pre-cirugía, post-cirugía y transición post-alta. En la fase post-alta permanecen ingresados 15 días en la unidad de Hospitalización a Domicilio. Además, la enfermera investigadora realizará una visita domiciliaria a los 30 días del alta hospitalaria.

La IE está estructurada en los siguientes aspectos: (1) movilización; (2) prevención de caídas, desnutrición y síndrome confusional agudo; (3) higiene; (4) conciliación y administración de la medicación; (5) cura de la herida quirúrgica; y (6) detección y gestión de los signos de alarma. La evaluación se realizará mediante diferentes cuestionarios y registros de Enfermería, donde se recogen las variables a analizar.

Resultados

Hasta la fecha hay 30 pacientes incluidos y se han realizado 20 visitas a domicilio. En agosto del 2016 se realizará un corte para extraer resultados provisionales.

Discusión

Una IE para pacientes y cuidadores/familiares a través de un abordaje integral y multidisciplinar puede tener un impacto positivo en la prevención de complicaciones postoperatorias. También puede mejorar la recuperación funcional y el incremento de la autonomía y calidad de vida del paciente, además de facilitar una transición al domicilio de forma segura.

Caso de resultados favorables a la IE, en un futuro se podría implantar este modelo en la práctica clínica habitual para este perfil de pacientes. Claramente, Enfermería lideraría la transformación del modelo asistencial hospitalario en pacientes frágiles.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. Processos. La fractura de coll de fémur en població de 65 anys o més. Dades 2014. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2015.

Monte R, Rabuñal R, Rigueiro MT, Casariego E. La intervención geriátrica puede mejorar el curso clínico de los ancianos frágiles con fractura de cadera. Med Clin (Barc). 2001;116(17):678.

Colom Masferrer D. El treball social sanitari: els procediments, els protocols i els processos.

Estudi multicèntric de l'Àrea de Treball Social de l'Institut Català de la Salut (2015)

Juste Lucero (2012) Departament Cirurgia

Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona 2012

Guía de Buenas Prácticas Clínicas de la RNAO (Asociación de Enfermería de Ontario) de prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores.

POSTER 58**AUTORES/AUTHORS:**

Luciana Andressa Feil Weber, Maria Alice Dias da Silva Lima, Aline Marques Acosta, Giselda Quintana Marques

TÍTULO/TITLE:

Actividades de los enfermeros en la transición del cuidado en alta del hospital para el domicilio

Objetivo: Identificar las evidencias disponibles en la literatura sobre las actividades de los enfermeros en la transición del cuidado en el alta del hospital para el domicilio.

Métodos: Se realizó una revisión integradora (1) para responder la pregunta de investigación: ¿Cual son las actividades de los enfermeros en la transición del cuidado en el alta del hospital para el domicilio descritas en la literatura? La búsqueda fue efectuada en las bases de datos PubMed, CINAHL, Web of Science, SCOPUS y LILACS, con los descriptores: "patient discharge", "nursing", "care transitions" y "best practices". Se utilizaron los criterios de inclusión: artículos completos y disponibles en la íntegra, en los idiomas inglés, español y portugués, entre 2005 y 2015. Los estudios incluidos en la muestra fueron evaluados por medio de un guía con informaciones acerca del año de publicación, autores, título, país, objetivos, diseño, resultados, actividades de los enfermeros y conclusiones. Fueron identificados 2.279 estudios en la base de datos. Después de descartadas las publicaciones duplicadas, dos revisores independientes revisaron el título y los resúmenes. La muestra final fue compuesta por 22 artículos. Fue realizada la caracterización de los artículos por medio de cálculos de frecuencia simples e relativa. Las actividades de los enfermeros fueron clasificadas por similitud y agrupadas en categorías.

Resultados: Predominaron estudios experimentales, cuasi-experimentales, estudios con ancianos y pacientes con enfermedad crónica. Todos los artículos fueron publicados en inglés. Se identificó la predominancia de estudios desarrollados en los Estados Unidos de la América. No fueron encontrados artículos en Brasil sobre la temática. Se destacaron intervenciones con gestión del autocuidado y medicaciones, visitas domiciliarias y contactos telefónicos después del alta. El análisis de estos estudios reveló cinco categorías que describieron las actividades de los enfermeros: Planeamiento de los cuidados para alta; Asistencia en la rehabilitación social; Educación en la salud; Articulación con los demás servicios de salud, y Seguimiento después del alta.

Discusión: El alta hospitalaria es un momento de muchas ansiedades y dudas del paciente delante sus cuidados, así pueden tener dificultades para gerencia de esos cuidados en su casa lo que resulta en rehospitalizaciones (2-4). Las actividades desarrolladas por los enfermeros en la transición del cuidado fueron varias y ocurrieron en diferentes complejidades, iniciando en el momento de internación y se completando en la llegada del paciente en el ambiente domiciliar. La cantidad de investigación con intervenciones llama atención, lo que sugiere creciente preocupación con mejores prácticas asistenciales y organización de las actividades de enfermería, para promover continuidad de los cuidados en el domicilio. Se concluye que los enfermeros desarrollan importante rol en la transición de los cuidados y promoción de una mejor calidad de vida pos alta.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Whittemore R, Knaf K. The integrative review: updates methodology. J Adv Nurs, 2005; 52(5):546-53.
2. Meyers AG, Salanitro A, Wallston KA, Cawthon C, et al. Determinants of health after hospital discharge: rationale and design of the Vanderbilt Inpatient Cohort Study (VICS). BMC Health Services Research. [Internet] 2014; 14(10). [Acess 13 Sep 2016]. Disponible: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-10>
3. Guerrero KS, Puls SE, Andrew DA. Transition of care and the impact on the environment of care. J Nurs Educ Pract. 2014; 4(6):30-6.
4. Coffey A, Mccarthy GM. Older people's perception of their readiness for discharge and post discharge use of community support and services. Int J Older People Nurs. 2013; 8(2):104-15.

POSTER 59**AUTORES/AUTHORS:**

Luis Arantón Areosa, Esther Vidal Maroño, Margarita Quintián Méndez, José María Rumbo Prieto, Pilar Casas Rodríguez, María del Carmen Leonardo García, María Luisa fraga Sampedro

TÍTULO/TITLE:

GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: OPTIMIZAR RECURSOS PARA MEJORAR RESULTADOS

INTRODUCCIÓN:

La organización de la actividad en los Equipos de Atención Primaria (EAP) debe centrarse en el diseño de circuitos asistenciales integrados, con un reparto de actividades y responsabilidades coordinadas entre los diferentes miembros del equipo.

El aumento de esperanza de vida y el progresivo envejecimiento poblacional, ha supuesto un incremento progresivo de los índices de cronicidad y de complejidad de los pacientes; que requieren a su vez, la necesidad de integrar intervenciones y estrategias específicas que aporten eficiencia.

Gestionar las agendas de trabajo de Enfermería, implica interrelacionar cartera de servicios, tiempos de ejecución, probabilidad de picos asistenciales, circuitos asistenciales y circuitos de derivación, sistema de registros codificado en función de prestaciones y procedimientos.

OBJETIVOS:

- 1- Describir la sistemática de adecuación de las agendas de enfermería según las necesidades reales de actividad profesional.
- 2- Valorar los resultados de aplicar criterios de optimización de actividad profesional, para determinar si la gestión del personal de enfermería es eficaz y eficiente

METODOLOGÍA:

Estudio observacional descriptivo transversal, llevado a cabo en los 30 centros de atención primaria de una Estructura Organizativa de Gestión Integrada, durante los años 2014 y 2015.

Para evaluar la planificación y gestión del personal se analizaron las agendas de citación de cada profesional, su distribución por centro, cupo, ausencias y cargas de trabajo. Se especificaron y aplicaron criterios específicos de gestión de dichas agendas, en las diversas situaciones encontradas.

Para el análisis de datos cuantitativos se realizó análisis estadístico descriptivo con medidas de tendencia central y de dispersión de medias y medianas; para los cualitativos, consenso de contenidos y agrupación/clasificación de los mismos.

RESULTADOS:

- Se aplicó la política de contención y reorganización definida en la asignación para sustitución de permisos y ausencias, en función de las variables establecidas, resultando un ratio de promedio de 1491 pacientes, por profesional.
- Se aplicaron políticas de distribución, definiendo sistemas de inter-sustitución, de ajuste de agendas de escasa demanda, posibilidad de forzar citación, posibilidad de cambiar/ajustar actos, creación de agenda específica para extracciones y retinografías (con sus criterios de gestión), así como posibilidad de bloquear citas o agendas.
- Se implantaron e implementaron programas compartidos entre niveles asistenciales.
- La gestión realizada, ha supuesto una disminución efectiva de 670 días vinculados, a pesar de haber incrementado la actividad profesional.

CONCLUSIONES:

La sistemática para adecuar las agendas de enfermería requiere un esfuerzo permanente de revisión, análisis y gestión, pero deriva en una optimización de los recursos.

Se ha ajustado la oferta de actos profesionales a las necesidades reales de actividad, pero es aún insuficiente la actividad proactiva en promoción de la salud y programas de atención a pacientes crónicos, por lo que nos planteamos planificar medidas en esta línea.

Aunque se ha mejorado el nivel de resolución, debemos seguir trabajando en mejorar la coordinación entre niveles asistenciales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Laswoski-Jones L, Toulson K. 10 consejos para afrontar la escasez de personal. *Nursing*. 2005; 23(10):31
- 2- Nuno-Solinis R. Un breve recorrido por la atención integrada. *RISAI*. 2008;1(2):1-10.
- 3- Carbonell A. La importancia de las agendas propias de Enfermería. *Medical Economics*. 2014: 56-7; [acceso 12 mayo 2014]. *Gestión de Enfermería*. Disponible en: <http://d14aafm5ckv3lj.cloudfront.net/n199/Gestion-enfermeria.pdf>
- 4- Nuno-Solinis R. Atención innovadora a las condiciones crónicas: más necesaria que nunca. *RISAI*. 2009;1(3):1-8.
- 5- Ministerio de Sanidad y Consumo. Visita domiciliaria programada de enfermería a personas mayores de 65 años. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III; 2002.
- 6- Instituto de Información Sanitaria. Ordenación Sanitaria del Territorio en las comunidades autónomas. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Año 2012 [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2012. [acceso el 14 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.mspsi.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>
- 7- Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21. [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.[acceso el 14 de mayo de 2014]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf
- 8- Estrategia SERGAS 2014. La sanidad pública al servicio del paciente. [documento de internet]. Santiago de Compostela: SERGAS; 2010. acceso el 14 de mayo de 2014]. Disponible en: http://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia_Sergas_2014.pdf
- 9- Desboroug J, Forrest L, Parker R. Nurse-led primary healthcare walk-in centres: an integrative literature review. *J AdvNurs*. 2012; 68(2): 248-63.doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05798.
- 10- Generalitat de Catalunya. departamento de Salud. Plan estratégico de enfermería para atención primaria. [documento de internet]. Barcelona: Oficina de Prensa y comunicación del Departamento de Salud; 2001. [acceso 14 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.gencat.es:8000/salut/depsalut/pdf/esplaestra.pdf>

POSTER 60

AUTORES/AUTHORS:

MARCOS JOSÉ LÓPEZ CEJUELA, HILARIO HERNÁNDEZ OVEJERO, LAURA DÍAZ MARTÍNEZ, CARMEN TAUSTE GALERA, LAURA POSADO FERNÁNDEZ, MARÍA DEL MAR CEJUELA SALDAÑA, ÓSCAR ÁLVAREZ LÓPEZ

TÍTULO/TITLE:

LA VIOLENCIA DE GÉNERO VISTA POR LAS ENFERMERAS/OS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Introducción: la violencia de género es un problema de salud y social que

afecta al 35% de las mujeres en todo el mundo. Está definida como aquella

violencia física o psicológica realizada por el hombre hacia la mujer.

Gracias a profesionales como el colectivo de enfermería se descubren cientos

de casos en el mundo.

Objetivos: conocer las percepciones sobre la violencia de género, describir el

perfil de la mujer susceptible de padecer maltrato y valorar la formación

recibida en esta materia por parte de los profesionales de enfermería.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo transversal con

metodología cuantitativa con un ligero enfoque cualitativo. Colaboraron 100

profesionales de enfermería de Atención Primaria de la CAM, que rellenaron

un cuestionario de elaboración propia. Se buscaba evidenciar los

conocimientos, opiniones y pautas de actuación de los profesionales de

enfermería ante la violencia de género.

Resultados: las enfermeras/os de la muestra consideran la violencia de género

como un problema muy relevante, pero solo un 26% la identificó correctamente.

Además sufren de estereotipos a la hora de identificar posibles víctimas, lo que

podría relacionarse con la falta de formación específica. Los resultados

cualitativos evidenciaron la preocupación sobre la educación como herramienta

preventiva.

Discusión: los resultados del estudio se han contrastado con las directrices del

Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género 2012

del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. El perfil de la víctima

para las enfermeras/os encuestadas sería una mujer inmigrante, de edad

adulta, en riesgo de exclusión social cuando la realidad es que toda mujer,

puede ser una víctima. Debiéndose efectuar un despistaje sistemático.

Conclusiones: Los encuestados dan mucha relevancia a la violencia de género

pero tienen dificultades para definirla de forma correcta, realizando un cribado

insuficiente. Es imprescindible concienciar a los profesionales sobre este

problema.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

World Health Organization [internet]. Violencia de la mujer; [actualizado Octubre 2013; Accedido 21 Diciembre 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>

Boletín Oficial del Estado (BOE). Disposiciones generales. Jefatura de Estado. [Internet]. Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género. ; [Actualizado Marzo 2006; Accedido 21 Diciembre 2014]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>

Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012. Informes, estudios e investigación 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Walker, Lenore. El síndrome de la mujer maltratada. España: Desclée de Brouwer; 2012.

Instituto de la Mujer [internet]. Estadísticas de la Violencia de género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Actualizado 11 Mayo 2013; Accedido 21 Diciembre]. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/portada/home.html>

Calvo G, Bejarano C. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enfermería global* 2014; 16(10): 439-430.

Krantz G. Violence against women: a global public health issue. *J Epidemiol Community Health*. 2002;2(1):242-243

González J, Castro y, Tosco, M.T. Rufino M.T, Mirpuri-Mirpuri P.G, C.D. García C.D. Prevalencia de violencia de género en atención primaria en Santa Cruz de Tenerife. *Elsevier* 2012; 38(2): 87-94.

Natividad, J. Análisis e intervención de Enfermería en la Violencia de Género. Importancia del diagnóstico dentro del Equipo de salud. *Junta de Andalucía*; 2012; 7(1): 3-6.

R. Siendones Castillo, E. Perea-Milla López, J. L. Arjona Huertas, C. Agüera Urbano, A. Rubio Gallo, M. Molina Molina. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. *Originales*; 2002; 9(1): 4-9.

Rubio A, Gil JM, Paz JI, Peralta E, Alonso C, Gila P. Intervención profesional en mujeres víctimas de violencia de género en el ámbito de la educación. *Andalucía: Dirección General de Violencia de Género. Consejería de Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía*; 2009; 177(1-177): 1-177.

Protocolo andaluz de actuación sanitaria desde el ámbito de las Urgencias ante la violencia de género: *Consejería de Salud*; 2012; 172(1-172): 1-172.

POSTER 62**AUTORES/AUTHORS:**

LORENA ACEA LOPEZ, MARIA DEL ROSARIO GARCIA CARRASCOSA

TÍTULO/TITLE:

ALIMENTACIÓN Y EJERCICIO FÍSICO UN RETO A TRABAJAR EN SALUD MENTAL

INTRODUCCIÓN:

El hospital de día de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña atiende aun máximo de 24 usuarios con una estancia media hospitalaria en el año 2015 de 80,94 días. El objetivo del ingreso es realizar un seguimiento estrecho de los usuarios adaptando el programa terapéutico a sus necesidades.

OBJETIVOS:

- Disminuir el sobrepeso y mantener IMC próximo a 25.
- Aumentar los conocimientos sobre alimentación equilibrada y variada.
- Aumentar el ejercicio físico .

MÉTODOS:

Se aplica metodología NANDA, recuento de 24 horas pre y postintervención y soporte audiovisual.

Diagnóstico NANDA (000234) Riesgo de sobrepeso relacionado con IMC próximo a 25

NOC relacionados: (1621) Conducta de adhesión: dieta saludable y (1802) conocimientos: actividad prescrita.

NIC relacionados:(5612) Enseñanza: ejercicio prescrito, (200) Fomento del ejercicio, (5246) Asesoramiento nutricional

Al ingreso se realiza una valoración individualizada del usuario para elaborar un plan de cuidados que se ajuste a sus necesidades

Durante el ingreso los usuarios asisten a talleres de enfermería dinámicos sobre alimentación equilibrada que se realizan una vez a la semana con duración de una hora y de manera individualizada se acuerda cambios en la dieta. Para el fomento del ejercicio físico se realizan dos actividades a la semana, una informativa con soporte audiovisual y otra práctica.

RESULTADOS:

El periodo estudiado fue desde julio del 2015 hasta Marzo del 2016 . La estancia media en el hospital de día de psiquiatría es de 80,94 días. La muestra estudiada fue de 35 pacientes, 9 mujeres y 26 hombres con IMC superior a 25.

Se pudo observar cambios en el IMC de masa corporal tras las intervenciones de enfermería realizadas durante la estancia en el hospital de día. De los 26 hombres estudiados el 46,15% redujeron el IMC, el 7,6 % se mantuvo sin cambios y el 46,15 % aumento ligeramente el IMC.

En el caso de las mujeres, con una muestra de 9, el 44.4% disminuyeron el IMC, el 22,2% se mantuvo sin cambios en el IMC y el 33,3% aumento el IMC.

DISCUSIÓN:

Los talleres sobre alimentación saludable y ejercicio físico fueron bien acogidos por los usuarios, consiguiendo la modificación de hábitos en casi la mitad de los pacientes estudiados de ambos sexos. Debido a que un porcentaje importante mantiene IMC superior a 25 sin modificación de hábitos poco saludables hace que nos planteamos la necesidad de continuar investigando la forma de conseguir mayor impacto sobre los usuarios y la prevención del riesgo cardiovascular.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**BIBLIOGRAFÍA:**

T. Heather Herdman. NANDA Internacional : diagnósticos enfermeros : definiciones y clasificación: 2012-2014.Barcelona : Elsevier;2013.

- Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) .6ª edición. Madrid : Elsevier;2014.
- Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean Maas. Clasificación de resultados de enfermería (NOC) : medición de resultados en salud. 5ª edición. Madrid : Elsevier;2014.
- Genoveva Granados Gámez, Miguel Sánchez Bujaldón. Enfermería en salud mental. Madrid : Centro de Estudios Ramón Areces;2011.

POSTER 64**AUTORES/AUTHORS:**

Júlia Martinho, Graça Pimenta, José Luis Ramos

TÍTULO/TITLE:

Representaciones del contexto psiquiátrico en la enseñanza de la enfermería

Introducción: Es necesario saber cómo utilizar herramientas para desarrollar las capacidades críticas y reflexivas para que cada uno construya su conocimiento frente a las demandas que se plantean. "Enseñar no es transferir conocimiento, sino crear las posibilidades para su propia producción o construcción" (Freire, 1996: 25).

El desarrollo de la persona consiste en aprender a ser y actuar en consecuencia, de ahí la importancia de trabajar las actitudes, los valores y las representaciones en el contexto de la supervisión clínica en psiquiatría. En esta disciplina, los valores y las acciones requieren atención y una inventiva enseñanza sistemática, ya que estando en prácticas el medio también se puede utilizar como un mensaje para el aprendizaje.

Desarrollar la capacidad crítico-reflexiva de los estudiantes debe ser un desafío en el proceso de enseñanza. Así situaciones de aprendizaje deben invertir en una visión plural y crítica que contribuye a mejorar la inteligibilidad del mundo al que pertenecemos. La experiencia solo acaba formando si fuera trabajada como proceso de conocimiento.

Objetivos: Identificar los conceptos/representaciones asociadas al contexto de psiquiatría en los estudiantes del cuarto año de la Licenciatura en Enfermería.

Procedimientos metodológicos: Enfoque cualitativo. Estudio descriptivo. Usamos datos de dinámica de grupos de alumnos del cuarto año de la Licenciatura en la unidad curricular - Integración de la práctica clínica de Salud Mental y Psiquiatría en el año académico 2014/2015.

Se seleccionó una muestra aleatoria de 76 estudiantes (28% de la población estudiada). Se analizaron a través de análisis de contenido 208 registros documentales y 104 dibujos realizados que resultaran de las dinámicas de grupo.

Seguimos las directrices metodológicas recomendadas por Bardin (2009). Utilizamos esta técnica en tres fases: "pre-análisis; exploración material; procesamiento de datos y la interpretación".

Después de una lectura minuciosa y el cumplimiento de los objetivos del estudio y los problemas teóricos planteados, ordenamos y clasificamos el contenido de los textos, analizándolos, centrándose el análisis en conceptos (paciente mental, psiquiatría, enfermería psiquiátrica) al principio y al final de la unidad.

Resultados: En la primera fase la representación del enfermo mental surge como alienado, loco, diferente, la psiquiatría asociada con la agresión, el miedo y el estigma y la enfermería, con control, descubrimiento y evolución.

En la segunda fase, los conceptos se alteran y se centran en el conocimiento asociado con la experiencia de práctica clínica. La representación del enfermo mental emerge como el resultado del desequilibrio, diagnóstico y del agotamiento, siendo la psiquiatría asociada con la relación, el aprendizaje, la comprensión y la enfermería a la comunicación, la estimulación y el desafío.

La dinámica de grupo condujo a la identificación de los conceptos/representaciones y son un medio para llegar a entender y transformar contextos modificando estrategias de enseñanza que pasan por estar centradas en los estudiantes.

Implicaciones para la práctica: 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

Palabras clave: Enfermería, estudiantes, aprendizaje, Psiquiatría

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009

Barros S., Claro HG. Processo ensino aprendizagem em saúde mental: o olhar do aluno sobre reabilitação psicossocial e cidadania. Rev Esc Enferm USP.2011; 45(3):700-7

Barros S, Lucchese R. Problematizando o processo ensino aprendizagem em enfermagem em saúde mental. Trabalho Educ Saúde. 2006;4(2):337-54.

Cavalheri, SC; Merighi, MAB; Jesus, MCP. A constituição dos modos de perceber a loucura por alunos e egressos do Curso de Graduação em Enfermagem: um estudo com o enfoque da Fenomenologia Social. Revista Brasileira de Enfermagem, 2007,60 (1), 9-14.

Freire, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática docente .Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

Gil, IMA. Crenças e atitudes dos estudantes de enfermagem acerca das doenças e doentes mentais: impacto do ensino clínico de enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Coimbra: Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra para a obtenção do grau de Mestre em Psiquiatria Cultural, 2010.

Kantorski LP, Pinho LB, Saeki T, Souza MCBM. Expectativas de docentes sobre o ensino do cuidado em saúde mental. Rev. Eletr. Enf. [Internet].2006;8(3):363-9. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a07.htm

Leão A, Barros S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. Saúde Soc. 2008;17(1):95-106.

Maciel, SC; Barros,DR; Camino, LF, Melo JRF. Representações sociais de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico. Temas em psicologia. 2011, 19(1), 193-204.

Rocha, NF. Avaliação da prática de disciplina de enfermagem psiquiátrica: ideias e sentimentos dos alunos acerca dos doentes mentais e sua conduta terapêutica. RECCS.1993,58-66.

Sadigursky, D.; Hurst, I.H.; Tavares, J.L.; Fernandes, J.D.; Oliveira, M.R.O. Pesquisa em enfermagem psiquiátrica: concepções e expectativas de enfermeiros que atuam em instituições psiquiátricas. Rev. latino-am. enfermagem, 1998, 6(5), 89-98.

Silva, R., Pires, R, Vilela, R. Supervisão de estudantes de Enfermagem em ensino clínico – Revisão sistemática da literatura. Revista de Enfermagem Referência. 2011, III Série - 3 .113-122.

Vilela, JC. O ensino de saúde mental na graduação de enfermagem na perspectiva do estudante. Dissertação apresentada à Universidade Federal do Paraná como requisito parcial à obtenção do grau de mestre em enfermagem, 2009.

POSTER 65**AUTORES/AUTHORS:**

Matilde Arlandis Casanova, Jezabel Fernandez Sarro, Maria del Carmen Hernandez García

TÍTULO/TITLE:

LA AUTONOMÍA PROFESIONAL DE ESPECIALISTAS EN SALUD MENTAL DE LA RED PÚBLICA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID.

Introducción.

Un concepto básico para el desarrollo del cuerpo doctrinal enfermero es la autonomía en el ejercicio de la profesión⁵. Para ello no sólo las enfermeras deben tener una autoestima elevada^{1,2,3,4}, si no que deben sentir en su puesto de trabajo la existencia de medidas de apoyo a la formación, las relaciones profesionales enfermero-médico positivas, la cultura que valore la preocupación por los pacientes, el control de la práctica profesional enfermera, la percepción de una plantilla adecuada, son algunas de las características que debe tener un hospital Magnético^{5,6,7,8}; donde tanto los pacientes como los profesionales se sientan atraídos para ingresar y ejercer respectivamente.

Objetivo General

Conocer la percepción de las enfermeras especialistas en salud mental sobre la toma de decisiones autónomas en el contexto laboral y el ámbito que les es propio.

Objetivos específicos

Examinar la capacidad de toma de decisiones en su puesto de la enfermera especialista en salud mental.

Analizar la aplicación de medidas terapéuticas independientes de las enfermeras.

Identificar las variables causales relacionadas con la toma de decisiones

Metodología.

Diseño observacional - descriptivo- transversal.

Los instrumentos de recogida de datos fueron: Encuesta de datos sociodemográficos, el cuestionario "Validación y adaptación al español de la escala del entorno de práctica enfermera del Nursing Work Index" de Pedro Gomez, J. et al. , y entrevistas en profundidad semiestructuradas mediante registro de grabación.

Los criterios de inclusión fueron:

1. Enfermeros especialistas en salud mental en el ámbito hospitalario, con experiencia en la realización de cuidados y que ejercieran en los últimos 6 meses en hospitalización con personas con problemas de salud mental.
2. Que aceptaran la realización de la entrevista y cumplimentación de cuestionarios.

Los criterios de exclusión: no cumplir los anteriores.

Se realizó primero la encuesta y el cuestionario para posteriormente, por idoneidad, elegir a aquellos que permitieran la realización de la entrevista.

La explotación de los datos de la encuesta y el cuestionario se realizó mediante el programa SPSS.22.

Resultados.

En cuanto a la toma de decisiones afirman que tienen competencia clínica en un 59,2%, ligeramente de acuerdo.

A la pregunta de si hay una filosofía común enfermera los resultados fueron tanto de acuerdo como en desacuerdo en un 50% aproximadamente. En las entrevistas especificaron: "hacemos una entrevista de enfermería al ingreso, nos basamos en las 14 necesidades, luego hacemos el Plan Terapéutico Individualizado, entre trabajador social, psiquiatras, psicólogos, enfermería, auxiliares y terapia ocupacional. Un poco ahí se plantean los objetivos y se revisan cada 15 días".

Sobre la aplicación de medidas terapéuticas independientes los resultados fueron: totalmente en desacuerdo 22,4%, ligeramente en desacuerdo 26,5%, ligeramente de acuerdo 40,8%, absolutamente de acuerdo 8,2%, ns/nc 2,0% .

"Se intenta hacer un seguimiento terapéutico individualizado pero no se hacen planes de cuidados" "El PAE [...] no se aplica [...]"

Porque por la mañana tienes a los psiquiatras... tienes muchas cosas que te van a impedir un poco ser más autónoma, en cambio por la tarde es que estas sola o lo haces como tu consideras o no lo haces"

En cuanto al ratio enfermera/paciente opinan el 42,9% que es bastante correcto.

En cuanto a la pregunta relación entre protocolos y NIC, reconocen que se realizan actividades enfermeras pero sin formalizarlo como PAE.

En el ambiente de trabajo: Yo creo que las reacciones son positivas, se intenta colaborar entre todos". "El trabajo en equipo existe".

Discusión/conclusión.

La relación hospital Magnético – autonomía enfermera. Este estatus no implica sólo un reconocimiento a la excelencia de los cuidados realizados, sino también un proceso de transformación de la organización y la cultura del centro. Es difícil la aplicación de este binomio.

La cultura hospitalaria y las relaciones profesionales

Las relaciones enfermera-médico predominantes en los hospitales españoles se caracterizan por un cierto grado de paternalismo, desigualdad y dependencia. Flynn y Aiken (18) establecen que los valores más importantes para las enfermeras eran la autonomía profesional, el control sobre el entorno de práctica y la relación con los médicos. Parece ser que en este Hospital si existe relaciones horizontales entre todos los estamentos.

El empoderamiento de las enfermeras

La evidencia muestra que es necesario implementar medidas de modificación de la organización hospitalaria, transformando la organización actual a una organización centrada en el paciente. De dicha manera la enfermera tiene un papel fundamental en su empoderamiento así se aumentaría la mejora de la calidad del cuidado.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía.

- (1) Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. Annu. Rev. Psychol. 2001; 52: 397-422.
- (2) Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. J Appl Psychol. 2001; 86(3): 499-512.
- (3) Moreno-Jiménez B, Garrosa E, Corso S, Boada M, Rodríguez-Carvajal R. Personalidad resistente y capital psicológico: las variables personales positivas y los procesos de agotamiento y vigor. Psicothema. 2012; 24(1): 79-86.
- (4) Spector PE. Behavior in Organizations as a Function of Employee's Locus of Control. Psychological Bulletin. 1982; 91(3): 482-497.
- (5) Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos. Parte I. Nursing. 2005; 23(3): 8-13.
- (6) Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos. Parte II. Nursing. 2005; 23(4): 15-19.
- (7) Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos. Parte III. Nursing. 2005; 23(5): 14-17.
- (8) Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos. Parte IV. Nursing. 2005; 23(6): 21-25.
- (9) 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.
- (10) 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.

- (11) Friese CR. Nurse practice environments and outcomes: Implications for oncology nursing. *Oncol Nurs Forum*. 2005; 32(4):765-72.
- (12) Manojlovich M, Laschinger HK. Application of the Nursing Worklife Model to the ICU setting. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2008; 20(4):481-7.
- (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 68**AUTORES/AUTHORS:**

Laura Collados Gómez, Paloma Ferrera Camaco, Elena Fernández Serrano, Verónica Camacho Vicente, Cristina Flores Herrero

TÍTULO/TITLE:

¿Es suficiente sacarosa?: Alivio del dolor en el neonato

Objetivo

Determinar dosis mínima de sacarosa para el alivio del dolor durante procedimientos invasivos en el neonato pretérmino.

Método

Los datos de este estudio son secundarios, extraídos de estudio de investigación financiado en 2012 por ayudas del Subprograma de Proyectos de Investigación en Salud(ISCiii) (PI12/02849).

El estudio primario fue un ensayo clínico aleatorizado cruzado, triple ciego y multicéntrico, realizado en cinco Unidades de Neonatología de Hospitales de la Comunidad de Madrid, España. La población de estudio fueron menores de 37 semanas de gestacional corregida (EGc), de peso inferior o igual a 2500 gr y con alimentación lactancia materna ya fuera exclusiva o no, sometidos a venopunción, ya fuera para extracción sanguínea o para venopunción. Se calculó un tamaño muestral de 63 neonatos, que fueron randomizados al grupo 1 (secuencia leche materna extraída (LME)-sacarosa) o al grupo 2 (secuencia sacarosa- LME). Al ser un estudio cruzado, cada sujeto recibe las dos intervenciones en dos periodos distintos, es decir, cada sujeto se comporta como su propio control, disminuyendo así la variabilidad en la variable resultado dolor y ajustando las posibles factores confusores del dolor. Así pues, en el grupo 1, el neonato recibió LME en la primera venopunción que entrara en el estudio, y sacarosa al 24% en la segunda venopunción que precisara el neonato. Sin embargo en el grupo 2, el neonato recibe sacarosa en la primera venopunción, y LME en la segunda venopunción .

La dosis de sacarosa a administrar fueron mínimas según la bibliografía consultada: < 27 semanas de EG 0,1ml; 27-32 semanas de EG 0,25; 32-37 semanas de EG 0,5.

La intervención se administró por vía oral junto con succión no nutritiva y contención, dos minutos antes de la venopunción.

Posteriormente se realizó la venopunción y se monitorizó el dolor, con la escala Premature Infant Pain Profile (PIPP) y llanto, además se midieron variables sociodemográficas, clínicas y relacionadas con la venopunción.

Por otro lado, se realizó una revisión de la bibliografía donde se identificaron estudios experimentales cuya población de estudio fueran pretérminos, donde se les administrara sacarosa como medida no analgésico frente a placebo o a otra medida no farmacológica durante procedimientos menores, y que se midiera el dolor a través de la escala PIPP.

Se llevó a cabo una búsqueda online en las bases de datos: Medline(Medical Literature Analysis and Retrieval System), CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), the Cochrane Library, y PsycINFO. La literatura gris se consultó a través de búsquedas manuales en revistas de interés, congresos científicos relacionados y a través del buscador google academics. Se utilizaron las combinaciones de términos MeSH terms (Medical Subject Headings) o equivalentes "Low Birth Weight Infant", "Premature Infant, Extremely Premature Infant", "Sucrose", "Glucose", "Breast Milk Expression", "Human milk", "Puncture", "procedural pain", "sweet solution", "pain", "ECA", "RS".

Para ello se aplicaron los siguientes criterios: ensayos clínicos publicados desde el año 2000 hasta la actualidad, y el idioma de publicación, publicados en inglés y/o español.

La búsqueda bibliográfica fue llevada a cabo entre Enero y Mayo de 2016

Resultados

En el estudio primario descrito, los neonatos en el periodo sacarosa recibieron una media de 0,44 (0,1) mililitros (mL) de sacarosa, obteniendo una mediana en la puntuación de dolor de 6 [RI 4-8.25] puntos según la escala PIPP. Tras la revisión bibliográfica se seleccionaron nueve estudios que cumplían los criterios de inclusión, aunque finalmente se seleccionaron tres por homogeneidad con nuestro estudio, en cuanto al tipo de procedimiento. Los estudios seleccionados utilizan unos volúmenes de sacarosa entre 0,5-2 mL de sacarosa obteniendo unas puntuaciones de dolor 5,25-8,16 puntos en la escala PIPP.

Discusión

Una de las limitaciones en el uso de la sacarosa y tal como se describe en la última revisión de la Cochrane, es que no se conoce

cuál es la dosis mínima efectiva de sacarosa.

En este estudio se ha utilizado el volumen mínimo de sacarosa recomendada por la Internacional Association for the Study of Pain (IASP), que es menor de lo que se ha utilizado en es la mayoría de los estudios, y se observa que las dosis mínimas son efectivas en la reducción del dolor, por lo tanto ante la escasez de estudios sobre la seguridad de la sacarosa en grandes pretérminos se aconseja utilizar estas dosis mínimas.

Los autores declaran no tener conflictos de intereses en la realización de este estudio.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Anand KJ, Bergqvist L, Whit R, Carbajal R. Acute Pain Management in Newborn Infants. *Pain: Clinical Updates*. 2011;19(6).
- Shah VS, Ohlsson A. Venepuncture versus heel lance for blood sampling in term neonates. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(10):CD001452.
- Association of Paediatric Anaesthetists of Great Britain and Ireland. *Good Practice in Postoperative and Procedural Pain Management*. 2nd Edition ed.: Blackwell Publishing Ltd; 2012.
- Blass EM, Smith BA. Differential effects of sucrose, fructose, glucose, and lactose on crying in 1-to 3-day-old human infants: Qualitative and quantitative considerations. *Dev Psychol*. 1992;28(5):804-810.
- Stevens B, Yamada J, Lee GY, Ohlsson A. Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;1:CD001069.
- Bueno M, Yamada J, Harrison D, Khan S, Ohlsson A, Adams-Webber T, et al. A systematic review and meta-analyses of nonsucrose sweet solutions for pain relief in neonates. *Pain Res Manag*. 2013;18(3):153-161.
- Johnston CC, Fillion F, Snider L, Majnemer A, Limperopoulos C, Walker C-, et al. Routine Sucrose Analgesia During the First Week of Life in Neonates Younger Than 31 Weeks' Postconceptional Age. *Pediatrics*. 2002;110(3):523-528.
- Stevens B, Yamada J, Beyene J, Gibbins S, Petryshen P, Stinson J, et als. Consistent Management of Repeated Procedural Pain With Sucrose in Preterm Neonates: Is It Effective and Safe for Repeated Use Over Time?. *Clin J Pain*. 2005;21(6):543-548.
- Gaspardo C, Miyase C, Chimello J, Martinez F, Linhares M. Is pain relief equally efficacious and free of side effects with repeated doses of oral sucrose in preterm neonates?. *Pain*. 2008;137(1):16-25.
- Linhares MB, Gaspardo CM, Souza LO, Valeri BO, Martinez FE. Examining the side effects of sucrose for pain relief in preterm infants: a case-control study. *Braz J Med Biol Res*. 2014;47(6):527-532.
- Campbell N, Cleaver K, Davies N. Oral sucrose as analgesia for neonates: How effective and safe is the sweet solution? A review of the literature. *Journal of Neonatal Nursing* 2014 12;20(6):274-282.
- Taddio A, Yiu A, Smith RW, Katz J, McNair C, Shah V. Variability in clinical practice guidelines for sweetening agents in newborn infants undergoing painful procedures. *Clin J Pain*. 2009;25(2):153-155.
- Simonse E, Mulder PGH, van Beek RHT. Analgesic Effect of Breast Milk Versus Sucrose for Analgesia During Heel Lance in Late Preterm Infants. *Pediatrics*. 2012;129(4):657-663.

POSTER 70**AUTORES/AUTHORS:**

Luiz Henrique Ferreira da Silva, Fatima Helena Espirito Santo, Fernanda Machado Pinheiro, Renata Miranda de Souza, Kamila Vallory Debona, Carla Lube de Pinho Chibante, Rodrigo Pereira Costa Taveira

TÍTULO/TITLE:

CÍRCULOS DE CULTURA Y LA EDUCACIÓN PERMANENTE EN ENFERMERÍA NEONATAL

Introducción: La atención de enfermería a los niños y recién nacidos es algo complejo que implica la correcta ejecución técnica además de enfermería, enfermería habilidades que van desde conocer las patologías más frecuentes, en cada período de desarrollo, hasta las necesidades sociales y emocionales de su hijo y su familia. Con esto, el rendimiento del personal de enfermería requiere un proceso de mejora continuado que exige un conjunto de estrategias pedagógicas teniendo en cuenta las exigencias y nuevas necesidades de la vida cotidiana del proceso de trabajo en la unidad neonatal. Cuando elaborado conjuntamente, las estrategias pedagógicas valoran subjetividad y la historicidad del ser humano en esa realidad, estimulando el diálogo y la reflexión crítica, el desarrollo de la autoestima, el rescate de proyectos de vida, crecimiento profesional, la motivación para los logros de aprendizaje y personales a través de la Praxis creativa, consciente de que cada vez un crear y recrear nuevos conocimientos propios y de otros1.

Objetivos: Identificar los elementos facilitadores y dificultadores todos los días de trabajo el oficio de enfermera del personal en la unidad neonatal y describir las demandas de educación permanente de enfermería de la vida diaria de la asistencia para la implementación de un programa de educación permanente en la unidad neonatal. **Método:** Estudio descriptivo con un enfoque cualitativo, articulado a la metodología teórica de Paulo Freire siguiendo las fases de: investigación temática, tematización y cuestionamiento. Producción de datos ocurrió en el período de junio a octubre de 2013 en la unidad neonatal de un hospital universitario en el estado de Río de Janeiro con 29 miembros del personal de enfermería, a través de la observación participante, entrevistas semi estructurada y círculos de cultura. Proyecto aprobado por el Comité de ética de la institución. **Resultados:** El análisis de datos surgieron 3 grupos enfocados generando temas articulados a la parte de conocimiento de la historia y la cultura de los profesionales involucrados en la práctica diaria de enfermería en la unidad neonatal. El primer grupo de temas generadores destacó las dificultades y facilidades de la vida cotidiana y, en el curso de círculos de cultura, contextualizados en ese momento histórico para cambiar la ubicación de la unidad a otro espacio, provisional, 9 temas eran considerados prioridades dando subsidios guió la redacción del programa de educación permanente. El segundo grupo que discute los temas y asuntos a tratar en el programa de educación permanente demostró que, aunque los elementos difíciles y situaciones cotidianas con facilitadores que no estaban relacionadas con los límites hacen, participantes señalaron temas de relación directa con el do. Los temas indicaron demostró otra situación ligada a ser estudiado en las unidades de cuidados intensivos que es la mecanización del trabajo que privilegia el aprender a hacer para cumplir con los requisitos del mercado laboral. El tercer grupo de generadores en las estrategias de temas propuestos por los participantes para fomentar la educación permanente temas generados estrategias administrativas para promover la adherencia y estrategias o recursos para la implementación del proceso educativo. **Discusión:** Por lo tanto, para la elaboración y ejecución del programa de educación permanente de enfermería en la unidad neonatal, es necesario crear un núcleo de permanente educación Enfermería Neonatal para contribuir a la reflexión sobre la práctica cotidiana, generando datos para el cambio en el proceso de trabajo respaldado en la pedagogía dialógica y liberadora de Paulo Freire. **Implicaciones para la práctica clínica:** proporcionar momentos de reflexión sobre la práctica diaria con los profesionales de enfermería para el diálogo y el intercambio de experiencia y conocimiento en el proceso de búsqueda/cuidar/enseñar mientras estrategia viable de educación permanente. **Palabras clave:** Educación continua; Tecnología educativa; Enfermería neonatal

No conflicto de intereses

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Freire P. Pedagogía da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. 43ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.

POSTER 72**AUTORES/AUTHORS:**

Estefanía Muñoz Alba, Cristina Nieto Martínez, Olga Rozalen Rosado

TÍTULO/TITLE:

Escalamiento de competencias profesionales en la provisión de cuidados materno infantiles

Objetivo

En el ámbito laboral, las competencias son características y conductas de las personas para desempeñar tareas propias de su puesto de trabajo. El objetivo del presente estudio es obtener una escala de intervalos en la que queden reflejadas de forma jerarquizada seis competencias básicas de los profesionales (Autocontrol, Autoconfianza, Trabajo en Equipo, Conocimiento Técnico, Comprensión Interpersonal, Preocupación por el Orden y la Calidad) de cara a la provisión de cuidados materno-infantiles en la Unidad de Paritorio del Hospital Clínico San Carlos. Como las competencias implican distintos componentes de la actitud (cognitivo, afectivo y comportamental), utilizamos el método de escalamiento de estímulos de Thurstone para obtener dicha escala.

Métodos

La muestra está formada por 27 personas voluntarias de la Unidad de Paritorio, 14 Matronas y 13 Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería (el mínimo de personas para realizar el escalamiento son 25 personas).

Se elaboró un cuestionario anónimo que contenía: la definición de cada una de las competencias, espacio para indicar el sexo, espacio para indicar la categoría y 15 pares de combinaciones binarias (son 15 las combinaciones totales que se pueden realizar con las 6 competencias propuestas). Cada participante tenía que señalar, de cada combinación binaria, aquella competencia que le resultara más importante o esencial para llevar a cabo su actividad profesional.

Tras la administración del cuestionario a la muestra, se procedió al análisis estadístico mediante el método de comparaciones binarias de Thurstone (creación de Matriz F de frecuencias absolutas, Matriz P de proporciones, Matriz Z de puntuaciones típicas y representación gráfica de las competencias en una escala de intervalos).

Resultados

Siguiendo la metodología de Thurstone, se tomó la media aritmética de las puntuaciones típicas correspondientes a cada competencia como el valor de escala: Trabajo en Equipo (Media Z = 0,625), Comprensión Interpersonal (Media Z = 0,295), Conocimiento Técnico (Media Z = - 0,138), Autocontrol (Media Z = - 0,192), Autoconfianza (Media Z = - 0,255) y Preocupación por el Orden y la Calidad (Media Z = - 0,352).

Para evitar signos negativos, se trasladaron los valores de la escala hacia la derecha, de forma que se tomó el valor de la escala más bajo (-0,352) como el cero de la escala. El resto de valores se desplazó 0,352 unidades a la derecha.

Finalmente, se obtuvo la siguiente escala, donde se muestran las preferencias de las personas de mayor valor a menor: Trabajo en Equipo (0,977), Comprensión Interpersonal (0,647), Conocimiento Técnico (0,214), Autocontrol (0,16), Autoconfianza (0,097) y Preocupación por el Orden y la Calidad (0).

Discusión

Las competencias laborales consideradas más importantes para la provisión de cuidados maternos infantiles en la Unidad de Paritorio son el Trabajo en Equipo (en primer lugar) y la Comprensión Interpersonal (en segundo lugar), seguidas del Conocimiento Técnico propio del puesto. El Autocontrol, la Autoconfianza y la Preocupación por el Orden y la Calidad, fueron percibidos menos necesarios. El cero en la escala no significa que no exista tal competencia, sino que es considerada en último lugar.

Se podría inferir que el Equipo de trabajo conforma un grupo funcional de colaboración de unos con otros, indispensable para el buen quehacer diario. Además, el Trabajo en Equipo puede suplir las posibles carencias individuales que puedan darse bajo ciertas circunstancias (novedad en el puesto, reciente incorporación, actualización de técnicas, situaciones de mayor estrés, etc.), ya que la colaboración mutua y la comprensión recíproca otorgan fuerza, apoyo y solidez al grupo de trabajo.

No existe conflicto de intereses entre los autores.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Edwards, A.L. Techniques of attitude scale construction. New York: Appleton-Century-Crofts, 1957.

Muñiz, J. La medición de lo psicológico. Psicothema, 1998; 10 (1): 1-21

Thurstone, L. L. Attitudes can be measured. American Journal of Sociology, 1928; 33: 529-554.

POSTER 73**AUTORES/AUTHORS:**

Ernestina Silva, Cátia Fernandes, João Duarte, Paula França

TÍTULO/TITLE:

ENFERMEDAD DEL RIÑÓN INFANTIL - CALIDADE DE VIDA

Introducción: La creciente incidencia de enfermedades crónicas como la enfermedad renal, impide que los niños y familias puedan disfrutar de una vida normal, teniendo en cuenta los cambios en su vida cotidiana. La elaboración de este estudio tuvo como objetivo percepcionar cómo estos cambios alteran la calidad de vida de estos niños.

Objetivos: Caracterizar la calidad de vida percibida por niños con enfermedad renal que asisten a campamentos de verano para niños con insuficiencia renal y analizar la relación entre las variables sociodemográficas y clínicas.

Metodología: Estudio Ibérico descriptivo-correlacional y transversal, de naturaleza mixta (cuantitativa y cualitativa), desarrollada sobre una muestra de 29 niños de España y 13 niños de Portugal, con enfermedad renal crónica, cuyas edades son entre 7 y 17 años. Se utilizó la escala KINDL (Bullinger y Ravens-Sieberer, 1998a, 1998b), que dispone de 7 dimensiones: Bienestar Físico, Bienestar Emocional, Autoestima, Familia, Amigos, Escuela y Situación Clínica. Se sumaron 6 preguntas de caracterización sociodemográfica y un bloc de notas. Este último tuvo como objetivo dar espacio libre para que los niños / adolescentes sean capaces de describir los aspectos más significativos para ellos durante el campamento de verano.

Resultados: Los participantes mostraron una percepción positiva de su calidad de vida. La dimensión "Autoestima" fue la mejor percepcionada por los niños / adolescentes y el "Bienestar Emocional" la peor. Aquellos que perciben mejor calidad de vida son los que asistieron previamente un campamento de verano, los de nacionalidad española y los que asisten a la escuela primaria. Los participantes que tienen hermanos cuentan con ordenaciones medias más elevadas. El sexo y la edad no tienen poder discriminante en la calidad de vida. La relación calidad de vida y el tratamiento conservador no es significativo. Los participantes trasplantados percepcionan mejor calidad de vida y los que realizan diálisis percepcionan peor. De los testimonios de los participantes se verificó que la mayoría de los participantes afirmó que nunca se sintió enfermo y nunca sintió dolor, siempre ha disfrutado inmenso, tuvo orgullo en sí mismo, se llevo bien con sus padres, ha hecho cosas con amigos, y fue fácil hacer actividades en la escuela.

Discusión: Estos datos muestran que sería beneficioso un asesoramiento psicológico más eficaz, la creación de más campamentos y el aumento del número de trasplantes de riñón, pues estos resultaron ser los aspectos que podrían mejorar la calidad de vida de los niños con enfermedad renal.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bullinger, M., & Ravens-Sieberer, U. (1998a). KINDL: Portuguese. Acedido em <http://www.kindl.org/english/language-versions/portuguese/>

Bullinger, M., & Ravens-Sieberer, U. (1998b). KINDL: Spanish. Acedido em <http://www.kindl.org/english/language-versions/spanish/>

POSTER 75**AUTORES/AUTHORS:**

Paula Parás Bravo, David Gonzalez Bravo, Maria Jesus Ortega Solano, Alfredo Dominguez, Miriam Villar Gómez de las Heras, Nuria Claramonte Pujol, Jose Manuel López Moreno, Ruben Saiz Cavero, Alexandra Parás Bravo

TÍTULO/TITLE:

La falta del control del dolor aumenta el riesgo de consumir psicofármacos en oncología

Objetivo: determinar el riesgo asociado al dolor no controlado en el consumo de psicofármacos.

Método: se llevó a cabo un estudio descriptivo donde se analizaron 402 historias clínicas oncológicas del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Resultados: El dolor se asoció con un aumento del consumo de determinados psicofármacos como los ansiolíticos o hipnóticos con una OR cruda de 3.10 (IC95%1.73-5.54) y 4.91 (IC95%1.88-12.84) respectivamente. Esta asociación se mantuvo al ajustarse por el sexo y la edad, el tratamiento de quimioterapia, la presencia de efectos secundarios del tratamiento oncológico, fatiga y apoyo familiar. Esta asociación mostró un patrón dosis respuesta, el consumo fue mayor en el dolor no controlado. El consumo de antidepresivos no se asoció de forma estadísticamente significativa, ni con la existencia de dolor, ni con el control del mismo. Los pacientes referían un control inadecuado del dolor en un 54.16% a pesar del tratamiento analgésico.

Discusión: Al tratarse el dolor de un problema tan prevalente cobra especial importancia conseguir un tratamiento eficaz y un control de los síntomas ya que a menudo se encuentra subtratado afectando negativamente en la calidad de vida de los pacientes (1,2).

Para ello, es fundamental una completa valoración del paciente individualizada, abordando la historia de su dolor, examen físico y examen psicosocial (3,4). Nuestros pacientes tenían el dolor controlado de forma inadecuada en un 54.16% a pesar del tratamiento analgésico, similares a los datos reportados por Greco(5) en un revisión de 20 artículos sobre la gestión del dolor donde la falta de control sobre dolor se sitúa de media en un 31.8% y asciende hasta un 68%. Los datos reportados por Greco fueron recogidos entre 2007 y 2013 suponían una mejora del 32% del control del dolor con respecto a una revisión similar publicada en 2008 sobre el dolor en pacientes con cáncer en los últimos 40 años donde la falta de control sobre el dolor llego a ascender hasta el 82%(6). La falta de control sobre el dolor puede alterar la actividad, las relaciones con los demás, la tolerancia al tratamiento para el cáncer y la calidad de vida del paciente(7). Su relación con trastornos del sueño, fatiga, ansiedad y depresión(7,8) conlleva por consiguiente un aumento en su consumo de fármacos. De hecho los psicofármacos se consideran tratamiento coadyuvante de los analgésicos en el manejo del dolor(9).

En base a los resultados obtenidos resulta especialmente interesante la relación existente entre el dolor y el consumo de psicofármacos en nuestro grupo control. Los pacientes con cáncer se asocian con un importante distress emocional y este distress se asocia con el dolor(1,9). El distress emocional se manifiesta con ansiedad y depresión y con síntomas físicos como insomnio(10-13) se puede valorar parcialmente de forma indirecta en nuestra población a estudio a través del consumo de psicofármacos.

Todo ello conlleva que la polifarmacia sea un problema creciente en los pacientes oncológicos en las últimas décadas especialmente cuando se acerca su fallecimiento. Sin embargo, nuestro estudio muestra que más de la mitad de los pacientes no tienen su dolor completamente controlado a pesar de que el 97.29% consume fármacos analgésicos. También muestra que el consumo de ansiolíticos es significativamente mayor en los pacientes con dolor y que además su consumo es mayoritariamente a demanda (cuando hay exacerbación de los síntomas).

Existe asociación entre el consumo de ansiolíticos e hipnóticos y el dolor. El consumo de ansiolíticos e hipnóticos es 3.10 y 4.91 mayor respectivamente en los pacientes con dolor. Esta asociación se mantiene en los pacientes en tratamiento con quimioterapia que se asocia a dolor muscular y esquelético(13) y con efectos secundarios del tratamiento oncológico.

La ansiedad y el insomnio están ampliamente relacionados con el dolor sin embargo no existe en la literatura asociación con el consumo de psicofármacos en el paciente oncológico.

No obstante, un reciente estudio en 13 países europeos con 22.280 pacientes adultos sin cáncer asoció la sintomatología ansioso-depresiva, el consumo de antidepresivos y ansiolíticos con el dolor (14). Estableció que la sintomatología depresiva junto con el consumo de ansiolíticos y/o antidepresivos era superior en las personas con dolor persistente (con un control inadecuado) con una OR 1.13 (IC95% 0.63-2.03) en hombres y una OR 1.20 (IC 0.89-1.61) en mujeres. La asociación era menor en aquellas personas que únicamente tuvieron un episodio de dolor controlado.

A pesar de que se establece asociación entre el consumo de psicofármacos y el dolor no controlado, ésta es mucho menor que en

nuestra muestra de pacientes oncológicos. Esto puede ser debido a múltiples factores, como la intensidad del dolor o la complejidad del proceso oncológico.

Implicaciones en la práctica clínica: Esta asociación induce a pensar que un mayor control del dolor en el paciente oncológico reduce su consumo de psicofármacos y además mejora su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Cancer Pain (PDQ®). : PDQ Supportive and Palliative Care Editorial Board.; 2016.
2. Induru RR, Lagman RL. Managing cancer pain: frequently asked questions. *Cleve Clin J Med*. 2011 Jul;78(7):449-64. doi: 10.3949/ccjm.78a.10054.
3. Mehnert A, Koch U, Schulz H, Wegscheider K, Weis J, Faller H, et al. Prevalence of mental disorders, psychosocial distress and need for psychosocial support in cancer patients - study protocol of an epidemiological multi-center study. *BMC psychiatry* 2012;12(1):70.
4. Cipta AM, Pietras CJ, Weiss TE, Strouse TB. Cancer-related pain management in clinical oncology. *J Community Support Oncol*. 2015 Oct;13(10):347-55.
5. 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
6. van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *An*.
7. Choi M, Kim HS, Chung SK, Ahn MJ, Yoo JY, Park OS et al. Evidence-based practice for pain management for cancer patients in an acute care setting. *Int J Nurs Pract*. 2014;20(1):60–69.
8. Dong ST, Butow PN, Costa DS, Lovell MR, AgaM. Symptom clusters in patients with advanced cancer: a systematic review of observational studies. *J Pain Symptom Manage*. 2014 Sep;48(3):411-50.
9. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Geneva: WHO 1986.
10. Doran DM. Psychological distress as a nurse-sensitive outcome. In Doran DM *Nursing Outcomes The State of the Art*. 2nd ed. Sudbury USA: Jones & Bartlett Learning; 2011
11. Drapeau A, Marchand A, Beaulieu-Prévost D. Epidemiology of Psychological Distress. In: LAbate PL, editor. *Mental Illnesses - Understanding, Prediction and Control*. Rijeka: InTech; 2012. p. 155–34.
12. Owayolu Ö, Owayolu N, Aytaç S, Serçe S, Sevinc A. Pain in cancer patients: pain assessment by patients and family caregivers and problems experienced by caregivers. *Support Care Cancer*. 2015 Jul;23(7):1857-64.
13. George M, Elias A, Shafiei M. Insomnia in Cancer-Associations and Implications. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015;16(15):6711-4.
14. Calvó-Perxas L, Vilalta-Franch J, Turró-Garriga O, López-Pousa S, Garre-Olmo J. Gender differences in depression and pain: A two year follow-up study of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *J Affect Disord*. 2016 Mar 15;193:157-64.

POSTER 76**AUTORES/AUTHORS:**

Paula Parás Bravo, Mercedes Rodriguez Rodriguez, David Gonzalez Bravo, Maria Jesus Ortega Solano, Mirian Villar de las Heras, Alfredo Dominguez Cruz, Nuria Claramonte Pujol, Ruben Saiz Cavero, Alexandra Parás Bravo

TÍTULO/TITLE:

Impacto sobre la calidad de vida de una intervención para reducir la ansiedad en oncología medido mediante Fact-g.

Objetivo: determinar el impacto del aprendizaje y practica de una técnica de relajación en pacientes oncológicos.

Métodos: estudio experimental en 10 hospitales españoles. Participaron 272 adultos con cáncer en una intervención para reducir la ansiedad: técnica de relajación muscular progresiva versión abreviada. Se recogieron variables antes, durante y tras la intervención. El cuestionario utilizado fue el Fact-g.

Resultados: La puntuación media inicial fue de 55.33 [10.42] y la final de 64.49 [7.70], es decir, la puntuación en el Cuestionario de Calidad de Vida ha aumentado de forma estadísticamente significativa ($p < 0.001$).

Al separarlo por bloques observamos que en el momento inicial, la media de la puntuación global de Estado Físico General es 17.33 [4.33] y en el momento final es 18.71 [4.02], es decir, la puntuación en Estado Físico General ha aumentado ligeramente. En la escala que más aumento se ha detectado es la escala Estado Emocional. Se detectan diferencias estadísticamente significativas en los cuatro bloques siendo mayor la puntuación final que inicial.

La tasa de evolución global de los pacientes se extiende desde -0.12 hasta 0.75 con una media 0.18 [0.13].

Discusión: Los pacientes que realizaron la técnica experimentaron un aumento en la calidad de vida, estadísticamente significativo, medido mediante el Cuestionario de Calidad de Vida Fact-G de forma global y en las subescalas. Nuestros hallazgos se apoyan en los reportados por otros autores en donde se concluye que las técnicas complementarias, donde se incluyen las técnicas de relajación, han demostrado ser útiles para mejorar la calidad de vida de los pacientes (1-10).

Beard(10) publicó en año 2011 los efectos que estas terapias, en concreto el Reiki y la relajación muscular, tenían sobre 54 pacientes con cáncer de próstata. Los pacientes recibieron 2 sesiones a la semana de Reiki y una de relajación, durante 8 semanas consecutivas, junto con la recomendación de practicar diariamente esta última en su domicilio. No encontró diferencias estadísticamente significativas en la puntuación global de la medición de la calidad de vida a través del cuestionario Fact-G, aunque si se detectaron mejoras estadísticamente significativas en la subescala "Estado Emocional", en ambos grupos con respecto al grupo control.

Andersen(5) publicó en el 2013 los efectos de un programa de ejercicios y relajación muscular en 213 pacientes en tratamiento con quimioterapia durante 6 semanas. En este caso, al combinar el ejercicio físico de alta y baja intensidad junto con la relajación no se obtuvieron mejoras estadísticamente significativas en la calidad de vida de los pacientes medida a través del cuestionario Fact-G. No obstante, obtuvieron mejoras significativas en la escala de calidad de vida específica para la anemia (Fact-An) y en la puntuación de la fatiga.

Isa(2,3), que estudió el efecto de la relajación muscular progresiva sobre la ansiedad en un grupo de 155 pacientes con cáncer de próstata, en los que también se incluyeron sesiones de discusión, halló diferencias significativas a los 4 y a los 6 meses en la calidad de vida medida con el cuestionario Short Form-36 Health Survey .

Otras terapias complementarias en las que media la relajación como el mindfulness, el yoga o la acupuntura han demostrado ser positivas para mejorar la calidad de vida del paciente oncológico (1,4,6-9).

Un estudio sobre el mindfulness obtuvo mejoras en la calidad de vida especialmente en la subescala "Estado emocional"(8). Ülger(4) concluyó que el yoga practicado durante 8 semanas por pacientes oncológicos mejoró significativamente en el nivel de energía, el dolor, el nivel emocional, el sueño, la adaptación social y las habilidades sociales. Otro estudio sobre yoga en el que participaron mujeres supervivientes de cáncer de mama, que realizaron yoga cinco veces a la semana durante 6 meses, no solo mejoraron su calidad de vida si no que disminuyeron su perímetro abdominal(6). Con respecto a la acupuntura, un estudio de 14 pacientes con cáncer de tiroides en tratamiento con radioterapia, obtuvo una mejora de la calidad de vida en Fact-G estadísticamente significativa, a partir de la 6 sesión de tratamiento (9). Otro estudio sobre acupuntura en 246 pacientes con cáncer de mama a los que se les administró el tratamiento una vez a la semana durante 6 semanas y obtuvo una mejora significativa en todas las subescalas de Fact-G salvo en el "Ambiente Familiar y Social"(7). Bar Sela(1) publicó en 2015 un estudio sobre las técnicas complementarias, entre las cuales se encontraba la relajación, en 163 pacientes oncológicos en tratamiento activo. Obtuvo una mejora de la calidad de vida medida con el cuestionario EORTC QLQ-C30 y en síntomas como nauseas, dolor e insomnio, entre otros, estadísticamente

significativa.

Implicaciones en la práctica clínica: una intervención sencilla y segura es capaz de reducir la ansiedad en los pacientes oncológicos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Bar-Sela G, Danos S, Visel B, Mashiach T, Mitnik I. The effect of complementary and alternative medicine on quality of life, depression, anxiety, and fatigue levels among cancer patients during active oncology treatment: phase II study. *The Indian Journal of Neurotrauma* 2010 December;7(2):149-155.
2. Isa MR, Moy FM, Abdul Razack AH, Zainuddin ZM, Zainal NZ. Impact of applied progressive deep muscle relaxation training on the level of depression, anxiety and stress among prostate cancer patients: a quasi-experimental study. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013;14(4):2237-42.
3. Isa MR, Moy FM, Razack AH, Zainuddin ZM, Zainal NZ. Impact of applied progressive deep muscle relaxation training on the health related quality of life among prostate cancer patients a quasi experimental trial. *Prev Med* 2013;57(Suppl):37.
4. Ulger O, Yagli NV. Effects of yoga on the quality of life in cancer patients. *Complement Ther Clin Pract* 2010 May;16(2):60-63.
5. Andersen C, Rorth M, Ejlersen B, Stage M, Moller T, Midtgaard J, et al. The effects of a six-week supervised multimodal exercise intervention during chemotherapy on cancer-related fatigue. *Eur J Oncol Nurs* 2013 June;17(3):331-339.
6. Littman AJ, Bertram LC, Ceballos R, Ulrich CM, Ramaprasad J, McGregor B, et al. Randomized controlled pilot trial of yoga in overweight and obese breast cancer survivors: effects on quality of life and anthropometric measures. *Support Care Cancer* 2012 February;20(2):267-277.
7. Molassiotis A, Bardy J, Finnegan-John J, Mackereth P, Ryder DW, Filshie J, et al. Acupuncture for cancer-related fatigue in patients with breast cancer: a pragmatic randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2012 December 20;30(36):4470-4476.
8. Abbott RA, Whear R, Rodgers LR, Bethel A, Thompson Coon J, Kuyken W, et al. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness based cognitive therapy in vascular disease: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Psychosom Res* 2014 May;76(5):341-351.
9. Jeon JH, Yoon J, Cho CK, Jung IC, Kim S, Lee SH, et al. Effect of acupuncture for radioactive-iodine-induced anorexia in thyroid cancer patients: a randomized, double-blinded, sham-controlled pilot study. *Integr Cancer Ther* 2015 May;14(3):221-230.
10. Beard C, Stason WB, Wang Q, Manola J, Dean-Clower E, Dusek JA et al. Effects of complementary therapies on clinical outcomes in patients being treated with radiation therapy for prostate cancer. *Cancer*. 2011 Jan 1;117(1):96-102.

POSTER 77**AUTORES/AUTHORS:**

Cristineide Anjos, Fatima Helena Espirito Santo, Juliana Costa Silva, Willian Andrade Pereira de Brito, Valquiria Carvalho de Souza

TÍTULO/TITLE:

CENTRO DE CUIDADOS INTENSIVOS ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA: UN LUGAR DE INTERACCIÓN DE ENFERMERÍA Y FAMILIAR CUIDADO DE NIÑOS

La inserción de la familia en el hospital para apoyar a su niño y adolescentes está garantizada por el estatuto del niño y del adolescente y el estatuto de dicho dice que: "se garantiza la permanencia de un cargo durante la hospitalización," según el artículo 12 del estatuto del niño y adolescente (ECA) Ley 8069 promulgada en 1990. El mismo artículo establece que "los hospitales deben proporcionar condiciones para la residencia a tiempo completo de un padre o tutor, en caso de hospitalización del niño y adolescente" (Brasil, 1990).

El artículo 4 de la resolución no. 41 de 1995 del Consejo Nacional de los derechos de los niños y adolescentes (CONANDA), señala que es "derecho del niño a ser acompañado por su madre, padre o tutor durante todo el período de hospitalización así como los visitantes" (Brasil, 1995). Así, tanto la familia como la comunidad, la sociedad en general y los poderes públicos están obligados a garantizar estos derechos.

La enfermedad del proceso del niño genera en las expectativas de la familia a la enfermedad y el tratamiento y esta situación se vuelve más dolorosa cuando el niño tiene que ser hospitalizado durante largos períodos y empeora hacia la necesidad de hospitalización en la unidad de cuidados intensivos, que en opinión de los padres es un entorno desconocido, con grandes herramientas tecnológicas, que asusta a los acompañamientos familiares con la perspectiva de la muerte de su hijo. Vieira (2014, p. 26-27), hospitalización en unidad de cuidados intensivos pediátrico refleja un descanso para miembros de la familia asociados a la pérdida de autonomía en el niño que está bajo la responsabilidad del personal de la unidad de salud. Además, el escenario de CTI pediátrico refleja la posibilidad de pérdida y la muerte, porque es un cuidado complejo, estresante, emocionalmente comprometido generador de atmósfera e impregnado de sensaciones diversas en el tratamiento de niños con cáncer.

Los centros de cuidados intensivos (CTI) surgieron con el objetivo de la vivienda a los necesitados de cuidados intensivos, monitorización continua y observación constante. Esto requiere mejora y concentración de los recursos humanos y materiales con el fin de restaurar la salud de estas personas, al tiempo, en estado crítico, pero con posibilidades de curación.

Como objetivo general; analizar los límites y posibilidades de la presencia del familiar acompañante en el cuidado al niño con cáncer en el centro de terapia intensivo pediátrico oncológico y como objetivos específicos; describir el cuidado al niño en el centro de terapia intensivo pediátrico oncológico en la perspectiva del equipo de enfermería y del familiar acompañante; identificar la perspectiva del equipo de enfermería sobre la presencia del familiar acompañante en el centro de terapia intensiva pediátrico oncológico y conocer como el familiar acompañante ve su presencia en el centro de terapia intensivo pediátrico oncológico. Se trata de pesquisa de naturaleza cualitativa, de tipo estudio de caso, realizado en el centro de terapia intensiva pediátrico oncológico de un hospital de referencia en el tratamiento de cáncer localizado en la Ciudad del Rio de Janeiro. La producción de datos involucró las técnicas de observación simple, con registros en diario de campo, y entrevista semiestructurada con 25 miembros del equipo de enfermería y 10 familiares acompañantes de niños con cáncer internadas en el dicho centro de terapia intensiva. Después de la organización y identificación de los datos, estos fueron sometidos al análisis temática de contenido según Bardin, emergiéndose las siguientes categorías: El familiar del niño con cáncer hasta la entrada en el centro de terapia intensivo pediátrico oncológico y Las interacciones del familiar acompañante y miembros del equipo de enfermería en el cuidado al niño con cáncer en el Centro de Terapia Intensiva Oncológica. Basado en las declaraciones de los familiares acompañantes y del equipo de enfermería se constató que en el cuidado el niño hospitalizado en el CTIP la interacción entre ambos favorece su adaptación al ambiente, que envuelve inúmeros procedimientos y rutinas, demandando soporte emocional y conforto viabilizado por la presencia do familiar y conocimiento técnico y científico del equipo de enfermería. Por lo tanto, se concluye que el centro de terapia intensivo pediátrico oncológico representa un espacio de interacción del familiar acompañante con el equipo de enfermería en el cuidado al niño con cáncer, basado en la escucha atenta, viabilizada por el diálogo que posibilita la troca de conocimientos del familiar del niño con su experiencia, sentimientos y expectativas. Tal proceso inicia con la enfermedad y cuenta con el equipo de enfermería que tiene como objetivo el cuidado integral al mismo, incluyendo soporte y orientaciones al familiar del niño, elemento fundamental en su proceso de hospitalización y tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. 5 ed. Lisboa: edições 70 Ltda., 2010. 281 p.

BIELEMANN, V.L.M. A família cuidando do ser humano com câncer e sentindo a experiência. Rev. Bras. Enferm, 56(2): 133-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000101&pid>. Acesso em: 10 out. 2013

BONASSA, E.M.A. Efeitos Colaterais dos Antineoplásicos. Enfermagem em Terapêutica Oncologia. São Paulo: Atheneu, 2000. p.90.

BOUSSO, R.S; ANGELO, M. Buscando preservar a integridade da unidade familiar: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI. Rev. Esc. Enf. USP, v.35, n.2, p.172-9, jun. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n2/v35n2a11>. Acesso em: 25 jan. 2015.

BRASIL. Lei no 8.069, de 13de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Seção 1.

BRASIL. Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente. Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995. Dispõe sobre os direitos da criança hospitalizada. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 17 out. 1995. Seção I, p.163.

SMELTZER, S.C; BARE, B.G. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Oncologia: cuidado de enfermagem a pessoa câncer. 12. ed.v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 332p.

SOUZA, M. C. F. O advento de uma especialidade na enfermagem: o caso da Unidade de Câncer Infantil do Instituto Nacional de Câncer (1957-1962). 2002. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

POSTER 80**AUTORES/AUTHORS:**

PILAR GONZALEZ SANZ, MARTA RODRIGUEZ GARCIA

TÍTULO/TITLE:

EL APRENDIZAJE DE LA OBSERVACIÓN CLÍNICA EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

OBJETIVO

Comprender los procesos de aprendizaje de la observación clínica por los estudiantes de enfermería

METODOLOGÍA

Enfoque cualitativo de corte etnográfico, donde se han utilizado diferentes métodos de obtención de datos: observación no participante en el aula donde se imparten los contenidos relacionados con la observación clínica; observación no participante en contextos de aprendizaje práctico durante las rotaciones clínicas de y diarios reflexivos sobre el aprendizaje de la observación clínica por estudiantes de cuarto curso.

RESULTADOS

La observación como método de obtención de datos de la valoración se imparte en el aula, como sinónimo de inspección, en el tema del Proceso Enfermero. Es en la práctica clínica donde se evidencia la necesidad de mejorar desde el aula su docencia y la relevancia de su enseñanza. Observación que los estudiantes de enfermería asemejan a aprendizaje, y observación que entienden como habilidad necesaria y fundamental, que requiere de conocimiento y experiencia; fundamental en la valoración y tratamiento paciente, familia, y entorno; especialmente relevante y difícil en pacientes psiquiátricos y niños. Estos son algunos de los resultados más importantes obtenidos después del análisis de 47 diarios reflexivos y observación no participante de estudiantes de diferentes cursos durante sus prácticas clínicas. Para su obtención se ha utilizado el método de comparaciones constantes de Glaser y Strauss (Glaser & Strauss, 1967). Desde los datos se han obtenido unidades de significado relevantes, codificadas y definidas para conseguir las categorías, metacategorías y dominios según los consiguientes niveles de análisis. Desde la complejidad clínica como contexto de aprendizaje con todos los actores implicados en él, el aprender a observar se realiza de manera muy progresiva, según se van adquiriendo experiencias y estableciendo relación con diferentes conocimientos. En este sentido la guía de la enfermera experta y la voluntariedad para la docencia determinan mucho un mayor detenimiento en los detalles que favorecen la atención, la descripción, la reflexión y la utilización intuitiva de observación.

DISCUSIÓN

Se hace necesaria la mejora de esta capacidad de observación clínica, se reconoce como básica en los profesionales sanitarios (Naghshineh, 2008; Jasani & Sacks, 2013; Joel, 2014; Schaff, 2011), y determinadas metodologías docentes como “aprender a observar a través del arte”, facilitan a los estudiantes además de una mejor habilidad de observación, una mayor capacidad narrativa y de interpretación de los datos (Frei, 2010). Es innegable que el aumento de conocimiento y experiencia permite realizar unas observaciones más precisas (Persoon, 2011) y por ende, mejorar la capacidad de diagnóstico, planificación y tratamiento enfermero, en definitiva mejorar la praxis; así como las relaciones interpersonales (Trygg, 2012) al requerir mayor detenimiento y atención en el estar con el paciente. Kozier et al. (2013) define la observación como “obtener datos a través de los sentidos” y la también la equipara a una “habilidad consciente y deliberada”. Habilidad que se adquiere con esfuerzo y siguiendo una metodología organizada (Alfaro 2007), y reconociendo que aunque la mayoría de las observaciones se utiliza la vista, es importante hacer consciente los demás sentidos para ello. Obviamente se necesita experiencia (Benner, 1987) y es la enfermera experta las que es capaz de cuidar y al mismo tiempo realizar observaciones importantes, por lo que “el estudiante primerizo de la misma manera deberá aprender a hacer observaciones y tareas de forma simultánea”

El conocimiento intuitivo y experiencial es identitario de nuestros estudiantes de enfermería y clave en el desarrollo de la profesión y disciplina enfermeras. La observación invita a la reflexión y la reflexión permite el aprendizaje.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Alfaro, R. (2007): Aplicación del proceso enfermero: fomentar el cuidado en colaboración, Masson, Barcelona
- Benner, P. (1987). Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional. Barcelona: Grijalbo.
- Frei, J. (2010): Ways of seeing. Using the visual arts in Nursing Education. Journal of Nursing Education 49 (12) 134-140
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967). The discovery of grounded theory. Chicago: Aldine.

Jasani, S.; Saks, N. (2013). Utilizing visual art to enhance the clinical observation skills of medical students. *Medical teacher* 35 (4), 1327-1331

Joel, K (2014): Can visual arts training improve physician performance? *Transactions of the American clinical and climatological association*, 125, 331-342

Kozier, B. (2013): *Fundamentos de Enfermería*, Pearson Educación, Madrid.

Naghshineh, S. et al. (2008): Formal art observation training improves medical students' visual diagnostic skills. *Journal of General Internal Medicine* 23 (7), 991-997

Persoon, A. (2011) How older people nurses assess cognitive function through daily observation. *International Journal of Older People Nursing* 6 (2), 102-109

Schaff, P. (2011): From contemporary art to core clinical skills: observation, interpretation and meaning-making in a complex environment. *Art and Medical Education. Academic Medicine* 86 (10), 210-220

Trygg, S. (2012): Using a didactic model to improve patient observation skills in neonatal intensive care nurse trainees. A pilot study. *Intensive and Critical Care Nursing* 28 (8) 208-214

POSTER 82**AUTORES/AUTHORS:**

Betânia Maria Pereira dos Santos, Manoel Carlos Nerl da Silva, Alzira Maria d'Avila Nery Guimarães, Neyson Pinheiro Freire, Valdelize Elvas Pinheiro, Leocarlos Cartaxo Moreira

TÍTULO/TITLE:

Los aspectos sociodemográficos de la formación profesional de la enfermería brasileña.

Objetivo: Investigar las características relativas y sociodemográficas en la formación de la enfermería brasileña. Método: Se trata de un estudio transversal, realizado en el período de 2014 a 2015, en 50 municipios de Brasil, con la participación de los 27 estados de la federación, representativa a nivel nacional, perfila como el estudio más completo de la categoría profesional en América Latina . Resultado de una asociación entre el COFEN y Fiocruz, con fondos de COFEN y el apoyo del Ministerio de Salud de Brasil y la Organización Panamericana de la Salud-Brasil. El estudio tuvo una muestra de 35,916 personas para una población de 1,804,535 profesionales. Resultados: Se encontró que el 61,7% de los profesionales tienen la edad hasta los 40 años con el personal predominantemente femenino, ya que el 84,6% está compuesto por mujeres, sin embargo, muestra un crecimiento del contingente masculino en la profesión. En cuanto al mercado de trabajo 59,3% (enfermera, técnico y auxiliar de enfermería) se encuentra en el sector público y el 1,8% informó haber recibido menos del salario mínimo. Se informó de un 65,9% de profesionales que tienen dificultades para conseguir puestos de trabajo y el 66,0% reportado y el desgaste profesional. Los trabajadores de nivel medio (técnicos y auxiliares) presentes por encima de la educación requerida, informe de 23,8% que tiene la educación superior incompleta y el 11,7% han completado curso de graduación. Se demostró que el 63,7% tiene menos de 10 años de graduados. Discusión: Los profesionales se concentran predominantemente en la región sureste de Brasil, la más poblada, donde el 53,9% de las enfermeras y el 56,1% de los técnicos y auxiliares de enfermería. La región nordeste es el que tiene el menor número de profesionales. Conclusión: la enfermería brasileña está representada principalmente por mujeres, y se concentra en el sureste del país, que se caracteriza por ser una población joven y está presente en todos los municipios del país, lo que contribuye significativamente a la salud de la población brasileña, pero sobre todo para el sistema público de salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Pesquisa "Perfil da Enfermagem no Brasil" - 2013. FIOCRUZ/COFEN.

BRASIL. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução COFEN N° 311/2007 ;

CIANCIARULLO, T. I. Instrumentos Básicos para o Cuidar: Um Desafio para a Qualidade de Assistência. São Paulo: Atheneu, 1997.;

DANIEL, L. F. Enfermagem: Modelos e Processos de Trabalho. São Paulo: EPU, 1987. DUMAS, V. As rosas não falam (mas contam a história). História viva, São Paulo, ano 3, n 33, p. 66-70, jul 2006.

LIRA, N. F. DE & BONFIM, M. E. DE S. História da Enfermagem e Legislação. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1989.

OGUISSO, T. SCHMIDT, M. J. O Exercício da Enfermagem: Uma Abordagem Ético-Legal. São Paulo: LTR editora, 1999. Santos, E. F. et. al. Legislação em Enfermagem: Atos Normais do Exercício e do Ensino de Enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2002.

PORTO, F; AMORIM, W. História da Enfermagem: Identidade, Profissionalização e Símbolos. 2 ed. São Paulo: Yendis, 2013.

RODRIGUES, M. S. Mulheres sertanejas na guerra do Paraguai. In ENCONTRO DA ANPHLAC, 6., 2004, Maringá. Anais eletrônicos... Maringá: anphlac, 2004. <Disponível em: http://www.anphlac.org/periódicos/anais/encontro6/marcelo_rodrigues.pdf>acesso em: 04. Jan 2016.

POSTER 84**AUTORES/AUTHORS:**

ELIA FERNANDEZ MARTINEZ, MERCEDES GOMEZ DEL PULGAR, JUAN VICENTE BENEIT MONTESINOS, ANA PEREZ MARTÍN

TÍTULO/TITLE:

RÚBRICA BASADA EN COMPETENCIAS PARA LA EVALUACIÓN DE LOS RESIDENTES DE ENFERMERÍA OBSTÉTRICO GINECOLÓGICA (MATRONAS)

OBJETIVO GENERAL: Desarrollar una herramienta para la evaluación de las competencias adquiridas por los residentes de matrona durante su formación basada en el programa formativo de la especialidad, partiendo del modelo utilizado para el diseño de la Escala ECOEnf

MÉTODOS:**FASE 1. ADAPTACIÓN DE LA ESCALA ECOEnf A LA EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS DE LAS MATRONAS**

- Análisis del programa formativo
- Análisis de coherencia entre CG, CE y RA
- Creación de las unidades de competencia (UC)
- Agrupación de las CG, CE y RA en UC.

FASE 2. DISEÑO DE RÚBRICAS CON CRITERIOS Y DESCRIPTORES PARA CADA UNIDAD DE COMPETENCIA.

Seminario dirigido a expertos (parte teórica y parte práctica que incluye trabajo en subgrupos de consenso y grupo de consenso de expertos).

Diseño de rúbricas con los criterios y descriptores de nivel consensuados.

FASE 3. EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ Y FIABILIDAD DE LA ESCALA

Dos validaciones de las rúbricas de evaluación mediante técnicas de consenso en subgrupos y grupos de expertos.

Una tercera validación mediante cuestionarios on-line dirigido a expertos a nivel nacional para determinar el grado de acuerdo.

FASE 4. DETERMINACIÓN DEL NIVEL MÍNIMO DE LOGRO EXIGIBLE

Cuestionarios on-line para determinar el nivel mínimo de logro exigible para cada criterio de evaluación para el primer y segundo año de residencia.

RESULTADOS

En la actualidad ya nos encontramos en la Fase 3 de la investigación y disponemos de resultados de haber finalizado la Fase 1 y 2.

Resultados Fase 1. Disponemos de todos los resultados de aprendizaje y competencias generales y específicas agrupados en unidades de competencia.

Resultados Fase 2. Se realizó en junio de 2016 un seminario de trabajo sobre competencias dirigido a matronas expertas, fruto del cual se diseñó una rúbrica de evaluación (basada en las competencias del programa formativo) por cada unidad de competencia.

Resultados parciales Fase 3. Éstas rúbricas, compuestas por criterios de evaluación y descriptores, ya han sido sometidas en la actualidad a las dos validaciones mediante técnica de consenso con grupos de expertos; estamos inmersos actualmente en el proceso de una tercera validación de las rúbricas con un mayor número de participantes expertos. Ésta tercera validación se realizará a través de un cuestionario que recoge el grado de acuerdo, con esta tercera validación se concluirá la Fase 3 para dar paso a la Fase 4 en la que se determinará el nivel mínimo de logro exigible para cada criterio en el primer y segundo año de residencia.

DISCUSIÓN

A pesar de que la especialidad de matrona es la que más años de desarrollo tiene en nuestro país, tras realizar una búsqueda exhaustiva sobre las herramientas de evaluación de los residentes no se encontró un instrumento objetivo, único, validado y eficaz

que evalúe objetivamente las competencias del enfermero residente en esta especialidad, matrona, según avanza su formación y que permita identificar oportunidades de mejora y así poder transformar las debilidades en fortalezas. Los criterios de evaluación utilizados por las diferentes unidades docentes para evaluar a los residentes de matrona son muy heterogéneos en la actualidad y no evidencian la progresión de la adquisición de todas competencias que figuran en el programa formativo.

Escala "ECOEnfObsGin" integra criterios de evaluación y descriptores de nivel, así como en las siguientes fases se finalizará el proceso de validación y la determinación del nivel mínimo de logro exigible para cada año de residencia.

La escala "ECOEnfObsGin" es un instrumento que permite establecer criterios comunes objetivos, fiables y válidos para la evaluación de la adquisición de competencias de los EIR de la especialidad obstétrico-ginecológica(matrona). Este instrumento se considera necesario ya que facilitará, tanto a los tutores como a los residentes, el procedimiento de evaluación basado en competencias. Utilizando este instrumento se dispondrán de evidencias objetivas sobre la adquisición de competencias de los EIR durante la formación en esta especialidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)
- Gómez del Pulgar M, Beneit J, Pacheco E. Escala ECOEnf. Instrumento para la evaluación de los objetivos-competencias que los estudiantes de grado en enfermería deben adquirir según la Orden CIN 2134/2008 de 19 de julio. Registro de la propiedad intelectual. Nº M-002145/2011.
- Gómez del Pulgar M, Beneit J, Pacheco E. Evaluación de competencias en el Espacio Europeo de Educación Superior: un Instrumento para el Grado en Enfermería [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2011.
- Pedraza A, Beneit J, González MA, Gómez del Pulgar M. Escala ECOEnfPed. Instrumento para la evaluación de las-competencias que los EIR de Pediatría deben demostrar según la Orden SAS 173.Evaluación de Competencias del Enfermero Especialista en Enfermería Pediátrica, utilizando la escala ECOEnf. [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2013.
- Rivero M, Beneit J, González MA, Gómez del Pulgar M. Evaluación de competencias del enfermero especialista en cuidados médico-quirúrgicos, utilizando la escala ECOEnf [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2015.

POSTER 85

AUTORES/AUTHORS:

Sónia Lameirão, JoséLuís Ribeiro, Conceição Rainho

TÍTULO/TITLE:**INDEPENDENCIA FUNCIONAL E ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN ANCIANOS**

Introducción: La mayoría de los problemas de salud relacionados con la limitación funcional asociada con la edad pueden evitarse o reducirse al mínimo. La actividad física reduce significativamente el riesgo de estos problemas (Chodzko-Zajko, Proctor, Fiatarone, Minson, Nigg, Salem y Skinner 2009). Los componentes de la condición física, tales como, la resistencia cardiorrespiratoria, la flexibilidad, la composición corporal, el equilibrio y la coordinación, la resistencia y la fuerza muscular, juegan un papel importante en la promoción de la independencia funcional.

Los estilos de vida influyen en la salud de las personas mayores en varios países europeos, como Portugal. Algunos resultados de la Encuesta de Nutrición en Europa y en las personas mayores, mostraron que el índice de masa corporal en las personas entre los 70-75 años, se asocia con la mortalidad por todas las causas (Hollander et al 2012).

El estado nutricional de los ancianos que viven en la comunidad debe ser una prioridad en la investigación, ya que es aquí radica el mayor proporción de este grupo de población, que a menudo sólo se refiere a los servicios de salud en la situación de la enfermedad. La evaluación nutricional, identifica a las personas mayores con riesgo nutricional y la aplicación de medidas de intervención individualizada, respetando las necesidades de nutrientes, las condiciones y, si es necesario, orientación sobre la suplementación y la adopción de hábitos alimentarios saludables (Sousa V. M. C. de, Guariento, M. E., 2009).

Objetivos: caracterizar la independencia funcional de los ancianos; relacionar la independencia funcional con el índice de masa corporal (IMC).

Métodos: Se ha desarrollado un estudio, observacional, descriptivo y transversal, durante el año de 2015, para alcanzar los objetivos planteados. La población diana fue constituida por ancianos que frecuentan un centro de día. Participaron en el estudio 26 ancianos, de forma voluntaria. La mayoría eran mujeres (86%), la media de edades fue de 81,0 años y desvío estándar 8,8. Se adoptaron procedimientos para mantener la confidencialidad, por razones de veracidad de información y ético-legales. Previamente al cuestionario, fueron presentados los objetivos del estudio y se preguntó si aceptaban participar.

Para la valoración de independencia funcional en las actividades básicas de vida diaria, se utilizó la versión de 10 ítems de la escala de Barthel. Fueron sumados todos los ítems para obtener la puntuación total, que va desde 0 a 100; scores más elevados indican más independencia, puntuaciones abajo de 20 significa dependencia total y entre 90 e 100 totalmente independiente. La consistencia interna del instrumento fue determinada por el coeficiente de Cronbach, que presentó un alfa = 0,679. En la relación de dos variables cuantitativas se ha utilizado la correlación de Spearman, se adoptó un intervalo de confianza al 95%. Para el análisis de los datos estadísticos se utilizó el SPSS 22.0®.

Resultados: Los ancianos eran en su mayoría viudos (84,6%), más de la mitad vivían solos (61,5%), cuanto a escolaridad, (30,8%) leían y escribían, (38,5%) tenían 4 años de escolaridad, seguido por aquellos que no sabían leer o escribir (23,1%). La mayoría de los ancianos 20 (76,9%) presentaban independencia funcional. Cuanto al IMC presentaban una media de 27,7 y desvío estándar de 4,8.

La correlación entre independencia funcional y el índice de masa corporal fue negativa ($r = -0,432$) y esta relación fue significativa ($p = 0,027$), es decir, un menor índice de independencia, mayor es el valor de índice de masa corporal.

Discusión: La práctica de actividad física diaria es importante para las personas mayores para mantener una buena condición física, se requiere un nivel mínimo de la fuerza muscular, la flexibilidad, la coordinación y el equilibrio, ayudando así a mantener la capacidad funcional. Implicaciones en la práctica: una vez terminado el diagnóstico de la situación, vamos a desarrollar programas de promoción de la salud de los ancianos con intervenciones de enfermería como intervención dietética y reducción del comportamiento sedentario.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Singh MA, Minson CT, Nigg CR, Salem GJ, Skinner JS. (2009) American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults.

Hollander EL, Van Zutphen MV, Bogers RP, Bemelmans WJE, Groot LCPGM (2012). The Impact of BMI in Old Age on cause-specific Mortality. The Journal of Nutrition, Health & Aging; 16 (1): 100-6.

Sousa V. M. C. de, Guariento, M. E. (2009) Avaliação do idoso desnutrido. Rev. Soc. Bras. Clín. Méd; 7(1): 46-49.

POSTER 87**AUTORES/AUTHORS:**

ALFREDO GONZALEZ FLORES, MARIA EUGENIA GALIANA SANCHEZ, JOSEP BERNABEU SANCHEZ

TÍTULO/TITLE:

Profesionalización de las Instructoras Sanitarias durante el franquismo en Alicante

1. Objetivo

Abordar, a partir de un estudio de caso, algunas de las claves que guiaron el proceso de profesionalización en la enfermería española durante la segunda mitad del siglo XX. Como informante clave se recurrió a una instructora sanitaria que se formó en la Escuela de Instructoras en 1943 y trabajó en el barrio de Villafranqueza, Alicante.

2. Métodos

Empleando la técnica de bola de nieve a través de amigos y conocidos se contactó con N.B. de 89 años de edad quien nos recibió en su domicilio en 2013. Se siguió un guion donde se agrupaban las preguntas en base a las siguientes variables de estudio: la motivación por la cual decidió hacerse enfermera, formación, práctica profesional, el asociacionismo, la gestión del conocimiento y el contexto de su vida profesional. El formato de la entrevista fue flexible y se promovió la conversación para conocer las percepciones y experiencias de la entrevistada de forma natural y libre (Schatzman y Strauss, 1973; Whyte, 1982; Olabuénaga JI, 1999).

3. Resultados

“Cuando cumplí los dieciocho años me fui a Valencia y allí realicé los estudios de enfermería y luego después me fui a Madrid, me hice... para eso tuve que hacer unas oposiciones para obtener una plaza en la Escuela de Instructoras, y... me hice instructora”. Todas eran mujeres y los profesores eran médicos: “eran médicos, que tendrían que ser enfermeros o enfermeras, pero... eran médicos siempre (...) Estudiábamos mucho, las enfermedades infecciosas, porque bacteria..., microbios también”.

“Lo que más hacíamos era reunirnos en los ayuntamientos y hablarles [a las madres] para luchar contra la mortalidad infantil, que por ignorancia había mucha (...) Visitábamos las casas, y si el enfermo estaba arrinconado, pues íbamos veíamos la casa y elegíamos la habitación para el enfermo, eran tuberculosos”.

“Nos hacían de menos... todo lo que estábamos haciendo, que era mucho y se notó muchísimo... ha llegado a decirme un practicante: ¡enfermeras de orinales! (...) había una tendencia a luchar contra la mujer”.

4. Discusión

La formación de las instructoras sanitarias suponía incorporar conocimientos en salud pública, estadística, higiene y epidemiología de los que carecían o eran muy escasos durante la formación previa obtenida en el título de enfermera (Bernabeu-Mestre, Gascón, 1999). Otra diferencia es la realización de prácticas en los domicilios a través de las visitas domiciliarias y, aunque los médicos eran considerados buenos docentes por parte de las alumnas, echaban en falta a profesoras enfermeras (Miro et al., 2012). Al igual que con las enfermeras visitadoras y como se ha apuntado, los domicilios eran su campo de trabajo y el seguimiento y control de los enfermos tuberculosos su principal actividad. Todo ello sin olvidar la atención a las familias y la comunidad, realizando, por ejemplo, charlas de higiene a las madres con el objetivo de disminuir la mortalidad infantil. Tanto las actividades domiciliarias como las de carácter comunitario, otorgaban mayor autonomía en el ejercicio profesional de la instructora, sobre todo si se comparan con las que llevó a cabo con posterioridad en el dispensario antituberculoso.

Las posibilidades que ofrecía la condición femenina de las instructoras sanitarias se vieron limitadas por el modelo de mujer tradicional impuesto por la política franquista y aumentaba las dificultades de desarrollo de la enfermería en el campo de la salud pública (Galiana-Sánchez, García Paramio, Bernabeu-Mestre, 2010). La prohibición de trabajar a las mujeres casadas, los conflictos con los médicos y las discusiones con los practicantes por ejercer las mismas competencias fueron motivo de frustración para las instructoras. Sin embargo, su propio convencimiento en su trabajo y el reconocimiento que les demostraba la sociedad y sus propias familias fue su incentivo y motivación para seguir reivindicándose.

La investigación ha permitido mostrar el interés de la historia oral para la recuperación de la memoria histórica de la profesión enfermera en nuestro país. Las instructoras sanitarias continuaron la labor educativa y de propaganda de sus antecesoras, las enfermeras visitadoras, sin embargo vieron limitadas sus funciones en prevención y promoción, al mismo tiempo que ganaban terreno las relacionadas con el control y la vigilancia epidemiológica y las de carácter asistencial. Todos estos cambios se vieron favorecidos por la progresiva medicalización y tecnificación que experimentó el sector salud durante la segunda mitad del siglo XX, por la hegemonía de la atención sanitaria desde medios hospitalarios o por la aparición del título de A.T.S. en 1953, y la merma que

supuso para el perfil preventivo y de educación socio-sanitaria propio de las enfermeras visitadoras e instructoras.

En definitiva, en línea con los parámetros de la historia actual, avanzar en el conocimiento de los antecedentes históricos de la enfermería de salud pública en España, permite mejorar la comprensión de la identidad de las enfermeras comunitarias en la actualidad. La reflexión sobre los acontecimientos del pasado ayuda a acometer los retos y desafíos que se presentan a las nuevas generaciones de enfermeras y permiten trazar las metas y objetivos profesionales con una mayor claridad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Bernabeu- Mestre, J; Gascón, E, Historia de la Enfermería de salud pública en España (1869-1977), Publicaciones de la Universidad de Alicante, 1999.
- Galiana Sánchez, M^a Eugenia; Bernabeu-Mestre, Josep; García-Paramio, Pilar, "Enfermeras para una nueva patria: género e ideología en la enfermería de Falange", En: González Canalejo, Carmen; Martínez López, Fernando (ed.). La transformación de la enfermería. Nuevas miradas para la historia, Granada, Editorial Comares, 2010.
- Miró-Bonat, Margalida, Gastaldo, Denise, Nelson, Sioban and Gallego, Gloria. "Spanish nursing under Franco: reinvention, modernization and repression (1956-1976)", Nursing Inquiry 2012; 19(3): 270-280.
- Olabuénaga Ruiz, JI (1999) La entrevista. En Metodología de la investigación cualitativa (pp.165-189). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Schatzman, L; Strauss, A. L. (1973). Field research: Strategies for a natural sociology Prentice-Hall Englewood Cliffs, NJ.
- Whyte, W. (1982). Interviewing in field research in Burgess, RG (ed), field research: A sourcebook and field manual London: George Allen and Unwin.

POSTER 88

AUTORES/AUTHORS:

pablo robledo casado, nieves robledo casado

TÍTULO/TITLE:

El empleo de Vasopresores en la Parada Cardio-Respiratoria: Revisión Sistemática, Metanálisis y Comparaciones Indirectas

Introducción: Recientes estudios experimentales han sugerido que el empleo de vasopresores podría no mejorar la recuperación a la parada cardio-respiratoria. Esta Revisión y Metanálisis pretende observar si existe un beneficio en el empleo de Adrenalina o Vasopresina sobre la supervivencia al alta hospitalaria tras una parada cardio-respiratoria.

Metodología: Se llevo a cabo Revisión Sistemática consultando las bases de datos: MEDLINE, EMBASE, CINALH y CENTRAL COCHRANE, y Metanálisis empleando el método de la inversa de la varianza. Por primera vez se realizan comparaciones indirectas para apreciar los resultados del empleo de vasopresores en adultos tras una parada cardio-respiratoria, empleando el método Bucher.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

En formato presnetación

POSTER 91**AUTORES/AUTHORS:**

Claudia Castelos Sánchez, Miriam Rossi López, María Jesús Movilla Fernández

TÍTULO/TITLE:

ESTUDIO DE LAS NECESIDADES DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES DE CUIDADOS INTENSIVOS

1. Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en una UCI y su satisfacción con la atención recibida, así como la perspectiva del personal de enfermería ante estas necesidades y su relación con las familias.

Objetivos específicos:

- Describir las condiciones que identifican las familias como elementos positivos o negativos para ellos y para su familiar durante su estancia en la UCI.
- Identificar cuáles son los elementos más significativos descritos por parte de los familiares de los pacientes en este contexto.
- Describir las experiencias del personal enfermero ante las necesidades de las familias y su relación con las mismas.

2. Método

Estudio de 'mix-method', con una fase de estudio cuantitativo descriptivo transversal, y una fase de estudio cualitativo fenomenológico, diseñadas en 2 momentos investigativos: exploratorio e interpretativo. Presentamos los resultados del momento exploratorio desarrollado en la UCI de Politrauma del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, durante los meses abril y mayo de 2016.

Se ha realizado un muestreo no probabilístico e intencionado. Los sujetos del estudio han sido 26 familiares de pacientes adultos ingresados en UCI (Fase A cuantitativa) y 25 profesionales de enfermería de la misma Unidad (Fase B cualitativa).

La recogida de datos se ha realizado a través de 2 instrumentos:

Fase A: Cuestionario de 57 ítems diseñado en base a la bibliografía, que identificó las necesidades de los familiares de los pacientes. Se les pasaron en formato papel y se recogieron. Para ello se contó con una investigadora colaboradora (enfermera).

Fase B: Entrevista en profundidad con una guía temática para el personal de enfermería, grabadas en formato audio y analizadas mediante análisis del discurso.

Para la recogida y tratamiento de datos se han respetado el anonimato y confidencialidad necesarios para este tipo de investigaciones, contando con el Informe Favorable del Comité de Ética de Investigación Clínica de Galicia (CAEIG) en su evaluación del 3 de marzo de 2016.

3. Resultados

Fase A: Destacamos la dificultad para la localización de la UCI y la sala de espera definida en su mayoría como 'poco o nada acogedora'. El 85% describió la relación con la enfermería como 'fluida', aunque un 73,1% no recibió por su parte información acerca del aparataje. La satisfacción con la atención recibida por el Servicio fue en un 88% de los casos, 'notable' o 'sobresaliente'.

Fase B: El personal de enfermería describe que la falta de conocimiento de la familia acerca de la Unidad provoca en estos nerviosismo y temor. Además, los sitúan fuera de la UCI como elemento ajeno.

La familia es definida como un elemento muy activo a la hora de iniciar la comunicación, resultando a veces molesto, expresando que cuando estos entran en la Unidad, sienten pena y/o ansiedad.

En cuanto a las expectativas de futuro, el personal demanda presencia durante la información médica.

4. Discusión

Nuestros resultados mostraron como más relevante para los familiares la necesidad de información, tal y como se muestra en estudios como el de Mogadhassian (1). Sin embargo, otros como el de Fabrellas et al. (2) establecen la necesidad de seguridad como más notoria.

Se visibiliza la no concordancia entre la satisfacción positiva de los familiares y la percepción negativa de la misma por parte del personal de enfermería.

En la línea de aplicabilidad clínica, se debería preparar al personal de enfermería para entender su papel en la comunicación con los actores sociales y poder elaborar protocolos de atención.

También se entregarían folletos a las familias con información breve acerca de la UCI, para una mayor comprensión del cuidado del enfermo crítico.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Moghaddasian S, Lak Dizaji S, Mahmoudi M. Nurses empathy and family needs in the intensive care units. *J Caring Sci.* 2013; 2(3): 197-201.
2. Hidalgo Fabrellas I, Vélez Pérez Y, Pueyo Ribas E. Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2007 [acceso 15 de Febrero de 2016]; 18(3): 106-14. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130239907743924?via=sd&cc=y>

Otra bibliografía relevante:

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidades de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [acceso 29 de Febrero de 2016]. Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>

Pérez Cárdenas MD, Rodríguez Gómez M, Fernández Herranz AI, Catalán González M, Montejo González JC. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva.* 2004; 28(5): 237-49.

Zaforteza C, de Pedro JE, Gastaldo D, Lastra P, Sánchez-Cuenca P. ¿Qué perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico? *Enferm Intensiva.* 2003; 14 (3): 109-119.

García-Labattut A, Tena F, Díaz J, Pajares R, Sandoval J, González J, et al. Nivel de conocimiento sobre las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y los médicos intensivistas entre los ciudadanos de Castilla y León. *Med Intensiva.* 2006; 30: 45-51.

Santana Cabrera L, Sánchez Palacios M, Hernández Medina E, García Martul M, Eugenio Robaina P, Villanueva Ortiz A.

Necesidades de los familiares de pacientes de cuidados intensivos: percepción de los familiares y del profesional. *Med Intensiva.* 2007; 31: 273-80.

Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung.* 1979; 8(2): 332-9.

POSTER 92**AUTORES/AUTHORS:**

Fatima Helena Espirito Santo, Juliana Oliveira Pinto, Carla Lube de Pinho Chibante, Luiz Santos, Thayane Dias dos Santos

TÍTULO/TITLE:

MASCOTAS EM LA VIDA DE PERSONAS MAYORES DE UM GRUPO DE CONVIVENCIA

Introducción: En la actualidad, el aumento de la esperanza de vida de la población viene asociado a una serie de cambios en el mundo con la necesidad de repensar estrategias para satisfacer las demandas de la clientela mayor en servicios de salud, así como la calificación creciente de profesionales de la salud en relación con el proceso de envejecimiento, su impacto sobre la autonomía, independencia y capacidad funcional de ancianos con los objetivos de la promoción y el mantenimiento de la salud y mejorar la calidad de vida de personas de edad avanzada. Por lo tanto es de gran importancia para la expansión de las formas de atención de la salud para los ancianos, incluyendo los procedimientos farmacológicos, como la terapia asistida por animales (AAT), para mantener la calidad de vida. La interacción entre los perros y los mayores resultados en beneficios en aspectos físicos (aumento de la movilidad y la estabilización de la presión arterial), mental (estimulación de la memoria), sociales (mayor comunicación y convivencia, intercambio de información, seguridad y motivación) y emocional (mejora de la atención, mayor espontaneidad, alegría, afecto y disminución de la soledad y la ansiedad)¹. **Objetivo:** Describir cómo el mayor grupo de vida se da cuenta de la mascota en tu vida. **Métodos:** Estudio cualitativo, utilizando el método de historia de la vida. El escenario fue en Avanzado Espacio para mayores en servicios sociales escuela de Universidade Federal Fluminense y los participantes fueron ancianos que frecuentaban el centro de convivencia y tenían algún tipo de mascota. Los datos fueron recogidos en el período comprendido entre julio y octubre de 2015, a través de la entrevista abierta, representada por preguntas "Dime acerca de la presencia de una mascota en tu vida; ¿Qué actividades hace/hizo a él? ¿Cómo es/era vivir con él? ". Para el análisis de los datos se llevó a cabo el análisis temático. Aprobado por el Comité de ética de la institución. **Resultados:** Por medio de los informes era que los ancianos ven presencia del animal en sus vidas tan cariñosos y amorosos, siempre atribuyendo su presencia la amistad y compañía. Se observó que las contribuciones para la presencia de estos animales se refieren a seguridad, compañerismo, amistad, afecto, comprensión, alegría, distracción, superación de tiempos difíciles, protección, compasión, generosidad. **Discusión:** La presencia y la vida con una mascota en la vida de las personas mayores ofrece ventajas con respecto a la relación de afecto y retorno, reloj hacia fuera para usted, teniendo en cuenta el mantenimiento de las necesidades básicas de mantenimiento de la vida y le proporciona una presencia en tiempos de pérdida de seres queridos y el todo, el alivio del dolor, la depresión y el aislamiento por la presencia del afecto incondicional que la presencia de animales trae a sus vidas. Estos hechos pueden ilustrarse en las historias de resistencia, generosidad con gestos de aprobación y cuidado de animales sin hogar que se han convertido en el foco de atención y cuidado de estas personas mayores en sus vidas. **Implicaciones para la práctica clínica:** Este estudio señala posibilidades de prácticas farmacológicas como terapia asistida con animales para el desarrollo de acciones educativas en salud de la vida con animales domésticos, así como apoyo emocional para personas mayores en grupos que viven en instituciones de salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Godoy ACS, Denzin SS. Atividades assistidas por animais: aspectos revisivos sob um olhar pedagógico. 2007;5(5):14-22. Disponível em: <http://patasterapeutas.org/wp-content/uploads/2015/07/Olhar-pedag%C2%A2gico-da-TAA.pdf>

POSTER 93**AUTORES/AUTHORS:**

Juliana da Costa Silva, Enéas Rangel Teixeira, Roberta Jayme, Alessandra Cerqueira Santos

TÍTULO/TITLE:

LA RECEPCIÓN DE LOS USUARIOS EN LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA EM LA VISIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.

La implementación del programa de salud de la familia todavía está en un proceso de transición entre los valores, conceptos y prácticas de los viejos modelos, que implican representaciones y prácticas de cuidado de la salud (MARTINS, 2015). Como esto es algo nuevo en el campo de la salud en términos de programa institucional se hace necesario, estudios e investigaciones que pueden describir, analizar, sugerir y proponer ajustes. La proximidad con los clientes y su inserción territorial, el cuidado proporcionado, trabaja con los agentes de salud de la comunidad, integración con los técnicos y auxiliares de enfermería, demuestran en este carácter interdisciplinario de enfermería práctica en la recepción, que se destaca en este trabajo (PELISOLI, 2014) todos los días. El host, los servicios de salud, se ha considerado como un proceso, específicamente de las relaciones humanas; porque debe realizarse para todos los trabajadores de la salud y todos los sectores de atención. El propietario es más que un fenómeno lingüístico, discurso verbal, debe reflejarse en la intencionalidad de las acciones. Permite la captura de necesidades de salud expresadas por el usuario y plantea inmediatamente la institución llevado un proceso de trabajo en acciones que respondan a las necesidades detectadas (COUTINHO, 2015).

Los objetivos é s identificar la comprensión de la recepción de los profesionales de la salud que trabajan en la estrategia de la salud de la familia e identificar las formas de realización de la recepción por estos profesionales en estas unidades. La metodología se trata de una investigación cualitativa, estudio observacional descriptivo, transversal, retrospectivo de análisis de contenido de Bardin, caracterizado por tres fases: análisis, exploración de datos y clasificación. Los datos fueron agrupados y procesados en el programa Microsoft Office – Excel/Windows, organizado en forma de tablas y gráficos. Resultados: 57 profesionales participaron de lo estudio. 8 (14.04%) representa los hombres y 49 (85.96%) las mujeres. 57.90% son agentes de salud; 8, 77% son enfermeras de y 10.52% médicos. Lo estudio fue dividido en cuatro categorías: C1: no sabe/decidió no responder; C2: dará una dirección; C3: escuchar solamente; C4: el otro escuchar y dar una dirección. Además de estas categorías, en cuanto a la práctica de la recepción, surgieron otras dos categorías: por obligación profesional y según las necesidades del usuario. En la discusión fue observado qui una grand parte de los profesionales no son conscientes de la importancia de la realización de la recepción en la salud, porque con una escucha calificada podemos ayudar y guiar el usuá rio que lo permite un serviço eficaz y resolutivo. Concluimos que la recepción de la salud es una herramienta de trabajo fundamental para el aseguramiento de la calidad del servicio de salud ofrecida al usuario en todos los niveles de atención y también la aplicación de los principios y directrices del sistema unificado de salud. Hay muchas posibilidades, pero lo esencial es que todo el equipo separticipar en el proceso con el objetivo de la mejora de la asistencia. De esta manera, podemos ser multiplicadores de enfermeras de grandes agentes de las prácticas de la hostia y humanización en la asistencia, sobre todo para garantizar la aplicabilidad y eficacia de los principios y directrices de la SUS.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica. Brasília – MS, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 2)

COELHO, M.O; Tecnologia das Relações como Dispositivo do Atendimento Humanizado na

Atenção Básica à Saúde na Perspectiva do Acesso do Acolhimento e do Vínculo. Ciec Saúde Coletiva, 2009.

TEIXEIRA R R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Org.) Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. IMS-UERJ/ABRASCO: Rio de Janeiro; 2003.

TEIXEIRA, E et al. A propósito das Ciências do Cuidado em Saúde. Online Brazilian Journal of Nursing, Niterói (RJ), v. 12, n.3, p. 427-30 , Sep 2013.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. User embracement and social (de)medicalization: a challenge for the family health teams. Cienc Saude Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, suppl 3, p. 3615-3624, 2010.

56

VIEGAS, Anna Paula Bise; CARMO, Rose Ferraz; LUZ, Zélia Maria Profeta da. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. Saúde soc., São Paulo , v. 24, n. 1, p. 100-112, Mar. 2015 .

POSTER 94**AUTORES/AUTHORS:**

Rocío Núñez Maestre , Esther Maraver Capitán, Pablo Fernández León, María Teresa Baena Ariza, Isabel Domínguez-Sánchez, Joaquín Salvador Lima-Rodríguez

TÍTULO/TITLE:

La familia como sistema de apoyo ante la hospitalización: ¿Qué ocurre cuando el paciente pierde su sistema de apoyo?

Introducción: Ante la hospitalización del paciente, además de los problemas físicos causados por la enfermedad, se presentan cambios ambientales como las precauciones de aislamiento, cambios emocionales como soledad, impotencia, más ganas de dormir durante el día, cambios en hábitos alimentarios, entre otros, a los que se unen el impacto psicológico por la reducción de visitas de amigos y familiares o porque, algunos pacientes, se vuelven más dependientes de otras personas para su cuidado y distracción. Para el paciente, la hospitalización, supone, llegar a un lugar hostil en el que se produce una restricción en su estilo de vida y actividad, además de alejarle de sus familiares y amigos, disminuyendo su participación social. Para minimizar estas consecuencias es necesario contar con la familia como herramienta terapéutica, a favor de la persona hospitalizada, ya que la familia es un elemento condicionante y fortalecedor del proceso de salud-enfermedad del paciente.

Objetivo: analizar el estado del conocimiento sobre la importancia del sistema de apoyo familiar durante la hospitalización.

Metodología: Revisión sistemática, según las recomendaciones PRISMA en las bases de datos

Pubmed, Scopus, CINAHL y WoS, también se examinaron las listas de referencias de los artículos incluidos. Criterios de selección: Artículos originales, escritos en inglés, español y portugués, publicados en los últimos 5 años, referido la relación existente entre hospitalización y sistema de apoyo familiar. Con calidad metodológica fuerte o medrada. Se utilizaron como términos de búsqueda: Hospitalización, aislamiento, familia, paciente, impacto emocional, percepción, experiencia. En todo el proceso participaron dos investigadores independientes que llegaron a consensos. Se obtuvieron 1504 artículos. De acuerdo a los criterios propuestos, se seleccionaron 20 a partir de los cuales se elaboraron los resultados.

Resultados: La pérdida del sistema de apoyo, afecta al paciente hospitalizado a nivel físico, psicológico y en relación con su entorno. A nivel fisiológico, tiene lugar una peor evolución de los aspectos físicos de la enfermedad. A nivel psicológico, junto al sufrimiento de la enfermedad, pueden aparecer sentimientos de soledad, depresión, temor, incertidumbre, preocupación por la transmisión de la enfermedad, estigmatización en algunos casos o incluso miedo a morir. Referido al entorno, restricción de su estilo de vida y actividades y vulnerabilidad, que puede variar en función del tipo de unidad (cuidados intensivos, infeccioso, salud mental, pediatría, urgencias). El sistema de apoyo familiar puede atenuar los efectos de la hospitalización, proporcionando un sentimiento de bienestar y seguridad, favoreciendo el afrontamiento del estrés propio de la hospitalización. Permitir la colaboración de la familia en actividades que la vinculen con el cuidado del paciente proporciona tranquilidad y confianza, reduce la ansiedad y miedo y genera adaptación al proceso hospitalario.

Discusión: El diseño metodológico permitió alcanzar los objetivos propuestos al emplearse bases de datos nacionales e internacionales y se obtuvieron artículos con una calidad moderada-alta. Es necesario resaltar que la familia es quien mejor conoce la individualidad del paciente asociada a la satisfacción de sus necesidades, permitiendo ofrecer cuidados más personalizados y adaptados a las características del paciente, que los que puedan proporcionar los profesionales de la salud. A pesar de ser un recurso necesario y básico, en algunos servicios queda restringida la permanencia del familiar junto al paciente, lo que requiere de una mayor implicación de las enfermeras en la sustitución del apoyo familiar. El papel de enfermería en el ámbito hospitalario es vital ya que puede ofrecer confort y alivio del sufrimiento físico y espiritual, en un entorno que para el paciente es desconocido y hostil, debiendo además promover la presencia familiar durante la hospitalización y su implicación en los cuidados. Desde la disciplina enfermera, se considera que la separación del sistema de soporte en una situación estresante, pudiendo percibirse como una amenaza o peligro, dando lugar al diagnóstico de temor de acuerdo a la taxonomía NANDA. Desde el sistema de Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) se identifica la intervención (7140) Apoyo a la familia. Es preciso indagar sobre la incorporación de los cuidados familiares intrahospitalarios a los cuidados profesionales, ya que proporcionan resultados beneficiosos tanto para el paciente como para las propias enfermeras.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Almagá, E. B. (2014). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y salud*, 14(2), 237- 243.

- Arias Rojas, M. & García-Vivar, C. (2015). The transition of palliative care from the hospital to the home: a narrative review of experiences of patients and family caretakers. *Investigación Y Educación En Enfermería*, 33(3).
- Burns-Lynch, B., Murphy, A., Gill, K., & Brice, G. (2014). Persons in Recovery, Family Members, and Staff Perspectives of Psychiatric Crisis Needs. *American Journal Of Psychiatric Rehabilitation*, 17(2), 114-127. <http://dx.doi.org/10.1080/15487768.2014.903874>
- Cach-Castañeda, C., Tun-González, D., Vega-Morales, E., Rosado-Alcocer, L., & May-Uitz, S. (2015). Factores sociodemográficos y hospitalarios relacionados con el nivel de ansiedad en familiares con pacientes pediátricos. *Enfermería Universitaria*, 12(3), 102-109.
- Clarke, D., Winsor, J. (2010). Perceptions and Needs of Parents during a Young Adult 's First Psychiatric Hospitalization : " We ' re All on This Little Island and We ' re Going to Drown Real Soon ", *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 242- 247.
- Coughlin, C. (2012). An ethnographic study of main events during hospitalisation : perceptions of nurses. *Journal of clinical nursing*, 22, 2327-2337.
- Hwang B., Fleischmann K.E, Esquivel J.H., Stotts N.A., Dracup K. (2011) Caregiving for patients with heart failure: Impact on Patient's Families, *American Journal of Critical Care*, 20,431-442
- Noreña Peña, A. & Cibanal Juan, L. (2011). La experiencia de los niños hospitalizados acerca de su interacción con los profesionales de enfermería. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 19(6), 8.
- Pacheco, M., Spyropoulos, V., (2010). The experience of source isolation for *Clostridium difficile* in adult patients and their families, *The Canadian Journal of infection Control*,166-175.
- Torres Contreras, C. & Buitrago-Vera, M. (2011). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados. *Rev Cuid*, 2(1).
- Zambrano Plata, G., Jaydi Carolina, F., Lindarte Clavijo, A., Niño Bayona, C., Ramírez Rodríguez, N., & Rojas Bautista, L. (2010). Entre la incertidumbre y la esperanza: Percepciones y motivaciones de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (UCI). *Revista Ciencia Y Cuidado*, 7(1), 52-60.

POSTER 95**AUTORES/AUTHORS:**

PEDRO LASTRA CUBEL, ROSA MARIA FULLANA TUDURI, MARIA JOSE GOMEZ MARTINEZ, DANIELA HRISTOVA HRISTOVA, MARIA DE LLUC JAUME GUILLEM, NATIVIDAD MAYANS RIGO, JUAN ANTONIO MORENO MEDINA, CORAL ROJAS GARCIA, MARIA JOSE ROMAN ESQUINA

TÍTULO/TITLE:

CONFORT PARA CUIDADORES Y CUIDADOS EN SITUACION DE ULTIMOS DIAS ¿la enfermera se siente confortada?

1. OBJETIVO:

Evaluar la percepción de la enfermera en su atención a los pacientes en proceso de fin de vida.

Detectar si se ha realizado planificación de cuidados con el equipo de paliativos.

Conocer el manejo psicoemocional de las enfermeras que intervienen en el cuidado

2. METODOS: Se trata de un estudio cualitativo en que se ha realizado encuesta y entrevista con preguntas abiertas a enfermeras y auxiliares de enfermería que han atendido durante 5 meses en la unidad 1M del HU Son Espases a pacientes en proceso de fin de vida.

Se pasó la encuesta Bugen de afrontamiento a la muerte a dicho personal. Escala validada de 30 items con respuesta de valores de 0 a 7, siendo 0 el menos y 7 el más veraz.

La entrevista presentaba preguntas sobre la formación recibida en cuidados paliativos y preguntas abiertas relacionadas con las percepciones y sentimientos que se generaron en la atención a los pacientes que fueron atendidos en fin de vida y como se podía mejorar, si era posible, la atención.

Se realizó una búsqueda de las solicitudes de apoyo con equipo de soporte hospitalario especialista en cuidados paliativos.

3. RESULTADOS:

Durante un periodo de 5 meses fueron atendidos 20 pacientes con un proceso de fin de vida. Las enfermeras y auxiliares a las que se les paso la encuesta fueron un total de 32 aunque solo contestaron 14 a la encuesta y 13 respondieron a la entrevista.

La mayoría de ellas tenían una experiencia en el puesto de trabajo entre 5 y 10 años y en todos los casos atendieron algún paciente en el proceso de morir, pero 9 de ellas referían que no tenían ningún tipo de formación en cuidados paliativos y consideraban que no necesitaban formación sobre el tema.

Aunque la entrevista se realizó sin contacto entre ellas, la mayoría verbalizo la necesidad de las situaciones en fin de vida deberían ser "más tranquilas", con "más confort" "con más intimidad" y sobretodo "sin dolor".

En algunos casos manifestaban la necesidad de mejorar la comunicación con la familia y unificación de criterios. Hubo propuestas de realizar un protocolo o una vía clínica en esas situaciones y que en muchos casos se sentían solas y sin apoyo para atender a estos pacientes.

La manifestación de la necesidad de que hubiera algún experto que solventara las dudas que se presentaban les hubiera mejorado la atención al paciente y familia y hubieran percibido que se hacía las cosas correctamente.

La atención psicológica la consideraban imprescindible ya que a algunos familiares el duelo era complicado y después del proceso no sabían cómo iban a ser atendidos.

Debido a que el proceso asistencial te enfrenta a la propia muerte la necesidad de tener un espacio en el que comentar casos y dudas con el equipo y tener apoyo emocional podría conseguir que vivieran mejor ese proceso.

La mayoría manifestaba no estar preparado para afrontar su propia muerte y entendían los miedos que tenían y procuraban no pensar en ella aunque no tenían reparos en expresar ese miedo. La calidad de vida la anteponen delante la duración de ésta.

En ningún caso conocían la existencia de un equipo de soporte hospitalario, y se comprobó que se habían solicitado interconsulta en 2 ocasiones por parte de los médicos referentes de esos pacientes.

4. DISCUSION:

La igualdad a la hora de poder acceder a los recursos de unos cuidados paliativos debería estar garantizada y poder realizar los cuidados integrales en pacientes y familiares sin desatender las necesidades que tiene el personal que atiende a estos pacientes ya que el proceso de morir en muchas ocasiones no lo tiene integrado un personal que se ha formado para dar salud. El personal de esta unidad no se siente formado, a pesar de que ha atendido durante años de experiencia profesional, pacientes en el proceso de fin de su vida.

Es obvio que la comunicación debería mejorarse ya que las propias enfermeras enfatizan en "la necesidad de información" y en

ningún caso sabían de la existencia de un equipo de soporte en la atención a estos pacientes.

El cubrir las necesidades, tanto del paciente y familia como del personal que atiende en ese proceso, forma parte de los cuidados paliativos y todos tienen derecho a su acceso. El paciente tiene derecho a cuidados de calidad y la familia y la enfermería a vivir el proceso sin temor.

Es importante que haya un equipo multidisciplinar para atender a todos ya que el proceso de la muerte igual que el de vida es único en cada uno de nosotros. La formación y acompañamiento a través de estas experiencias deben ir acompañados a poseer de un espacio en donde poder hablar del tema sin tabúes. Esto puede hacer que sea menor el sufrimiento de la enfermera que ha atendido en ese proceso.

La presencia de un equipo experto como referente de paliativos en el hospital ofrece un apoyo en cuanto a tomas de decisiones y solución de dudas.

El hecho de que se haya realizado este estudio a las enfermeras de esta unidad no excluye que las necesidades del personal facultativo no sean las mismas.

La unificación de criterios a través de una vía clínica o formación del protocolo sería deseable para dar cuidados de confort con confianza y calidad para todos.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía:

1. Guedes Fontoura, E.; De Oliveira Santa Rosa, D. Vivencia de las enfermeras ante los cuidados en el proceso de muerte. *Índex de Enfermeria* [Índex Enferm] 2013; 22(1-2): 25-29
2. -Margarita Magaña Castillo* Ma. Lourdes Jordán Jinez* El Sufrimiento Espiritual y la Intervención de Enfermería. *Desarrollo Científico Enferm.* Vol. 13, Nº 6 Julio, 2005
3. -Martos Pérez AR. La enfermera ante el sufrimiento. *Índex de Enfermeria* [Índex Enferm] (edición digital) 2000; 30. Disponible en http://www.index-f.com.proxy1.athensams.net/index-enfermeria/30revista/30_articulo_62-63.php
4. - Libro blanco sobre normas de calidad y estándares de cuidados paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados paliativos Nº0 SECPAL2012

POSTER 96**AUTORES/AUTHORS:**

Beatriz Cortes-Zújar, Isabel Domínguez-Sánchez, María-Dolores Lora-Guzmán, Pablo Fernández-León, María-Teresa Baena-Ariza, Joaquín-Salvador Lima-Rodríguez

TÍTULO/TITLE:

¿Cómo afecta al sistema familiar la pérdida de uno de sus miembros? Revisión sistemática

Antecedentes y objetivos: El duelo se define como una reacción adaptativa natural, normal y esperable ante la pérdida. Es un acontecimiento vital estresante de primera magnitud, que se desarrollará en algún momento del ciclo vital de individuos y familias. La familia o sistema familiar es la unidad social primaria y universal, el primer ambiente social que conoce un ser humano, cuyas funciones principales no pueden ser sustituidas por otras organizaciones, y es que el ambiente familiar es el primer y más importante factor que afecta al desarrollo de los caracteres de los individuos, por lo que, el papel que juegan los padres, en el desarrollo y maduración de la personalidad del niño, es fundamental. Una pérdida afectará a la familia dependiendo de diversos factores socio-culturales, pudiendo causar importantes repercusiones en cuanto a la cohesión, adaptabilidad y funcionamiento, poniendo en riesgo de esta manera la salud familiar y su capacidad de funcionamiento efectivo. También podrían verse afectados de forma individual sus componentes, atendiendo a cada uno de los subsistemas familiares (parental, fraternal y conyugal) al que pertenezcan, de esta manera la pérdida de un hijo, un padre o un conyugue, contarían con expresiones diferenciadas en cada caso. Este trabajo tiene por objetivo conocer el estado actual del conocimiento sobre el modo en que afecta al sistema familiar la pérdida de uno de sus miembros, así como en los subsistemas que la conforman.

Método: Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica siguiendo las recomendaciones de la declaración PRISMA. La estrategia de búsqueda, basada en descriptores DeCS y MeSH, incluyó las bases de datos CINAHL, CUIDEN, DIALNET, LILACS, MEDES, MEDLINE, PSYCINFO, PUBMED y SCOPUS también se examinaron las listas de referencias de los artículos incluidos. Se incluyeron artículos originales, escritos en inglés o español, publicados en los últimos 5 años, relacionados con el objetivo del estudio. En todo el proceso participaron dos investigadores independientes que llegaron a consensos. Se localizaron 1705 artículos que tras un proceso de selección de acuerdo a los criterios propuestos, se obtuvieron 32.

Resultados: Atendiendo al tipo de diseño, 7 son estudios mixtos, 2 de metodología cuantitativa y 23 de metodología cualitativa; la muestra son padres, hermanos e hijos afectados tras la pérdida de un miembro del sistema familiar, con un tamaño muestral variable; suele ser amplio. El método de recogida de datos ha sido a través de entrevistas, escalas y cuestionarios; la mayoría de estudios se realizan en EEUU. El mayor número de estudios corresponde al año 2014; predominando el idioma inglés. La afectación va a variar en función del lugar que ocupa cada miembro en la familia. Para los padres la pérdida de un hijo, tiene consecuencias físicas, psicológicas, espirituales y sociales que pueden verse reflejadas en la cohesión, adaptabilidad y funcionamiento familiar, pudiendo además influir en la relación conyugal. Cuando la muerte se produce por causas violentas o repentinas pueden aparecer duelos complicados. La pérdida del cónyuge supone una falta de apoyo y sentimiento de soledad, que puede dificultar las tareas de crianza de los hijos. La pérdida de un padre para un niño será crucial en la vida de un niño, sobre todo si son pequeños o están en fases de desarrollo; ya que desaparece un pilar fundamental en sus vidas y tendrán una serie de privaciones afectivas; además de producirse un cambio total en la socialización, educación y orientación. La separación física permanente puede ser potencialmente traumática, pudiendo ser la pérdida de una madre más dolorosa que la de un padre, debido al vínculo existente. Los adolescentes suelen internalizar sus luchas, sentirse ansiosos tener pensamientos dolorosos. La muerte de un hermano les puede privar de una figura fundamental en el proceso de crecimiento y socialización. Se pueden producir cambios en las actividades, intereses y en la personalidad, teniendo consecuencias a nivel escolar, e incluso en las metas o perspectivas de vida. La información temprana se hace importante para disminuir las repercusiones a nivel psicológico.

Discusión: Dentro del sistema paterno-filial la muerte de un hijo causa repercusiones en la familia a nivel de cohesión, afrontamiento y adaptabilidad familiar, pudiendo además afectar a la relación conyugal. En cambio, la muerte de uno de los padres, no sólo afecta a los hijos; afecta al otro cónyuge, pudiendo perder un apoyo importante en su vida. Este cambio será crucial en la vida de un niño, sobre todo si son pequeños o en fases de desarrollo; ya que al desaparecer un pilar fundamental en sus vidas podrían aparecer privaciones afectivas; además de producirse un cambio en la socialización, educación y orientación; teniendo en cuenta, la influencia del nivel cultural, social y religiosa que contemple cada una de esas familias. Se hace importante conocer las diferentes formas en que puede afectar el proceso de duelo a los miembros de la familia. Las enfermeras deben desarrollar intervenciones específicas sobre cada uno de los miembros del sistema familiar, para prevenir la aparición de procesos de duelo complicado entre los miembros

de la unidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Albuquerque, S. (2016). Couple's Relationship After the Death of a Child: A Systematic Review. *Journal of Child and Family Studies*, 25(1), 30–53. doi: 10.1007/s10826-015-0219-2
- Bandura, A., Caprara, G.V., Barbaranelli, C., Regalia, C. & Scabini, E. (2011). Impact of family efficacy beliefs on quality of family functioning and satisfaction with family life. *Applied Psychology International Review*, 60(3), 421-448. doi: 10.1111/j.1464-0597.2010.00442.x
- Bergstraesser, E., Inglin, S., Hornung, R., & Landolt, M. a. (2014). Dyadic Coping of Parents After the Death of a Child. *Death Studies*, 1187, 37–41. doi: 10.1080/07481187.2014.920434
- Bugge, K. E., Darbyshire, P., Røkholt, E. G., Therese, K., & Haugstvedt, S. (2014). Young Children's Grief: Parents' Understanding and Coping, 36–43. doi: 10.1080/07481187.2012.718037
- Cerniglia, L., Cimino, S., & Ballarotto, G. (2014). Parental Loss During Childhood and Outcomes on Adolescents' Psychological Profiles: A Longitudinal Study, 545–556. doi: 10.1007/s12144-014-9228-3
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2011). Supporting children with traumatic grief: What educators need to know. doi: 10.1177/0143034311400827
- Harper, M., Connor, R. C. O., & Carroll, R. E. O. (2014). Factors associated with grief and depression following the loss of a child: A multivariate analysis, 19(3), 247–252.
- Minuchin, S. (1985). Families and individual development: Provocations from the field of family therapy. *Child Development*, 56, 289-302. doi: 10.2307/1129720
- Morris, A. T., Gabert-quillen, C., Friebert, S., Carst, N., & Delahanty, D. L. (2016). The Indirect Effect of Positive Parenting on the Relationship Between Parent and Sibling Bereavement Outcomes After the Death of a Child. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(1), 60–70. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.08.011
- Salakari, A., Kaunonen, M., & Aho, A. L. (2014). Articles Negative Changes in a Couple's Relationship After a Child's Death, 8(2), 193–209. doi: 10.5964/ijpr.v8i2.166
- Shapiro, D. N., Howell, K. H., & Kaplow, J. B. (2014). Associations Among Mother – Child Communication Quality, Childhood Maladaptive Grief, and Depressive Symptoms, 172–178. doi: 10.1080/07481187.2012.738771

POSTER 98**AUTORES/AUTHORS:**

Juliana da Costa Silva, Enéas Rangel Teixeira, Donizete Vago Daher, Fátima Helena Espírito Santo, Marléa Moreira Chagas

TÍTULO/TITLE:

Evaluando el cuidado de las heridas crónicas de los usuarios con úlcera venosa en unidades básicas de salud.

La úlcera venosa es un problema de salud pública que afecta a las vidas de muchas personas, con el fin de comprometer las actividades cotidianas y la convivencia social. En Europa y Australia, la incidencia oscila entre 0,3% y 1% de la población total, mientras que el mundo gira alrededor de 2.7%. Cuando las encuestas cubren activos y úlceras cicatrizadas, la prevalencia varía de 1% a 1.3%. (SILVA, 2012).

En Brasil, algunos autores estiman que casi el 3% de la población nacional tiene un tipo de lesión que se eleva al 10% en los diabéticos; 4.000.000 de personas serían afectadas por lesiones crónicas; así como algún tipo de complicación en el proceso de curación. (Smith, 2009). Estos datos demuestran la necesidad de acciones preventivas y profesionales cuidaran y tratan a las personas con úlceras de extremidad inferiores.

La úlcera de la pierna se caracteriza por pérdida circunscrita o irregular de la piel (DermIS o epidermis), subcutáneo y llegando a base de tejidos, que afecta a los extremos de las extremidades inferiores, en la mayoría de los casos relacionados con el sistema vascular arterial o venoso (PRADINES, 2014). Estas lesiones se producen generalmente en el tercio distal del aspecto medial de la pierna, cerca del maléolo medial, que corresponde al 70% a 90% de las úlceras de pierna, mostrando la alta tasa de repetición, llegando a 30%, cuando no se administran adecuadamente en el primer año y el 78% después de dos años (ABBADE, 2011). Independiente del grupo de edad afectado, causa impacto físico y psicosocial del individuo, tales como dolor, dificultad para moverse, limitaciones en el trabajo, prevención de actividades sociales, vergüenza de exponer sus piernas, las restricciones en deportes, ocio y restricciones a la vida matrimonial.

Por lo tanto toma el cuidado de resolver de modo adecuado, dirigido a la rehabilitación de la salud y retomar las actividades diarias. (SILVA, 2011). De hecho, el cuidado de la herida crónica comienza con el reconocimiento del tipo de lesión y directa atención adecuada, como la limpieza apropiada, que generalmente se realiza con solución salina 0.9%, reduciendo el riesgo de traumas y promueve un entorno favorable para la curación, para sean evaluados y hecha la elección del tipo de cobertura específica para cada tejido (SHAMS 2015).

Tenemos como objetivos; identificar las formas de cuidado con las heridas de las personas con úlcera venosa. Lo método de estudio es una investigación cuantitativa, observacional de tipo transversal con análisis descriptivo. Este estudio consiste en un recorte de un estudio realizado para obtención de lo título de maestría en Ciencias de lo Cuidado en Salud de la Escuela de Enfermería Aurora de Afonso Costa - UFF – Brasil - RJ, con la participación de 35 usuarios con úlcera venosa asistida en dos policlínicas de salud entre las edades de 21 y 84 años, residentes del municipio de Niterói-RJ. La elección de estos ocurrió probabilística casual, sin distinción de sexo. Los datos se analizaron mediante el programa estadístico R, que és un sistema de lenguaje S que ofrece un conjunto integrado de fácil uso a través de la manipulación de datos, cálculos y vista gráfica, que se utiliza también en una versión comercial (S-Plus). Resultados: 91.9% tienen úlcera venosa, 67% de estas heridas presente tejido de granulación. De estos, 81.8% hizo uso de apósitos prescritos por la enfermera, 54.5% de apósitos hechos por las enfermeras de las unidades de salud mostraron inadecuada para los tejidos expuestos y 9,1% realizaron apósitos en sus residencias utilizaron ungüentos y tés. Con respecto a la presentación de la herida expuesta, se convierte en crítica para la atención efectiva que el uso de apósitos específicos según el tipo de tejido influyen directamente en lo processo de curación. Sin embargo, después de la eliminación de la venda del apósito del día anterior, se observó que la conducta no se realizó como se esperaba, demostrando así la necesidad de entrenamiento en el sitio de trabajo para estos profesionales, con la intención de renovar y agregar nuevos conocimientos guiando a la atención a la persona con heridas crónicas con más eficacia y en su totalidad.

Conocer las formas de cuidado con las heridas crónicas de persona con úlcera venosa permite mejorar los estudios sobre el tema propuesto, para orientar, evaluar e intervenir con eficacia en el tratamiento de esta enfermedad, mejorar así la asistencia, reflejando en la salud del individuo como un todo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

XX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. A Coruña 2016. - 20th International Nursing Research Conference. A Coruña 2016.

- ABBADE, LPF; LASTORIA, S; ROLLO, HA. Venous ulcer: clinical characteristics na risk factors. *Int J Dermatol* 2011;50:405-11.
- ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2014 – www.abep.org – abep@abep.org- Acesso e, 21 outubro 2014.
- ABRAMO, Antonio Carlos e TEIXEIRA, Tatiana Tais. Carboinsuflação em úlceras crônicas dos membros inferiores. *Rev. Bras. Cir. Plást. (Impr.)* [online]. 2011, vol.26, n.2, pp. 205-210. ISSN 1983-5175. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752011000200005>.
- SILVA, Verlândia Medeiros; Murai, Holga Cardozo. Aplicabilidade da Teoria do Autocuidado: evidências na bibliografia nacional. *Rev Enferm UNISA*. 2012; 13(1): 59-63.
- SILVA, Francisca Alexandra Araújo da et al. Enfermagem em estomaterapia: cuidados clínicos ao portador de úlcera venosa. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2009, vol.62, n.6, pp. 889-893. ISSN 0034-7167. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000600014>.
- SILVA, IJ ; OLIVEIRA, MFV; SILVA, SED; POLARO, SHI; RADÜNZ, V; SANTOS, EKA; SANTANA, ME. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *REV ESC ENFERM USP* 2009; 43(3): 697-703.
- SILVA, Kalina Vanderlei; MACIEL, Henrique Silva. *Dicionário de Conceitos Históricos*. Ed. Contexto – São Paulo; 2006
- SILVA, Marcelo Henrique da et al. Manejo clínico de úlceras venosas na atenção primária à saúde. *Acta paul. enferm.* [online]. 2012, vol.25, n.3, pp. 329-333. ISSN 0103-2100. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000300002>.
- TAVARES, Ermelindo et al. Úlcera de Marjolin associada a ulceração e osteomielite crônicas. *An. Bras. Dermatol.* [online]. 2011, vol.86, n.2, pp. 366-369. ISSN 0365-0596. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962011000200026>.
- TRUJILLO, Olivera, Laura Elena, Nazar Beutelspacher, Austreberta. Autocuidado de diabetes: una mirada con perspectiva de género *Estudios Demográficos y Urbanos* [On-line] 2011, 26 (Septiembre-Diciembre) : [Data de consulta: 14 / septiembre / 2014] Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31223580004>> ISSN 0186-7210
- VARGAS, Jefferson Dutra. História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil: revisão de literatura. Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) Escola de Saúde do Exército. Programa de Pós-Graduação em Aplicações Complementares às Ciências Militares. Referências: f. 27-28 - Rio de Janeiro, 2008 28 f.
- WALDOW, Vera Regina. *Cuidado Humano. O resgate necessário*. 3 ed. Ed. Sagra Luzzato. 2001.

POSTER 99**AUTORES/AUTHORS:**

ARRATE GALO ANZA, OSANE DORRONSORO BARANDIARAN, ROSA SANCHO MARTINEZ

TÍTULO/TITLE:

PLAN DE FORMACION EN EL MANEJO DE COAGULOMETRO PARA EL AUTOCONTROL DOMICILIARIO DEL PACIENTE ANTICOAGULADO.

OBJETIVO GENERAL:

Conocer la opinión y satisfacción de los participantes acerca del proceso de formación e identificar aspectos susceptibles de mejora en dicho proceso

MATERIAL Y METODOS

Este programa de aprendizaje surgió como respuesta a una necesidad de formación en Autocontrol para llevar a cabo el PROYECTO DE INVESTIGACIÓN SOBRE CAPACIDAD DE UTILIZACIÓN DE UN COAGULOMETRO PORTATIL Y DE LA REALIZACIÓN DE AUTOCONTROL EN PACIENTES ANTICOAGULADOS (

<http://www.biomedcentral.com/1471-2261/13/59/prepub>). Se desarrolló un programa de formación específico para capacitar en el autocontrol y se evaluó para conocer su utilidad.

Estudio descriptivo-transversal desarrollado en 7 Centros de Salud de la Comarca Gipuzkoa entre Junio de 2012 y Noviembre del 2014. La muestra fue aleatorizada y ponderada en función de la población anticoagulada de cada centro de salud.

Se utilizó como instrumento de medida dos cuestionarios no validados y autocumplimentados por los participantes de preguntas cerradas, contruidos "ad hoc" para este proyecto que exploran la opinión de los participantes acerca de la capacidad docente, del propio proceso de aprendizaje, de las habilidades del participante al inicio y en el momento de realización del cuestionario, así como la satisfacción con el nuevo sistema de autocontrol.

Variables de estudio

- Edad, Sexo, tiempo anticoagulado.
- Satisfacción con la información recibida, número de sesiones, apoyo del profesional, herramientas utilizadas en el autocontrol, dificultades de aprendizaje, opinión general acerca del autocontrol, nuevos conocimientos adquiridos acerca de la anticoagulación, etc.

RESULTADOS

En el proceso de reclutamiento se necesitaron 1086 llamadas telefónicas de las cuales aceptaron acudir a la formación para iniciarse en el Autocontrol 406. De lo que aceptaron acudir a la formación no se presentaron el día de la cita 40, lo que supone un abandono inicial del (9.8 %).

Iniciaron el programa de formación 366 pacientes de los que 54 abandonaron antes de finalizar la formación, por diferentes motivos. Completaron la formación un total de 312 participantes, el 85,3% de los que iniciaron. De ellos hubo 12 pérdidas (fallecimientos y abandono del cuidador) en el seguimiento posterior hasta la realización del cuestionario a los 5 meses.

La adherencia a todo el proceso fue del 96,2%, en la que influyó la posibilidad de resolver dudas a través de teléfono las 24 horas del día.

El total de los participantes se distribuyó en dos grupos A y B:

grupo A, realizaron sólo un cuestionario a los 5 meses de finalizar la formación (N= 132)

grupo B, realizaron dos cuestionarios, uno al finalizar la formación y otro a los 5 meses de finalizada la formación (N=119).

En ambos grupos los participantes son mayoritariamente hombres siendo el participante más joven de 33 años y el mayor de 94 años no habiendo diferencias significativas entre ambos grupos.

Resultados GRUPO A

El 94 % se mostró muy satisfecho con la información recibida.

Las herramientas utilizadas se consideraron muy adecuadas en más del 60 %.

La comodidad de la sala fue bien considerada en el 85,7%

Solo el 0,8% consideraron como mejorable el apoyo profesional recibido.

El 3,8 % tuvieron dificultades con alguna herramienta al inicio del proceso reduciéndose al 1,6 % a los 5 meses de finalizada la formación.

Más del 90% consideraron que las guías "ad hoc" les ayudaron.

El 85,6 % se muestra satisfecho con el autocontrol y lo recomendaría a otras personas.

Resultados GRUPO B

El 99% se mostró muy satisfecho con la información recibida.

Más del 93,8% refirieron que las explicaciones recibidas acerca de las herramientas fueron adecuadas o muy adecuadas.

El 79,4% hicieron entre 3 y 4 sesiones. De todos los participantes, el 23,6 % manifestó necesitar más de 4 y el 17,5% menos de 3.

El apoyo profesional recibido fue mayoritariamente satisfactorio (84%), especialmente la disposición telefónica 24 horas.

El 6,2 % referían haber tenido dificultades con alguna de las herramientas utilizadas al inicio manteniéndose este porcentaje al los 6 meses de finalizada la formación.

Más del 93,8% consideraron que las guías "ad hoc" les ayudaron.

El 93 % se muestra satisfecho con el autocontrol y lo recomendaría a otras personas.

El 86,6 % manifestaron haber aprendido algo nuevo en el proceso de formación pero un 13,4 % manifestaron no haber aprendido nada nuevo.

Un tercio de los participantes suele leer información sobre su enfermedad.

El 56,7 % utiliza ordenador o tablets mayoritariamente en su domicilio

DISCUSIÓN

Este plan de formación ha sido valido para formar en el autocontrol a un grupo de participantes muy diverso en edad, situación personal (cuidadores), situación socio-sanitaria, creando un esquema adaptable y extrapolable a otros participantes anticoagulados y demostrando que es un instrumento válido para que los pacientes anticoagulados puedan desarrollar un papel activo en su Autocontrol. Los resultados del análisis de este plan de formación realizado demuestran la buena opinión y gran satisfacción que tienen de este plan así como del Autocontrol en sí mismo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1.-Etapas del Proceso Investigador: Instrumentación;

TOMAS GARCIA ALMENDRALEJO; MARZO 2003

http://www.univsantana.com/sociologia/El_Cuestionario.pdf

2.-Evaluación del aprendizaje para promover el desarrollo de competencias

LOURDES VILLARDON GALLEGO UNIVERSIDAD DE DEUSTO; Educatio siglo XXI, 24.2006 pp.57-76

<http://revistas.um.es/index.php/educatio/article/viewFile/153/136>

3.-Evaluación de Programas

JOSE TEJADA FERNANDEZ CIFO , 2004

http://www.dipujaen.es/export/sites/default/galerias/galeriaDescargas/diputacion/dipujaen/formacion/centro-documental/Evaluacixn_programas_de_formacixn.pdf

POSTER 100**AUTORES/AUTHORS:**

Juliana da Costa Silva, Enéas Rangel Teixeira

TÍTULO/TITLE:

Enfoque socio-cultural y los factores de riesgo para el desarrollo de la hipertensión arterial.

La Hipertensión arterial (SAH) puede ser entendido como la presentación de los niveles de blood pressure sistólica de 140 mmHG y presión arterial diastólica por encima de 90 mmHG en adultos. Es una enfermedad considerada en gran parte responsable del aumento de la insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio y la insuficiencia renal. Popularmente se llama el "asesino silencioso" porque la persona que sufre hipertensión arterial (HA) generalmente no presentan síntomas.

Estadísticamente, según datos del Ministerio de salud "la prevalencia estimada de hipertensión arterial en Brasil es actualmente el 35% de la población más de 40 años. En cifras absolutas esto representa un total de 17,000,000 de portadores de la enfermedad, según una estimación de 2004 por el Instituto Brasileño de estadísticas (IBGE) de geografía. Alrededor del 75% de las personas utiliza el sistema unificado de salud (SUS) para recibir atención en la atención básica ".

Profesionales de la salud requieren de constantes esfuerzos para ayudar al tema de hábitos de vida poco saludables y destacar las medidas beneficiosas para contrarrestar el malestar causado por la elevación del pico de PA. Para ello, es esencial la participación del sujeto en Autocuidado para poner remedio a los males derivados de la hipertensión.

En la teoría de autocuidado desarrollada por Orem Dorothea, considera que el individuo debe ser capaz de realizar sus actividades diarias, mientras la enfermería auxiliar en este proceso sólo como esta acción no se desarrolla eficientemente, por lo que la necesidad de realización de la atención, generar desviaciones de la salud, que requieren la implementación de acciones específicas según la situación en la que está inserta (leopardo 1999).

Señala que la decisión del cliente en el proceso de adhesión en los cambios en su estilo de vida es de importancia crucial en el éxito de la prevención. Así que, es a reconocer las consecuencias que podrían llevar a la Agencia y tiene los métodos para la atenuación de la hipertensión arterial a través de prácticas saludables, cambio de estilo de vida sabiendo vivir con cronicidad en la vida cotidiana. Se ha observado que un cambio de estilo de vida aceptado y puesto en práctica por los pacientes puede erradicar o disminuir el tratamiento farmacológico. Por lo que es crucial para una mirada distinguida del paciente con respecto a la adopción de prácticas de ejercicio físico, dieta equilibrada, no uso de drogas ilícitas y lícitas, exteriorización de sentimientos, tiempo para el ocio y la relajación técnica para reducir el estrés, sueño y descanso.

Los objetivos; identificar los factores de riesgo que influyen en la salud del sujeto con la hipertensión, describir los hábitos de vida que influyen en el control de la presión arterial, analizar los resultados con el enfoque socio-cultural. Método es un estudio de investigación cualitativa, descriptivo y exploratorio. Fue realizada una revisión cuidadosa de 35 usuarios entrevistados en una policlínica en el municipio de Niterói-RJ. Fue realizado una recopilación de datos sobre los pacientes hipertensos donde reveló la realidad y la vida cotidiana del sujeto en relación con la salud, mediante el análisis de contenido de Bardin. Resultados: Fue demostrado en las principales categorías y factores que conducen a la agravación de la hipertensión arterial: relación de la infancia/adolescencia; vida familiar, social y afectiva; cuidados personales. Em la discusión se observó que la mayoría de los encuestados son consciente cuando se les preguntó del daño que puede causar alta presión al cuerpo como un todo, pero pocas actividades dirigidas a la prevención para evitar las complicaciones que pueden conducir a hipertensión son realizadas. Concluimos que lo cuidado com la salud también es una responsabilidad de los profesionales de la salud presentar una forma de guiarlos en cuanto a los tratamiento adecuado para reducir a los mínimo posibles los daños a la salud, reforzando así la idea de que es fundamental cambiar los hábitos de vida, para tener el bienestar emocional, psicológico y físico de estas personas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

CADE NV. A teoria do déficit de autocuidado de Orem aplicada em hipertensas. Rev Lat Am Enferm 2001; 9(3):43-50.

ERDMANN AL, SIVA CRL, VIANA DL, et al . Sistema cardiovascular. Cap. 4. p. 167-204. In: Figueiredo NMA, Viana DL, Machado WCA (coordenadores) Tratado prático de enfermagem, volume 1/. 2^a Ed, São Caetano do sul, SP: Yendis editora, 2010.

FONTELES JL, SANTOS ZMS, SILVA MP, Estilo de vida de idosos hipertensos institucionalizados: análise com foco na educação em saúde, Rev. Rene. Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 53-60, jul./set.2009

FRANCIONI FF, COELHO MS. A superação do déficit de conhecimento no convívio com uma condição crônica de saúde: a percepção da necessidade da ação educativa. Texto Contexto Enferm. 2004 Jan-Mar; 13 (1): 156-62) .

MINAYO, MC S. (Org.) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003

Ministério da Saúde (BR). Controle da Hipertensão Arterial: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro (RJ): CDCV/NUTES; 1993

POSTER 102**AUTORES/AUTHORS:**

Sofía De Santiago Ochoa, Beatriz Cruz Canales, Javier Fernández Hurtado de Mendoza

TÍTULO/TITLE:

Medida del flujo inspiratorio: adecuación de los inhaladores de polvo seco a los usuarios del Centro de Salud Goya

Introducción: La EPOC es una enfermedad respiratoria que se caracteriza por una obstrucción crónica, progresiva y no completamente reversible al flujo aéreo, por una reacción inflamatoria anómala a partículas nocivas o gases (1,2).

Diagnosticada precozmente, puede instaurarse un tratamiento que permita al paciente el control de los síntomas, la prevención de las complicaciones y limitación de la progresión de la enfermedad (1). El tabaco es el factor de riesgo más importante en el desarrollo de EPOC (3).

En España presenta una prevalencia del 9,2% (14,3% en hombres y 3,9% en mujeres) entre los 40 a 69 años. Es la tercera causa de muerte (4). En el año 2013 la Comunidad de Madrid presentó el Plan Estratégico en EPOC (1) donde enfermería tiene un papel protagonista, en consonancia con el Plan Estratégico de Crónicos (5). Parte fundamental del tratamiento de estos pacientes es el uso de medicamentos por vía inhalada. Los inhaladores se encuentran generalmente en tres formatos: en forma de cartuchos presurizados, en forma de nebulizadores y los dispositivos de polvo seco (6). Los inhaladores de polvo seco (IPS) generan un aerosol de polvo. El flujo inspiratorio debe ser lo suficientemente fuerte como para lograr una correcta desagregación y dispersión del fármaco (7).

Los errores más comunes: no vaciar los pulmones completamente, no aguantar la respiración, la inhalación no es rápida y profunda, fase de carga, la colocación adecuada de la boquilla entre los labios y la posición correcta del inhalador (8). Muchos pacientes no alcanza el flujo inspiratorio mínimo requerido por el IPS que utilizan (9). Para medir el flujo inspiratorio máximo que es capaz de alcanzar una persona, existe el dispositivo portátil In-Check Dial® (10), que simula la "resistencia interna" de varios inhaladores y mide el flujo inspiratorio. (11-13). El depósito del medicamento con IPS no se consigue en algunos pacientes con bajas tasas de flujo inspiratorio, así como en personas de avanzada edad (7, 11) y en mujeres (13-14).

Objetivos: Observar el porcentaje de pacientes con adecuación de su tratamiento de IPS en relación a su capacidad inspiratoria máxima, identificar fallos en la técnica y analizar aquellas variables que podrían influir en esto.

Metodología: Estudio transversal, observacional. A través del dispositivo medidor del flujo inspiratorio máximo, se recogieron tres mediciones consecutivas para finalmente seleccionar la mayor de las tres (10,11).

Discusión: Nuestra muestra fue de 35 pacientes. 60% eran varones, con edad media de 75,6 años y DS de 9,5 años. Por categorías, <70 años el 25,7% (n=9), 70 - 79 años el 42,9% (n=15) y >80 años o más el 31,4% (n=11). El IMC fue de 27,4 de media con DS de 5,48. Por categorías resultando que el 5,7% tenía bajo peso (definido como IMC25). En diferentes estudios se ha observado que el IMC influye a largo plazo en la supervivencia de los pacientes con EPOC, de manera que un IMC inferior a 25 empeora la supervivencia (2). Hay un aumento de la prevalencia de la obesidad y el sobrepeso en los pacientes con EPOC leve-moderada, lo que hace que aumente el grado de disnea, disminuya la tolerancia al ejercicio y aumente el riesgo de padecer comorbilidades (15). El 14% no habían sido nunca fumadores, y de los que sí habían fumado, el 20% seguían haciéndolo. El IPA de fumadores y exfumadores fue de media de 71,7 paquetes/año con DS de 42,35. Según estudios, el riesgo absoluto de desarrollar EPOC entre fumadores está entre el 25 y 30%, siendo el riesgo es proporcional al consumo acumulado de tabaco, pasa del 260% en los fumadores de 15-30 paquetes al año, al 510% en los fumadores de más de 30 paquetes al año (2,3,15).

Los pacientes utilizaban 1 o 2 de los siguientes 6 IPS: Accuhaler (28,6%), Genuair (8,6%), Handihaler (54,3%), Turbuhaler (25,7%), Breezhaler (22,9%) y Nexthaler (5,7%). El 45,7% de los usuarios de IPS utilizaban dos de ellos. La adecuación de los IPS al flujo inspiratorio alcanzado por los usuarios fue elevado (91,4%), pero no fueron capaces de alcanzar el flujo en los tres intentos un 74,3%. En otros estudios la adecuación es menor (5 de 12 alcanza el flujo mínimo) (9). Casi el 43% de ellos realizaba la técnica olvidando algún paso importante o realizándolo de forma incorrecta. Los puntos más críticos fueron: El vaciado del aire de los pulmones previo a la inhalación (34,3%), retener el aire en los pulmones unos segundos tras la inhalación del fármaco (28,6%), la inhalación de manera rápida y profunda (8,6%) y en un caso la carga incorrecta del dispositivo.

Alcanzaron adecuación al flujo requerido por su IPS (p=0,056), el 100% de los hombres (n=21) frente al 78,6% de las mujeres

(n=11). El tabaquismo no se relacionó con una mayor adecuación. Tampoco el IMC pareció influir.

Alcanzaban flujos suficientes el 95,7% (p=0,27) de los vaciaban pulmones frente al 83,3% que se saltaban este paso. La adecuación a menor edad del paciente (p=0,07). La media de edad de los pacientes con flujos suficientes fue de 74,7 años (DS 9,1) frente a los que no, 85 años (DS 10,8). Varios estudios comprobaron como con edades mayores el flujo inspiratorio era menor, (7,11,14).

El 33,3% de los hombres realizó la técnica completa sin errores frente al 57,1% de las mujeres (p=0,163).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Consejería de Sanidad. Plan Estratégico en EPOC de la Comunidad de Madrid. 2013.
2. Myriam C, Alvarez M, Castillejo M, Cataluña J. Atención Integral Al Paciente Con EPOC. 2010.
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_468_EPOC_AP_AE.pdf
3. Sanidad MDE, Igualdad SSE. Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). 2012.
4. Miravittles M, Soler-cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Antonio J, et al. Guía española de la EPOC (GesEPOC). Actualización 2014. 2015;50(Supl1):1–16.
5. Consejería de Sanidad; Ministerio de Sanidad SS e I. Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid. 2013.
6. Área de asma de SEPAR; Área de enfermería de SEPAR; Departamento de asma ALAT. Consenso SEPAR-ALAT sobre terapia inhalada. Arch Bronconeumol. 2013;49(Supl 1):2–14.
7. Janssens W, et al. Inspiratory flow rates at different levels of resistance in elderly COPD patients. EurRespir J. 2008;31(1):78–83.
8. Sanchis J, et al. Inhaler devices e From theory to practice. RespirMed. Elsevier Ltd; 2013;107(4):495–502.
9. Farré N, et al. Medida del flujo inspiratorio máximo: un valor seguro en el control del paciente neumológico. II Congreso Internacional, VIII Congreso Nacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria. Barcelona; 2012.
10. HS Clement Clarke International. In-check DIAL. Instrucciones de uso. 2010;
http://www.clement-clarke.com/Portals/0/1902806_In-ChDIAL_6TandS_Exportissue_4.pdf
11. Amirav I, et al. Measurement of peak inspiratory flow with incheck dial device to simulate low-resistance (Diskus) and high-resistance (Turbohaler) dry powder inhalers in children with asthma. Pediatr Pulmonol. 2005;39(5):447–51.
12. Chrystyn H. Is inhalation rate important for a dry powder inhaler? Using the In-Check Dial to identify these rates. Respir Med. 2003;97(2):181–7.
13. Van der Palen J. Peak inspiratory flow through Diskus and Turbohaler, measured by means of a peak inspiratory flow meter (In-Check DIAL®). Respir Med. 2003;97(3):285–9.
14. Malmberg LP, Ryttilä P, Happonen P, Haahtela T. Inspiratory flows through dry powder inhaler in chronic obstructive pulmonary disease: age and gender rather than severity matters. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2010;5:257–62.
15. Soler Cataluña JJ, Martínez García MÁ. Factores pronósticos en la EPOC. Arch Bronconeumol. Elsevier; 2007 Dec 1 [cited 2016 Feb 12];43(12):680–91.

POSTER 103**AUTORES/AUTHORS:**

Cristina Blánquez Moreno, Nora Selvi Miralles, María Ortega Carmona, Laia Gené Huguet, Nuria Sánchez Ruano, Amparo Hervás Docón

TÍTULO/TITLE:

Talleres para mejorar las habilidades de los profesionales en educación de inhaladores a la población, ¿son útiles?

OBJETIVO

Comparar el grado de conocimiento del personal sanitario perteneciente a dos Centros de Atención Primaria (CAP) pre-post realización de una clase teórica y taller práctico sobre diferentes dispositivos de inhalación: Turbuhaler (Turb), Accuhaler (acc), Handyhaler (Hand), Easyhaler (Easy), Breezehaler-Aerolizer (B-A), Cartucho presurizado (MDI), Cámara de inhalación (SC), Respimat (Res), Novolizer-Genuair (N-G) y Nexthaler (Next). Saber si el conocimiento de la técnica ha mejorado o no. La entrevista "post" se realizó 5 meses tras el taller práctico.

MÉTODOS

Estudio pre-post intervención en dos CAP urbanos sobre el grado de conocimiento de la técnica de utilización de los dispositivos de inhalación: Turb, Acc, Hand, B-A, Easy, MDI, SC, Res, G-N y Next. Participaron 53 personas entre médicos de familia (MF) y enfermeras (ENF). Se excluyó a los que padecieran enfermedad respiratoria que requiriera uso de inhaladores y a los que no dieron su consentimiento para participar. Se aceptó a los participantes sanitarios que ejercieran como MF o ENF en uno de los dos centros del estudio y que dieran su consentimiento. En la entrevista individual "pre" se preguntó a cada profesional si conocía el manejo de los 10 dispositivos, dejándole cada dispositivo sin principio activo para realizar una demostración de su uso. Se registraron los pasos a seguir en la técnica, considerando error la omisión de indicación, según la guía de educación sanitaria en asma de la Semfyc. Después se realizaron una clase teórica y un taller práctico. Tras 5 meses se volvió a realizar la misma entrevista para comparar resultados. Se preguntó si asistieron a la clase teórica y taller. La clase teórica y el taller se impartieron en cada centro de forma grupal. En la sesión teórica se enseñaron los dispositivos, diferencias, indicación, dosis, efecto deseado, interacciones y efectos secundarios. En el taller práctico se entregaba un inhalador a un voluntario, después los investigadores hacían una demostración de la técnica correcta corrigiendo errores. La duración de la clase teórica y taller fue de una hora. Se usaron dispositivos placebo. Las variables estudiadas fueron: Edad, sexo, categoría profesional, grado de conocimiento medido en porcentaje de aciertos. Los resultados se expresaron en porcentajes, medias y desviación estándar.

RESULTADOS

Terminaron 53 participantes, 40 mujeres (75.5%) con una media (DE) de 42 (22-62) años. El 52% asistió a la clase teórica y el 45.3% al taller práctico. Los tres dispositivos más conocidos de manera general fueron, el MDI y SC (100%), el Handy (96.2%). Los tres dispositivos más conocidos por MF fueron, por el 100%, el MDI, SC y Turb. Por ENF fueron, por el 100%, el MDI y la SC, y Turb y Hand por el 95.5%. Hubo un incremento generalizado de conocimientos. Los dispositivos donde el aumento de conocimiento fue mayor, el personal en general: Next de un 21.7% a un 73%, B-A del 42% al 84.9% y Res del 37.7% al 79.2%. MF mejoró sobre todo con Next, del 24.4% al 87.1%, B-A, del 43.9% al 90.3%, y G-N y Res, del 51.2% al 93.5%. ENF mejoró en los dispositivos Easy, del 3.6% al 54.5%, Res, del 17.9% al 59.1% y B-A del 39.3% al 77.3%. MF obtuvo mayor nivel de conocimientos que ENF.

DISCUSIÓN

Se encuentra que un taller teórico-práctico aumenta la sabiduría del personal sobre los dispositivos de inhalación. Diversos estudios evalúan el conocimiento del personal y pacientes, tanto en CAP como hospital^{1,2}, y los resultados son algo más bajos. En un estudio realizado en el Servicio de Urgencias de un hospital³, el 90% del personal conocía el MDI, el 62% el Turb y el 50% el Acc. Díaz-López et al⁴, vió que el 85.4% de ENF de diversos servicios de un hospital creía conocer y realizar optimamente la técnica del MDI y SP, pero el 70.3% realizó mal la técnica. En un centro escolar⁵ vieron el 28% de MF y el 15% de ENF utilizaban correctamente el MDI y SC. En general se valoran los dispositivos MDI, SC, Turb y Acc. Nosotros hemos valorado 10 dispositivos de inhalación. El tratamiento inhalado está a la orden del día. Es un método cómodo y eficaz para el paciente permitiéndole obtener un efecto inmediato y con pocos efectos secundarios. De todas formas, la realización de una buena técnica para obtener el beneficio terapéutico es básica, lo que hace imprescindible una correcta enseñanza de su técnica. Hay valorar varios aspectos del paciente para poder adecuar al máximo el dispositivo más indicado, adecuándolo a sus limitaciones. Existe desconocimiento por parte de los pacientes y esto puede ser debido en gran parte al desconocimiento por parte del personal. En un estudio realizado por Alamoudi⁶, se les preguntó a los médicos residentes acerca del conocimiento sobre diferentes inhaladores y si habían recibido formación, y el

100% de los residentes respondió que no habían recibido formación formal. Cada día salen nuevos sistemas de inhalación, dificultando la actualización en los dispositivos. Sería interesante una formación continuada del personal para actualizar conocimientos, también que hubiera una persona referente encargada de dichas actualizaciones y formación al resto del equipo. Si el personal está formado, instruirá correctamente al paciente, aprovechando al máximo su tratamiento inhalador.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Plaza V, Sanchis J, Roura P, Molina J, Calle M, Quirce S, Viejo JL, Caballero F, Murio C. Physicians' knowledge of inhaler devices and inhalation techniques remains poor in Spain. *J Aerosol Med Pulm Drug Deliv.* 2012 Feb;25(1):16-22. doi: 10.1089/jamp.2011.0895. Epub 2011 Nov 2.
- 2- Ordóñez, P; Nieto, C; Oliveros, R; Padilla, Y; Rodríguez, S; Sanz, M^a Mar y cols. Programa de educación sanitaria al paciente con EPOC en el Hospital Alto Guadalquivir de Andujar. *Biblioteca Lascasas*, 2009;5(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0443.php>
- 3- García, A; Odriozola, G; Galera, J; Bernal, M; Rodríguez, B; Rabell, M. Manejo de inhaladores por los profesionales sanitarios de un servicio de urgencias. *Centro de Salud*, 2002, 10 (4): 221-223.
- 4- J. Díaz, J; Cremades, M; Carrión, F; Maya, M; Fontana, I; Cuevas, E. Valoración del manejo de los inhaladores por el personal de enfermería en un hospital de referencia. *AN. MED. INTERNA (Madrid)* Vol. 25, N.º 3, pp. 113-116, 2008.
- 5- Muchão FP, Perín SL, Rodrigues JC, Leone C, Silva Filho LV. Evaluation of the knowledge of health professionals at a pediatric hospital regarding the use of metered-dose inhalers. *J Bras Pneumol.* 2008 Jan;34(1):4-12.
- 6- O.S. Alamoudi, O.S.; .Al-Mohammadi, R. Internists in training; what do they know about inhalers?. *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*, Vol. 13, No 1, 2007

POSTER 107**AUTORES/AUTHORS:**

Elvira Hernández Domingo, Verónica Velasco González

TÍTULO/TITLE:

NOTIFICACIÓN ENFERMERA EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

OBJETIVOS:

Analizar las Reacciones Adversas Medicamentosas (RAM) notificadas durante los 6 meses de seguimiento de una cohorte de 137 pacientes en tratamiento inicial con antipsicóticos, describir la importancia de la notificación enfermera de RAM tanto en proyectos de investigación como en la práctica clínica y destacar el papel de la Enfermería en investigación para el desarrollo de la autonomía de la profesión y la prestación de cuidados basados en la evidencia científica.

MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo desarrollado a partir de la revisión de las sospechas de RAM detectadas en una muestra de 137 pacientes incluidos en el Estudio Ícaro (<http://www5.uva.es/estudioicaro/>), en el que todas las sospechas de RAM fueron notificadas por la enfermera-monitora al Centro de Farmacovigilancia de Castilla y León. Los datos revisados, todos ellos anonimizados, corresponden al periodo de tiempo comprendido entre marzo de 2009 y diciembre de 2014. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, tratamiento antipsicótico y RAM notificadas. Se ha calculado la frecuencia de RAM en relación a las características sociodemográficas de la muestra y la presencia de RAM en mono/politerapia; además, se ha realizado la revisión de las Fichas Técnicas de los antipsicóticos incluidos en el estudio con el fin de asociar cada RAM notificada al fármaco correspondiente, calcular la frecuencia de notificaciones por antipsicótico y clasificar las RAM por órganos y sistemas, de acuerdo a la clasificación empleada en las mismas. Los resultados obtenidos se presentan en forma de frecuencias y porcentajes. Los análisis fueron realizados con el programa Microsoft Excel 2010.

RESULTADOS:

De los pacientes que componen la muestra, 49 (35,8%) presentaron al menos un efecto adverso, siendo los mayores de 55 años quienes presentaron una menor frecuencia de RAM (22,5%; n=11) respecto a los de edades inferiores. En relación al sexo, no se pueden establecer diferencias. El patrón de tratamiento preferente ha sido risperidona con un 46,7% (n=64), quetiapina con un 21,9% (n=29) y olanzapina con un 18,2% (n=25). La risperidona fue el fármaco con mayor notificación de RAM, 46,2% (n=43). Al comparar la frecuencia de notificaciones de RAM de cada fármaco respecto a su uso, la olanzapina fue el que presentó mayor porcentaje 64% (n=16), mientras que el de menor frecuencia de aparición de RAM fue la quetiapina 13,8% (n=4). El 77,6% de los pacientes con RAM fueron tratados con un único antipsicótico, mientras que el 22,6% restante con más de uno. Los principales efectos adversos producidos por los antipsicóticos son los trastornos metabólicos, destacando el aumento de peso con una incidencia del 43%, seguido por los trastornos del sistema nervioso (28%) entre los que predominan los temblores, y en tercer lugar los trastornos psiquiátricos (9,7%) siendo el principal la agitación psicomotriz.

DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA:

El continuo manejo de medicación por parte de Enfermería requiere una adecuada formación en Farmacovigilancia para un minucioso control de los riesgos potenciales producidos por el consumo de los fármacos y para una correcta notificación de las RAM detectadas durante la práctica clínica y el desarrollo de los proyectos de investigación; ya sean ensayos clínicos o estudios observacionales.

El uso de antipsicóticos atípicos en el tratamiento de patologías mentales graves se ha incrementado en los últimos años debido a la menor producción de síntomas extrapiramidales respecto a los clásicos. Sin embargo presentan otro tipo de RAM, sobre todo relacionadas con el aumento de peso y otras alteraciones cardiometabólicas. Los efectos adversos asociados a la terapia antipsicótica conllevan la aparición de nuevos problemas de salud, el incumplimiento terapéutico y provocan el aumento de la morbimortalidad de los pacientes con patologías psiquiátricas graves. Para una mayor detección y tratamiento de estos efectos adversos, es necesario fomentar y formar al personal de Enfermería en la notificación de RAM tanto en la práctica clínica como en la monitorización de proyectos de investigación.

Por otro lado, el papel de la enfermera, como monitora en estudios de investigación, va ligado a la realización de educación para la

salud en cada entrevista con el paciente, dónde podría incidir en una alimentación y actividad física adecuadas como prevención de las alteraciones producidas por los tratamientos antipsicóticos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Información para las notificaciones de sospechas de reacciones adversas a medicamentos por parte de profesionales sanitarios [Internet]. Madrid: AEMPS; 2015 [última actualización: 13 de abril de 2015] Disponible en:
<http://www.aemps.gob.es/vigilancia/medicamentosUsoHumano/SEFV-H/NRA-SEFVH/docs/notificaSospechas-RAM-profSanitarios.pdf>
2. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Cómo se regulan los Medicamentos y Productos Sanitarios en España [Internet]. Madrid: AEMPS; 2014. Disponible en:
http://www.aemps.gob.es/publicaciones/publica/regulacion_med-PS/v2/docs/reg_med-PSv2-light.pdf
3. Real Decreto 577/2013, de 26 de julio, por el que se regula la Farmacovigilancia de medicamentos de uso humano. (Boletín Oficial del Estado núm. 179, del 27 de julio de 2013).
4. Manso G., Hidalgo A., Carvajal A., de Abajo FJ. Los primeros 25 años del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano [Internet]. Oviedo: Ediciones de la Universidad de Oviedo; 2010. Disponible en:
<http://www.unioviedo.es/gaife/documentos/libro25aniversario/libro.pdf>
5. Jimeno N., Velasco V., Escudero A., Guerra D., Gómez R., Prieto R., Carvajal A. Estudio multidisciplinar de seguimiento del peso corporal en una cohorte de pacientes en tratamiento inicial con antipsicóticos. Valladolid: Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid; 2012
6. Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS – CIMA. Fichas Técnicas [Internet]. AEMPS. Disponible en:
<https://www.aemps.gob.es/cima/fichasTecnicas.do>
7. Carvajal A., García J. Utilización de antipsicóticos en España (1992-2006) [Internet]. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antipsicoticos.pdf>
8. Velasco V. Determinantes del aumento de peso producido por los antipsicóticos. Un estudio de cohortes. [Tesis doctoral]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2015.
9. Cooper S.J., Reynolds G.P. BAP guidelines on the management of weight gain, metabolic disturbances and cardiovascular risk associated with psychosis and antipsychotic drug treatment. *Journal of Psychopharmacology*; 2016.
10. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Notificación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos de uso humano [Internet]. AEMPS. Disponible en: <https://www.notificaram.es/>

POSTER 108**AUTORES/AUTHORS:**

M^a LUISA RODRIGUEZ NAVAS, PEDRO PASTOR BALLESTEROS, PILAR ELOLA VICENTE, M^a JESUS FERNÁNDEZ TORRES, M^a CRUZ NÁJERA SANTOS, DANIEL ABAD MARTÍN, M^a ISABEL ADILLO MONTERO, ANA BELEN ARREDONDO PROVECHO, SANTIAGO FERNÁNDEZ REDONDO

TÍTULO/TITLE:

PLAN FORMATIVO PARA ACREDITACION DE OBSERVADORES DEL CUMPLIMIENTO DE HIGIENE DE MANOS SEGÚN MODELO DE LA OMS

INTRODUCCION

La higiene de manos es la medida más eficaz y menos costosa para reducir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS). Mejorar su cumplimiento es un objetivo estratégico de los sistemas de salud y de la OMS. Un método de referencia para evaluar el cumplimiento es la observación de la práctica de higiene de manos (HM) según la metodología de la OMS. Una desventaja de este método es la interpretación que hace el observador de las definiciones y de la situación, por ello una formación ayuda a homogeneizar los criterios de la observación de HM.

OBJETIVO

Organizar un plan de formación con el fin de capacitar a los participantes para realizar observación de la práctica de HM utilizando el modelo de la OMS, con el fin de aumentar la fiabilidad de los datos.

MÉTODO

Estudio descriptivo de un plan de formación dirigido a los profesionales sanitarios implicados en la prevención y control de infecciones y seguridad del paciente. Para ello, se reúne un grupo de profesionales de enfermería pertenecientes a la Asociación Madrileña de Enfermería Preventiva (AMEP), con formación específica y experiencia en observación de higiene de manos. El plan de formación se desarrolla con contenidos teóricos y prácticos, siguiendo la metodología de la OMS. Los alumnos reciben con antelación por correo electrónico bibliografía relevante que deben revisar y estudiar antes de realizar la parte presencial. Esta última se desarrolla en una jornada de 10 horas, con formación teórica y práctica con un alto grado de interacción entre profesorado y alumnos. La evaluación del curso se realiza con un test de conocimientos teóricos y resolución de casos prácticos. El curso está acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid-Sistema Nacional de Salud con dos créditos de formación.

RESULTADOS

Se han realizado ocho ediciones del curso durante el año 2015 hasta abril de 2016, se ha formado un total de 245 alumnos. Lograron la acreditación el 88,98% (218). El 11,02% (27) estuvieron en seguimiento para superar los criterios de evaluación. El 40,81% (100) de los alumnos procedían de fuera de la Comunidad de Madrid (Navarra, Cataluña, País Vasco, Andalucía, Castilla y León, Castilla la Mancha, Asturias, Islas Baleares, Islas Canarias, y Comunidad Valenciana). Por categorías profesionales, el 79,18% (194) fueron enfermeras, 16,73% (41) médicos, 2,85% (7) auxiliares de enfermería, 0,81% (2) técnicos especialistas en radiología, 0,40% (1) celadores.

La evaluación global de la calidad del curso percibida por los alumnos de las ocho ediciones realizadas fue de 9,05 sobre 10 y la valoración del profesorado de 9,17 sobre 10.

DISCUSIÓN

No hemos encontrado en la literatura ningún trabajo similar al nuestro con el que poder comparar nuestros resultados. Tras nuestra experiencia, consideramos que la metodología de la OMS nos proporciona las herramientas necesarias para poder observar la práctica de HM con fiabilidad; con la formación, aplicando esta metodología, conseguimos que la interpretación de la terminología y de las situaciones observadas sea más homogénea y de esta manera aumentamos el impacto sobre la fiabilidad de los datos recogidos lo que nos permite la comparación de los resultados. Tras los buenos resultados obtenidos, consideramos recomendable implementar esta intervención en la práctica habitual en los centros asistenciales con el fin de homogeneizar criterios y mejorar el impacto de la observación del cumplimiento de higiene de manos.

Conflicto de intereses

Se declara que en la realización de este estudio no existe ningún conflicto de intereses por parte de los autores

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.- World Health Organization. Manual técnico de referencia para la higiene de las manos [Internet]. 2010. Recuperado a partir de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102537/1/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf
- 2.- WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. World Health Organization [Internet]. 2009;30(1):270. Recuperado a partir de: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf.
- 3.- Organización Mundial de la Salud. DIRECTRICES DE LA OMS SOBRE HIGIENE DE LAS MANOS EN LA ATENCIÓN SANITARIA (BORRADOR AVANZADO): RESUMEN [Internet]. Ginebra; 2005. Recuperado a partir de: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/Spanish_HH_Guidelines.pdf
- 4.- Organización Mundial de la Salud. Marco de autoevaluación de la higiene de las manos 2010. 2010; Recuperado a partir de: http://www.who.int/gpsc/country_work/hhsa_framework_es.pdf?ua=1
- 5.- Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S, et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. Infection Control Programme. Lancet (London, England) [Internet]. ENGLAND; octubre de 2000;356(9238):1307–12. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11073019>.
- 6.- Pittet D. Clean hands reduce the burden of disease. Lancet 2005;366:185-7
- 7.- Pittet D, Donaldson L. Clean Care is Safer Care: a worldwide priority. Lancet . 2005;366:1246-7
- 8.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de manos [Internet]. 2009. Recuperado a partir de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102536/1/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf?
- 9.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Higiene de las manos: ¿por qué, cómo, cuándo? [Internet]. 2012. Recuperado a partir de: http://www.who.int/gpsc/5may/tools/ES_PSP_GPSC1_Higiene-de-las-Manos_Brochure_June-2012.pdf.

POSTER 109**AUTORES/AUTHORS:**

Xosé Manuel Meijome Sánchez, Lorena García Cordero, Ana María Prieto Blanco, Antonio Basante Rodríguez, Oscar Villar Fernandez

TÍTULO/TITLE:

COMBATIENDO EL SARM CONOCER LO QUE CONSEGUIMOS PARA MEJORAR COMO LO HACEMOS

1. Objetivo(s)

Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de los casos de pacientes colonizados por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM) en nuestro hospital para conocer las fortalezas y debilidades del protocolo actual y encontrar oportunidades de mejora.

2. Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de los casos en los que se realizó descolonización de paciente portador de SARM registrados en nuestra base de datos desde 2008 hasta 2016.

3. Resultados

Durante el período 2008-2016 se registraron 432 episodios de descolonización en 316 pacientes portadores de SARM con una media de edad de 76,43±12,75 años en el momento del 1º cultivo positivo con un predominio significativo de la población masculina (71,2%). Del total de descolonizaciones iniciadas 44,91% se completó con éxito comprobado mediante frotis nasal de control negativo. 4.17% de las descolonizaciones no tuvieron éxito (frotis de control positivo). De un 29,17% de las descolonizaciones iniciadas no consta que se completaran; en un 3,94% del total de los casos por fallecimiento del paciente. Un 21.76% de las descolonizaciones se completaron pero no se pudo comprobar su resultado mediante frotis nasal; en este caso un 2.31% del total de casos por fallecimiento del paciente. La mortalidad global es del 72%; entre los pacientes fallecidos los que tuvieron fracaso en la descolonización fallecieron antes que los descolonizados (178 días desde el 1º cultivo frente a 202 días desde el 1º cultivo). Los pacientes que no completaron el tratamiento de descolonización o no se pudo comprobar su resultado mediante frotis nasal presentan de forma significativa un mayor número de reingresos (1±0,96 vs 1,5±1,47 p=0,05) y un menor período de tiempo entre los mismos (297,68 días vs 246,92 p<0,05); también se observan diferencias en la estancia media por reingreso entre los grupos según la efectividad del tratamiento (20,27 días en el grupo de los descolonizados vs 24,61 días en el grupo de los no descolonizados).

4. Discusión

El establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológico ha permitido iniciar de forma precoz el tratamiento de descolonización. La falta de integración con los otros servicios del centro o del área de salud determina que en muchos casos los pacientes no completen el tratamiento o no se realice el test de control tras el alta hospitalaria. Es necesario mejorar la base de datos integrando los datos de origen de los pacientes para conocer la posible incidencia del SARM en centros sociosanitarios dado que toda la literatura existente los señala como un origen muy probable de pacientes colonizados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Harbarth S, Fankhauser C, Schrenzel J, et al. UNiversal screening for methicillin-resistant staphylococcus aureus at hospital admission and nosocomial infection in surgical patients. JAMA. 12 de marzo de 2008;299(10):1149-57.
2. Rodríguez-Baño J, Bischofberger C, Álvarez-Lerma F, Asensio Á, Delgado T, García-Arcal D, et al. Vigilancia y control de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina en hospitales españoles. Documento de consenso GEIH-SEIMC y SEMPSPH. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. mayo de 2008;26(5):285-98.
3. Nillius D, von Müller L, Wagenpfeil S, Klein R, Herrmann M. Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* in Saarland, Germany: The Long-Term Care Facility Study. PLoS One [Internet]. 13 de abril de 2016 [citado 20 de agosto de 2016];11(4). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4830541/>

POSTER 113

AUTORES/AUTHORS:

Angela Iglesias de la Iglesia, Fernando Pérez Adan, Vanessa Moreno González, Angelines Rodríguez González, Maximiliano García Pérez de León, Fernando Parody Iglesias, Matilde Arlandis Casanova

TÍTULO/TITLE:

MUSICOTERAPIA, RELAJACIÓN E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Introducción

La expresión corporal acompañada de música, es una forma de manifestar los estados anímicos y la vida interior con el gesto, el sonido, la actitud y el movimiento. Todo se centra en conectar la música con el movimiento, proporcionando a los pacientes herramientas de expresión no verbal. Integramos gimnasia armónica, biodanza, técnicas de respiración y relajación utilizando métodos diferentes según se muestre el grupo durante la sesión.

La Musicoterapia, pues, genera una serie de procesos de cambio, con objetivos terapéuticos. Es una intervención no invasiva, efectiva y rentable que contribuye a que los enfermeros creen un ambiente que facilita la promoción de la salud y el bienestar del paciente. Las intervenciones elegidas nos ayudan a crear un ambiente terapéutico y nos permiten humanizar las unidades de psiquiatría.

Utilizamos la combinación de dos intervenciones de enfermería: Musicoterapia (NIC 4400) y Relajación Simple (NIC 6040) en grupos de pacientes con diferentes diagnósticos psiquiátricos, en unidades de rehabilitación, mejorando dos Diagnósticos Enfermeros: el 0069 Afrontamiento inefectivo y 00146 Ansiedad, integrando las intervenciones como prescripción de cuidados enfermeros en el plan individualizado de rehabilitación.

Introducción

La expresión corporal acompañada de música, es una forma de manifestar los estados anímicos y la vida interior con el gesto, el sonido, la actitud y el movimiento. Todo se centra en conectar la música con el movimiento, proporcionando a los pacientes herramientas de expresión no verbal.

Integramos gimnasia armónica, biodanza, técnicas de respiración y relajación utilizando métodos diferentes según se muestre el grupo durante la sesión.

La Musicoterapia, pues, genera una serie de procesos de cambio, con objetivos terapéuticos. Es una intervención no invasiva, efectiva y rentable que contribuye a que los enfermeros creen un ambiente que facilita la promoción de la salud y el bienestar del paciente. Las intervenciones elegidas nos ayudan a crear un ambiente terapéutico y nos permiten humanizar las unidades de psiquiatría.

Utilizamos la combinación de dos intervenciones de enfermería: Musicoterapia (NIC 4400) y Relajación Simple (NIC 6040) en grupos de pacientes con diferentes diagnósticos psiquiátricos, en unidades de rehabilitación, mejorando dos Diagnósticos Enfermeros: el 0069 Afrontamiento inefectivo y 00146 Ansiedad, integrando las intervenciones como prescripción de cuidados enfermeros en el plan individualizado de rehabilitación.

Método: Diseño observacional-descriptivo-transversal

La población media fue de 10 pacientes de rehabilitación ingresados en el Hospital Rodríguez Lafora de Madrid. Criterios de inclusión: dar previamente su conformidad para participar.

Personal que realizó la intervención: 3 Enfermeras 2 auxiliares de Enfermería. El material: Reproductor de CDS y CDS variados.

Instrumentos musicales de fácil manejo. Se realizó de 17 a 18 horas una vez por semana. La técnica en una primera fase: Saludos y presentación en círculo, posteriormente calentamiento, tras ello movimientos libres de expresión corporal, biodanza, gim armónica, juegos, expresión de sentimientos y emociones con imitación y reconocimiento del lenguaje no verbal. En la segunda fase: aromaterapia, técnicas respiratorias, cuencos tibetanos, masaje indirecto, técnicas de relajación. Por último despedida y cierre del taller. Reunión posterior del equipo tras la sesión, valoración, registro y preparación de la siguiente sesión. Se ha realizado y validado una escala de valoración de elaboración propia sobre la influencia de la actividad en los pacientes, evaluando los siguientes indicadores NOC: Nivel de atención, expresión corporal, capacidad para expresar emociones y capacidad de relajación

Resultados: A partir de la décima sesión los pacientes comienzan a integrar el método, mientras que a partir de la sesión número 20, la media en los resultados ha sido: en cuanto al nivel de atención de ser el 50%. ha pasado a ser de un 80%. En cuanto a la expresión corporal de un 40% ha avanzado hasta un 82%. Sobre la capacidad de expresar emociones que al inicio era de un 32% al

final de las sesiones fue de un 76%, y por último en cuanto a la capacidad de relajación de un 32% se pasó a un 70%.

Discusión: Se ha conseguido incidir sobre dos diagnósticos enfermeros el 0069 Afrontamiento inefectivo y 00146 Ansiedad, como NOC se eligió la autoestima y como NIC la terapia de relajación simple y la Musicoterapia. El nivel de atención, la expresión corporal, la expresión de emociones y la capacidad de relax mejoraron de forma cualitativa. Por lo tanto, podemos afirmar que la Musicoterapia y la Terapia de relajación simple son intervenciones relacionadas con nuestras taxonomías enfermeras y además son atinentes para aquellas personas con los diagnósticos NANDA especificados. Son Intervenciones no invasivas, efectivas y rentables que contribuyen a que los enfermeros creen un ambiente que facilite la promoción de la salud y el bienestar del paciente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Johnson M. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones: interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2ª ed. Madrid: Elsevier, 2006.

Moorhead S [et al.]. Clasificación de resultados enfermería (NOC) 4ª ed. Madrid. Elsevier, 2008.

Bulechek G M [et al.]. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 5ª ed. Madrid. Elsevier, 2008.

ALVIN, J.: (1978), Musicoterapia. Buenos Aires.

BENZON, R.: (1989), Manual de Musicoterapia. Buenos Aires.

BRUSCIA, K.: (1997), Definiendo Musicoterapia. Salamanca.

DEL CAMPO VICENTE, P.: (1995), "Musicoterapia Proceso Creativo y Proceso Terapéutico".

POSTER 116**AUTORES/AUTHORS:**

Seval Aker, Serpil Yüksel

TÍTULO/TITLE:

Determining the Factors that Determine Treatment Compliance among Hypertensive Patients Undergoing Dialysis

Introduction: Longer life expectancy, along with today's rapid developments in medicine and technology, has led to an increase in the incidence of chronic disease around the world (Rambod & Rafii, 2010; WHO 2011). Chronic Renal Failure (CRF) is one of the more serious chronic diseases, and is usually present with other chronic diseases such as hypertension. CRF requires lifelong treatment and management. It affects people in many ways, and reduces the quality of life (Li et al., 2014; Atik et al., 2015; Pehlivan et al., 2016). Until a kidney transplant can be successfully completed, the preferred treatment for patients who have lost their renal functioning is hemodialysis. Peritoneal dialysis and hemodialysis are regarded as lifesaving treatments (Chilcot et al., 2010; Kugler et al., 2011; Boothby & Salmon, 2013; Li et al., 2014; Balim et al., 2016; Pehlivan et al., 2016). Hemodialysis treatment can lead to an inability to perform certain roles, and a deterioration in the perception of general health perceptions in the short term; it can lead to mental problems in the long term. These problems negatively affect the patient's quality of life, as well as compliance to the treatment (Mellon et al., 2013; Ahrari et al., 2014; Balim et al., 2016). Hypertension is difficult to control and treat since high blood pressure requires the use of multiple antihypertensive medicines. Therefore, raising awareness on the importance of treatment compliance in hypertensive hemodialysis patients is important in order to increase the effectiveness of the treatment (Baraz et al., 2010; Chan et al., 2012; Mellon et al., 2013; Ahrari et al., 2014; Balim et al., 2016).

Objective: This study was performed as a phenomenological, qualitative investigation of the factors determining treatment compliance in hemodialysis patients, the importance of these factors, and how they relate to each other.

Method: The study population consisted of 115 patients receiving hemodialysis treatment in the Private Nefro Bolu Dialysis Center. The study sample consisted of 10 patients selected from the patients who met the inclusion criteria. Appropriate authorizations and consent to perform the study were obtained from the facility where the study was performed, the ethical committee and the participating patients. In-depth individual interviews by the investigator with the help of a semi-structured interview form were conducted to collect the information between August 1 and August 24, 2011. The recorded data were evaluated by inductive content analysis. Content analysis allowed the identification of 26 codes for factors influencing treatment compliance. These codes were then categorized in seven broader categories.

Results: The patients' average age was 48.1+14.45 years, the duration of previous hemodialysis treatment was 6.35+3.75 years, and that of previous treatment for hypertension was 5.2+3.33 years. The patients stated that their health/disease perception was affected by their previous experiences, and by having a chronic, long-term disease. They suffered from psychological effects of the disease, and experienced hopelessness and physical fatigue. The duration of previous treatment was six to 10 years for those patients who expressed that the chronic character of the disease affected their perception of disease/health. Patients aged over 40 had greater physical fatigue post dialysis; eight of the patients experienced or had experienced problems related to their recommended diet. Dependence on a machine, physical limitation, the difficulty of eating outside the home, social isolation, and financial problems were found to affect the work life and social life of the patients. Receiving hemodialysis treatment three or four days a week, not leaving home except to receive hemodialysis treatment, having to be cautious when using the arm in which the catheter is placed, and financial difficulties were found to negatively affect the patients. The factors that affect the coping skills of the patients were found to be the existence of social support, acceptance, underestimation and distraction.

Discussion: This study supports the findings that disease perception is an important determinant regarding treatment compliance, and improved quality of life in patients with CRF. Another study found that a proper diet, receiving education about the disease, and having psychological support affected the health/disease perception (Baraz et al. 2010). The present study, unlike the aforementioned study, found that the previous experience with disease of the patients and their families, the disease being long-term, physical fatigue, negative psychological effects of the disease, and hopelessness affected the health/disease perception.

Conclusion: The findings showed that the factors that affect treatment compliance in hypertensive hemodialysis patients are health/disease perception, the quality of work and social life, fear, expectations, diet/liquid limitation, and receiving education and knowledge about the disease.

Key Words: Hemodialysis, hypertension, chronic renal failure, treatment compliance

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ahrari, S., Moshki, M., Bahrami, M. (2014). The relationship between social support and adherence of dietary and fluids restrictions among hemodialysis patients in Iran. *Journal of Caring Sciences*, 3(1), 11-19.
2. Atik, D., Atik, C., Asaf, R., Cinar, S. (2015). Hemodiyaliz hastalarında algılanan sosyal desteğin sosyal görünüş kaygısına etkisi. *Medicine Science*, 4(2), 2210-2223.
3. Balim, S., Çınar Pakyüz, S. (2016). Hemodiyaliz hastalarının sivi kısıtlamasına uyumlarının değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 1, 35-43.
4. Baraz, S., Parvardeh, S., Mohammadi, E., Broumand, B. (2009). Dietary and fluid compliance: an educational intervention for patients having hemodialysis. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 60-68.
5. Boothby, M.R.K., Salmon, P. (2013). Öz Yeterlilik ve hemodiyaliz tedavisi: nitel ve nicel bir yaklaşım. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(2), 84-93.
6. Chan, Y.M., Zalilah, M.S., Hii S.Z. (2012). Determinants of compliance behaviours among patients undergoing hemodialysis in Malaysia. *pLoS One*, 7(8), e41362.
7. Chilcot, J., Wellsted, D., Farrington, K. (2010). Illness representations are associated with fluid nonadherence among hemodialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 68 (2), 203-212.
8. Kugler, C., Maeding, I., Russell, C.L. (2011). Non-adherence in patients on chronic hemodialysis: an international comparison study. *Journal of Nephrology*, 24(3), 366-375.
9. Li, H., Jiang, Y.F., Lin, C.C. (2014). Factors associated with self-management by people undergoing hemodialysis: a descriptive study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(2), 208-216.
10. Mellon, L., Regan, D., Curtis, R. (2013). Factors influencing adherence among Irish haemodialysis patients. *Patient Education and Counseling*, 92(1), 88-93.
11. Pehlivan, F., Yüksel, S., Ahsen, A., Coskun, K.S., Güzel, H.I., Mayda, H. (2016). Kronik böbrek yetmezliği olan hastaların mizaç ve karakter özellikleri ve yaşam kalitesi. *ODÜ Tıp Dergisi*, 3, 13-16.
12. Rambod, M. & Rafii, F. (2010). Perceived social support and quality of life in Iranian hemodialysis patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(3), 242-249.
13. WHO-World Health Organization. (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

POSTER 121**AUTORES/AUTHORS:**

Pablo Jesús López Soto, Juan Manuel Carmona Torres, Patricia Luque Carrillo, Aurora García Arcos, M^a Aurora Rodríguez Borrego

TÍTULO/TITLE:

Falls and autonomy in community-dwelling elder people: Dichotomy in temporal patterns

Objective: Falls in community-dwelling elder people are a common and serious problem. Falls can be produced by several factors, so it is necessary to know all risk factors of falls to deal this problem. In this line, dependence of the person and time of fall have been considered important factors to carry out comprehensive preventive measures (López-Soto et al., 2015; López-Soto et al., 2016; Manfredini et al., 2011). The aim of this study was to know the perception of health professionals according to the time of fall and the autonomy of community-dwelling elder people.

Methods: A qualitative analysis was carried out. Four focus groups (in four primary centers of a city in Southern Spain) with four healthcare professionals (in total: 9 nurses and 7 general practitioners) were conducted using a semi-structured interview guideline; and at the same time, other healthcare professionals of the same centers the questionnaires (in total: 7 nurses and 9 general practitioners). All focus groups were audio-recorded, verbatim transcribed, and analyzing according to Bardin's qualitative content analysis.

Results: Participants perceived that independence in Activities of Daily Living (ADL) was a risk factor for falls and a determinant of the circumstances - where, how, what and when. They refer to the temporal variables of fall, coinciding in the perception of a greater number of falls during summer. In addition, health professionals perceived that falls getting out of bed were relevant and during the morning, with no consensus in the day with the highest incidence, although there was a greater awareness for the weekend. Health professional expressed that both improvement and deterioration in activities of daily living (ADL) cause falls in elderly people, perceiving two temporal patterns according to the autonomy of the person.

Discussion: Participants perceived the existence of two patterns of falls according to the autonomy of the elderly people. They expressed that increased autonomy in elder people causes falls because they are more confident when performing ADL and exposed to an increased risk (Stenhagen, Ekstrom, Nordell, & Elmstahl, 2014) with higher morning trend. On the other hand, in those more dependents falls were associated with activities related to the elimination, frailty (Krauss et al., 2005) and social isolation (Health Quality Ontario, 2008); and in this case, the incidence was higher during evening-night was perceived. Therefore, prevention measures in falls have to be tailored to the autonomy of the elder person and time of fall. We believe additional refinement of the instituted prevention program based upon the findings of this study can reduce fall risk of the elderly and positively impact patient safety.

Keywords: Falls, autonomy, temporal patterns, community-dwelling elderly

Acknowledgements: Thanks to Fundación MAPFRE for the financial support; and healthcare professionals to participate. We stated to have no potential conflict of interest

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Health Quality Ontario. Social isolation in community-dwelling seniors: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser.* 2008;8(5):1-49.
- Krauss MJ, Evanoff B, Hitcho E, Ngugi KE, Dunagan WC, Fischer I, et al. A case-control study of patient, medication, and care-related risk factors for inpatient falls. *J Gen Intern Med.* 2005;20(2):116-22.
- Lopez Soto PJ, Manfredini R, Smolensky MH, Rodríguez-Borrego MA. 24- hour pattern of falls in hospitalized and long-term care institutionalized elderly persons: A systematic review of the published literature. *Chronobiology International.* 2015;32(4):548-56.
- López-Soto PJ, Smolensky MH, Sackett-Lundeen LL, De Giorgi A, Rodríguez-Borrego MA, Manfredini R, Pelati C, Fabbian F. Temporal patterns of in-hospital falls of elderly patients. 2016 [epub ahead]
- Manfredini R, Volpato S, Gallerani M, Pelati C, Signani F, Sessa G, et al. When hospital patients fall: preliminary data from Ferrara, Italy. *J Am Geriatr Soc.* 2011;59(6):1144-6.
- Stenhagen M, Ekstrom H, Nordell E, Elmstahl S. Both deterioration and improvement in activities of daily living are related to falls: a 6-year follow-up of the general elderly population study Good Aging in Skane. *Clin Interv Aging.* 2014;9:1839-46.

POSTER 124**AUTORES/AUTHORS:**

MELTEM YILDIRIM, MERYEM HARBELIOGLU, MERVE KALAYCI, GIZEM SAVAS, ADEM YILDIRIM

TÍTULO/TITLE:

Nursing Students' Perception of Intensive Care and Affecting Factors

Introduction and Aim: Every nursing student is a possible candidate for being an intensive care nurse. However, while some nursing students are planning their career on intensive care nursing, some others never want to work in an Intensive Care Unit (ICU). The factors affecting nursing students' decisions for working or not working in ICUs are not so clear. Therefore, this was the first study which aims to investigate nursing students' perception of intensive care and affecting factors in selecting a career as an ICU nurse.

Method: This cross-sectional study was conducted in the nursing department of a private university in Istanbul, Turkey with written permission from the university management. The data collected between February 15-26, 2016 with 123 voluntary nursing students. The data collection instrument was created by the researchers in parallel with the related literature. Statistical analysis was done by SPSS 21.0 package program with descriptive analysis, Pearson Chi-Square test, and Fisher's Exact Chi-Square test.

Findings: Among all the nursing students, 67.5% was attending to clinical practice, and among those students, 71.1% have been attending to clinical practice mostly in public hospitals, and only 15.7% have had the opportunity to do practice in an ICU. It was found that 21.1% of all students were wishing to work in an ICU after graduation; in addition the ones who answered as "maybe" to this question were 56.1%. Nearly one in four students (21.1%) have had an educational program related to ICU. Among the students who were watching series and movies with medical stories; 76.9% stated that their perception of ICU is affected by these broadcasts. Slightly more than half of the students (54.4%) were thinking that the patients in ICUs are terminally ill ones; while 23.6% stated that terminally ill patients should be taken care in ICUs. In the comparative analysis, it was found that the students who were attending to clinical practice were less likely to work in an intensive care unit after graduation ($p < 0.05$). Among the students who were thinking that terminally ill patients shouldn't be in ICUs, 3rd and 4th grade students were significantly higher; while 1st and 2nd grade students were more likely to answer as "I don't know" ($p < 0.05$).

Discussion: It was found that nursing students' perception can be affected by clinical practices, grades, and related TV broadcastings. In addition, it should be noted that 3rd grade students have studied an elective course named "Critical Care Nursing"; while 3rd and 4th grade students were attended to two Palliative Care Symposiums that were held in their university. Therefore it can be seen that theoretical education and scientific programs were helpful on creating positive perception related to intensive care. It can be suggested that nursing educators should consider adding courses related to intensive care nursing into their programs, collaborate with ICU nurses in clinical practices, and create opportunities for the students for attending scientific events. On the other hand TV broadcasts have a really strong role in creating new perceptions or changing the old ones; so that the media specialist should always collaborate with medical advisors for avoiding to create false perceptions.

Keywords: intensive care, intensive care nursing, nursing student, perception

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

.

POSTER 126**AUTORES/AUTHORS:**

Carla Sílvia Neves da Nova Fernandes Fernandes, Goreti Filipa Marques, Bruno Miguel Magalhães

TÍTULO/TITLE:

The use of the Photovoice method in nursing studies – An Integrative Review

Objective:

Photovoice is a qualitative method, being a participatory research process in which all participants identify their experiences through photographs, promoting the discussion of important topics (Sousa et al. 2012; Carvalhais & Sousa, 2013). That has been used in nursing given that much information can be obtained through this method (Galvão et al., 2013). It was originally developed by Wang, Burris, and Ping in working with rural residents in China (1996). The collection of data through photovoice is a participatory research method (qualitative) in which participants identify their experience through photography (Image) and discuss it in groups (voice) (Carvalhais & Sousa, 2013). This study aimed to identify and analyze trends based on scientific evidence using photovoice in nursing studies.

Method:

The present study aims to combine the existing knowledge on the use of photovoice in nursing through an integrative review. Taking into account the knowledge that was intended to be synthesized, the review had the following question as its starting point: "What is the use of photovoice in nursing research?" The integrative review is a method that provides synthesizing knowledge and incorporating the applicability of significant study results into practice; it is the most comprehensive methodological approach regarding revisions (Souza et al., 2010). An integrative literature review of full texts was carried out including the databases PubMed, LILACS, CINAHL, and Web of Science in the period between 2010 and 2016. Literature screening was conducted based on the following descriptors: photovoice, nurses, nursing, nurse. Review articles were excluded and only studies focusing solely on nursing were included. After analysis according to the established inclusion criteria, 11 articles were selected from the 38 articles found.

Results:

Analysis of the obtained scientific evidence allowed for organizing the results into three thematic areas:

Single instrument/Complementary Instrument

Photography is a tool which has not only been used technically, as evidenced in its broad use in treating wounds, but also in other aspects such as registering feelings and perceptions, thereby becoming a useful research tool for single or complementary data collection (Galvão et al., 2013). Regarding its use as a research tool, all the analyzed studies had the use of the photovoice method as a data collection instrument in common, with some as single instrument (Racine et al., 2011; Sousa et al., 2012; Carvalhais et al., 2013; Garner et al., 2013; Postma et al., 2014; Olausson et al. 2014; Teti et al., 2013; Evans-Agnew, 2015; Arestedt et al., 2016; Stegenga et al., 2016;), and only one as a complementary instrument (Barrow et al., 2015).

Thematic areas of method application

Photovoice is flexible for adapting to various topics of research and intervention (Sousa et al. 2012). A diversity of themes can be observed in the analyzed studies. Two of the studies address caring for older adults (Sousa et al., 2012; Carvalhais et al., 2013). Garner et al. (2014) addresses nursing education in India. Barnett et al. (2015) uses the method as an intervention on the issue of violence among teenagers. Racine et al. (2011) addresses the theme of post-colonial feminism. Evans-Agnew (2015) uses the method with young asthmatic African Americans. Arestedt et al. (2016) addresses the meaning of family welfare for families living with chronic diseases. Postma et al. (2014) analyzes perceptions and concerns related to environmental health of children. Olausson et al. (2014) analyzes the experiences of nurses in intensive care units. Teti et al. (2013) uses photovoice as a tool to facilitate empowerment among women with HIV. And lastly, Stegenga et al. (2016) uses photovoice to explore life perspectives of young people with Sickle-cell anemia.

Differences in method utilization

Photovoice develops in several phases: conceptualization of the problem, definition of goals and objectives, selecting and recruiting participants and conducting photovoice, in which the photographs are usually taken by participants (Sousa et al., 2012). In analyzing the selected studies regarding method application, differences in its implementation can be observed. Using a focus group through the use of photography and interviews were the most mentioned instruments in the different studies.

Discussion:

An integrative review allowed us to stress the use of photovoice as an important tool for nursing research, teaching and practice. The

areas studied in the nursing field using this method are quite diverse. The objective of its use in the different studies was to motivate participants to develop their creativity from capturing images that portray their reality, allowing them to have a critical and reflective look (Barrow et al., 2015). Analysis of this scientific production map using the method allows us to assert its use in the most diverse areas of nursing knowledge. Although scientific research directed solely toward the use of this method are still scarce, we suggest developing new studies using photovoice given its potential as a participatory and reflective instrument.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Arestedt, L., Benzein, E., Persson, C., & Rmgrad, M. (2016). A shared respite - The meaning of place for family well-being in families living with chronic illness. *International Journal of Qualitative Studies*, 11
- Brandão N., Waldemar, Silva, Marta Iossi, Aquino, J., Lima, Luciane Soares de, & Monteiro, Estela Maria Leite Meirelles. (2015). Violência sob o olhar de adolescentes: intervenção educativa com Círculos de Cultura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(4), 617-625.
- Carvalhais, M., & Sousa, L. (2013). Qualidade dos cuidados domiciliares em enfermagem a idosos dependentes. *Saúde e Sociedade*, 22(1), 160-172.
- Evans-Agnew, R. (2016). Asthma management disparities: A photovoice investigation with african american youth. *Journal of School Nursing*, 32(2), 99-111.
- Galvão, M, De Oliveira Alexandre, Herta, Dantas, Patrícia, Vieira De Lima, Ivana Cristina, & Moura Lopes, Emeline. (2013). Uso da fotografia no processo do cuidar: tendências das ações de enfermagem. *Ciencia y enfermería*, 19(3), 31-39.
- Garner, S. L., Raj, L., Prater, L. S., & Putturaj, M. (2014). Student nurses' perceived challenges of nursing in india. *International Nursing Review*, 61(3), 389-397.
- Marques, B & Miranda, M. (2015). Photovoice: implicações do método colaborativo para as pesquisas em Educação Física e Saúde. *Revista Brasileira Atividade Física Saúde*, 20 (6), pp 545-558.
- Olausson, S., Ekebergh, M., & Österberg, S. A. (2014). Nurses' lived experiences of intensive care unit bed spaces as a place of care: A phenomenological study. *Nursing in Critical Care*, 19(3), 126-134.
- Postma, J., Peterson, J., Ybarra Vega, M. J., Ramon, C., & Cortes, G. (2014). Latina youths' perceptions of children's environmental health risks in an agricultural community. *Public Health Nursing*, 31(6), 508-516.
- Sousa, L. M., Carvalhais, M. D., & Carvalhais, L. D. (2012). Nursing care of dependent aged persons: home, hospital and continuing care. *Revista Eletronica De Enfermagem*, 14(3), 644-653 10p.
- Stegenga, K., & Burks, L. M. (2013). Using photovoice to explore the unique life perspectives of youth with sickle cell disease: A pilot study. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 30(5), 269-274.
- Teti, M., Pichon, L., Kabel, A., Farnan, R., & Binson, D. (2013). Taking pictures to take control: Photovoice as a tool to facilitate empowerment among poor and racial/ethnic minority women with HIV. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 24(6), 539-553.

POSTER 127**AUTORES/AUTHORS:**

Ummu YILDIZ FINDIK, Seher UNVER, Duygu SOYDAS, Zeynep KIZILCIK OZKAN

TÍTULO/TITLE:

DETERMINING THE SATISFACTION LEVEL OF SUMMER SCHOOL NURSING STUDENTS

Objectives: Summer school is a kind of education that is provided by a university and preferred by students to take a lesson during summer, in Turkey. Within this education, the city, institution, educators and training hospitals may seem different to students. These differences may affect them positively or negatively. This study was carried out to determine the satisfaction level of summer school nursing students.

Methods: This descriptive and cross-sectional designed study was conducted between June-August, 2015 during summer school education on voluntary 184 nursing students (57.8% of all) of Faculty of Health Sciences. Summer school lessons were; Surgical Nursing, Internal Medicine Nursing, Psychiatric Nursing and Child Health and Disease Nursing. Permission was approved from the Institution and students. For data collection, "Student Information Form" and "Student Satisfaction Scale-Short Form" were used. Data were analyzed with percentage, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis and Friedman chi-square tests on SPSS package programme.

Results: In this study, mean score of scale was 3.86 ± 0.69 , internal consistency using Cronbach's alpha was .95 and the mean score of subscale "teaching staff" was found higher than the other subscales ($X^2: 68.42, p < 0.001$). Forth class students who take Psychiatric Nursing and coming from private university stated that they were going to recommend this summer school to other friends and their satisfaction level was found significantly higher than the other departments ($X^2: 20.28, p < 0.001$).

Discussion: In this study, satisfaction level of the students was found as 77.2% (3.86 ± 0.69) with the summer school programme. Similar satisfaction level (88%) was found in Norman et al.'s (1) study. In addition, Chen and Lo (2) showed that satisfaction rate of students' with nursing programme was close to satisfied. On the other hand, Espeland and Indrehus (3) determined that students (70%) were dissatisfied with the quality of nursing programme and satisfied with clinical practice. In Hakim's study (4), most students had little satisfaction according to their field.

In the present study, students' satisfaction level with "teaching staff" was statistically significantly higher than other aspects ($p < 0.05$). Similarly, a study by Yangin and Kirca (5) showed that students were mostly satisfied with academicians and education quality.

Another researchers Ahmed et al. (6) determined students' perspectives about nursing education and found that according to students, teaching methods were clear, teacher showed a positive attitude towards supervision and the content of courses were comprehensive. Differently, Jaradeen et al. (7) expressed that the major predictor of student satisfaction was faculty of nursing climate and Espeland and Indrehus (3) expressed that students were satisfied with the quality of the nursing programme.

The results of the present study show that students in forth class and taking Psychiatric Nursing lesson were going to recommend this summer school to others and their satisfaction level was significantly higher than the other departments. Similarly, according to a study result in Turkey, mean satisfaction level of 4th class students was found statistically significantly higher than 1st class students (8). Dramatically, opposite results were obtained in various studies investigating the student satisfaction of nursing programme.

According to Elasan and Keskin's (9) study results, students' satisfaction level was decreasing while the education year was increasing. It was explained with unrealized expectations by getting into advanced classes.

Conclusions: This study showed that summer school students' satisfaction level was higher than the mean scale score. We recommend investigating the reasons of being unsatisfied among all departments' students and find out interventions to solve the problems.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

References:

1. Norman L, Buerhaus PI, Donelan K, McCloskey B, Dittus R. Nursing students assess nursing education. *J Prof Nurs* 2005;21(3):150-8.
2. Chen HC, Lo HS. Nursing student satisfaction with an Associate Nursing Program. *Nursing Education Perspectives* 2015;36(1):27-33.
3. Espeland V, Indrehus O. Evaluation of students' satisfaction with nursing education in Norway. *J Adv Nurs* 2003;42(3):226-36.
4. Hakim A. Nursing students' satisfaction about their field of study. *J Adv Med Educ Prof* 2014;2(2):82-7.

5. Yangin HB, Kirca N. Antalya SaglikYüksekokuluhemsirelikögrencilerininmemnuniyetdüzeyleriveetkileyenfaktörler [Determination of satisfaction level affected factors of nursing students in Antalya School of Health]. Gümüşhane UniversityJournal of HealthSciences 2013;2(1):78-94.
6. Ahmed MZ, Touama H, Rayan A. Students' perspectives about nursing education. American Journal of Educational Research 2015;3(3):288-91.
7. Jaradeen N, Jaradat R, Safi AA, Al Tarawneh F. Students satisfaction with nursing program. Bahrain Med Bull 2012;34(1):1-6.
8. Egelioglu N, Arslan S, Bakan G. Hemsirelikögrencilerininmemnuniyetdurumlarininakademikbasarilariüzerineetkisi [The effect of satisfaction status of nursing students on their academic achievement]. HEMAR-G 2011;13(1):14-24.
9. Elesan S, Keskin S. SaglikMeslekLisesimeslekiegitimmemnuniyetiüzerinebirarastirma [A research on satisfaction of Vocational Health Professions High School]. International Journal of Human Sciences 2014;11(2):251-64.

POSTER 129**AUTORES/AUTHORS:**

MELTEM YILDIRIM, BUSRA SELMA DEMIRHAN, BUSRA NUR GELDI, FATMA HALE KOYUNCU, SULTAN YENER

TÍTULO/TITLE:

Investigation of Experiences and Attitudes of Nursing Students towards Pain: A Qualitative Study

Aim: To investigate the experiences and attitudes of nursing students towards pain.

Method: This qualitative study was conducted between 16.02.2016-09.03.2016 in the nursing department of a foundation university in Istanbul, Turkey. Research permissions were obtained from the university management. By using simple random sampling method, 10 students from every class (from 1st to 4th grades) were included in the study sample (n=40) and semi-structured interviews were done with students by using a guided interview form. Verbal consents of the students were obtained before the interviews and the interviews were recorded to an audio recorder. The interviews were lasted 11.54 minutes in average. The shortest interview was lasted 5.49 minutes, while the longest one was 18.19 minutes. All the recordings were documented word-for-word by the researchers. Every researcher has read the interview documents once for creating codes; and then according to these codes the main themes of the research we structured.

Findings: The main themes found in this study were being affected (by experiences; by the close circle), learning (individually; from the close circle), taking analgesics (early; delayed), attitude to the pain patient (not believing; being professional), social isolation, empathy, independence in the clinic, helping instinct/satisfaction, fear of pain, non-pharmacological methods. It was found that nursing students' attitudes and beliefs towards pain were affected by individual experiences and observations done in the circle of family and friends. Besides the methods they use for pain relief were also learned individually or from their close circle. Some students stated that they prefer taking an analgesic just after the pain starts, while some other students said that they delay to take analgesic as much as possible. When asked the reasons of delaying analgesics; some students have said that they don't like to use medications and while some of them said that they have concerns related with the development of tolerance to the analgesic. While some students stated that they are having difficulties in believing patient's pain, some other students were in a professional attitude and said that pain is a subjective experience. One of the most seen complaint was that the students don't feel independent in decision-making while giving nursing care to a patient in pain during their clinical practices. When they have experienced a severe pain individually, they said that the most common problem were social isolation, and it was seen that the students have fears about having the same or similar pain in the same severity.

Discussion: According to the findings of the present study, it can be said that the attitudes of nursing students towards pain can be affected by their close circle of friends and family, and by their pain experiences; and negative pain experiences were playing a role in causing fear of having pain again. In addition, in the self management of pain, individual and environmental learning were found as an effective factor. In the clinical practice, not being independent in decision making were found as an obstacle in front of nursing students for giving nursing care to a pain patient.

Keywords: pain, nursing student, experience, attitude, qualitative study

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

ÍNDICE / INDEX

Mesa de Comunicaciones 1: Práctica clínica Concurrent Session 1: Clinical Practice.....	p. 1
Mesa de Comunicaciones 2: Envejecimiento Concurrent Session 2: Aging.....	p. 6
Mesa de Comunicaciones 3: PCBE Concurrent Session 3: EBCP.....	p. 14
Mesa de Comunicaciones 4: Cuidados a pacientes crónicos Concurrent Session 4: Chronic Care.....	p. 30
Mesa de Comunicaciones 5: Cáncer Concurrent Session 5: Cancer.....	p. 32
Mesa de Comunicaciones 6: Cuidados a pacientes críticos Concurrent Session 6: Critical Care.....	p. 43
Mesa de Comunicaciones 7: Cuidados maternoinfantiles Concurrent Session 7: Mother and children care.....	p. 51
Mesa de Comunicaciones 8: Práctica clínica (dolor y genero) Concurrent Session 8: Clinical Practice (pain and gender).....	p. 58
Mesa de Comunicaciones 9: Práctica clínica Concurrent Session 9: Clinical Practice.....	p. 72
Mesa de Comunicaciones 10: Cuidados a pacientes crónicos Concurrent Session 10: Chronic Care.....	p. 93
Sesión de Comunicaciones Orales Breves I Session of Oral Brief Presentations I.....	p. 105
Mesa de Comunicaciones 11: Docencia Concurrent Session 11: Health Education.....	p. 131
Mesa de Comunicaciones 12: Cuidados maternoinfantiles Concurrent Session 12: Mother and children care.....	p. 145
Mesa de Comunicaciones 13: Cuidados a pacientes crónicos Concurrent Session 13: Chronic Care.....	p. 157
Sesión de Comunicaciones Orales Breves II Session of Oral Brief Presentations II.....	p. 168
Sesión de Comunicaciones Orales Breves III Session of Oral Brief Presentations III.....	p. 204
Mesa de Comunicaciones 14: Salud mental Concurrent Session 14: Mental Health.....	p. 233
Mesa de Comunicaciones 15: Atención Primaria Concurrent Session 15: Primary Health.....	p. 236
Mesa de Comunicaciones 16: Estudios de validación Concurrent Session 16: Validation Studies.....	p. 244
Mesa de Comunicaciones 17: Cuidados maternoinfantiles Concurrent Session 17: Mother and children care.....	p. 261
Mesa de Comunicaciones 18: Promoción de la salud Concurrent Session 18: Health Promotion.....	p. 266
Mesa de Comunicaciones 19: Salud mental Concurrent Session 19: Mental Health.....	p. 277
Mesa de Comunicaciones 20: Práctica clínica Concurrent Session 20: Clinical Practice.....	p. 287
Mesa de Comunicaciones 21: Práctica clínica Concurrent Session 21: Clinical Practice.....	p. 302
Mesa de Comunicaciones 22: Profesión Concurrent Session 22: Nursing Profession.....	p. 309
Sesión de Comunicaciones Orales Breves IV Session of Oral Brief Presentations IV.....	p. 328
Mesa de Comunicaciones 23: Gestión Concurrent Session 23: Management.....	p. 363
Sesión de Comunicaciones Orales Breves V Session of Oral brief Presentations V.....	p. 372
POSTER 6.....	p. 408
POSTER 8.....	p. 410
POSTER 9.....	p. 413
POSTER 11.....	p. 415
POSTER 16.....	p. 418
POSTER 17.....	p. 420
POSTER 18.....	p. 422
POSTER 19.....	p. 424
POSTER 23.....	p. 426
POSTER 24.....	p. 428
POSTER 27.....	p. 431
POSTER 28.....	p. 435
POSTER 29.....	p. 437

POSTER 30.....	p. 439
POSTER 32.....	p. 440
POSTER 34.....	p. 443
POSTER 36.....	p. 445
POSTER 37.....	p. 447
POSTER 38.....	p. 449
POSTER 40.....	p. 451
POSTER 41.....	p. 453
POSTER 44.....	p. 455
POSTER 46.....	p. 457
POSTER 47.....	p. 459
POSTER 50.....	p. 461
POSTER 52.....	p. 463
POSTER 54.....	p. 465
POSTER 55.....	p. 466
POSTER 56.....	p. 468
POSTER 57.....	p. 470
POSTER 58.....	p. 472
POSTER 59.....	p. 473
POSTER 60.....	p. 475
POSTER 62.....	p. 477
POSTER 64.....	p. 479
POSTER 65.....	p. 481
POSTER 68.....	p. 484
POSTER 70.....	p. 486
POSTER 72.....	p. 487
POSTER 73.....	p. 489
POSTER 75.....	p. 490
POSTER 76.....	p. 492
POSTER 77.....	p. 494
POSTER 80.....	p. 496
POSTER 82.....	p. 498
POSTER 84.....	p. 499
POSTER 85.....	p. 501
POSTER 87.....	p. 503
POSTER 88.....	p. 505
POSTER 91.....	p. 506
POSTER 92.....	p. 508
POSTER 93.....	p. 509
POSTER 94.....	p. 511
POSTER 95.....	p. 513
POSTER 96.....	p. 515
POSTER 98.....	p. 517
POSTER 99.....	p. 519

POSTER 100.....	p. 521
POSTER 102.....	p. 523
POSTER 103.....	p. 525
POSTER 107.....	p. 527
POSTER 108.....	p. 529
POSTER 109.....	p. 531
POSTER 113.....	p. 532
POSTER 116.....	p. 534
POSTER 121.....	p. 536
POSTER 124.....	p. 537
POSTER 126.....	p. 538
POSTER 127.....	p. 540
POSTER 129.....	p. 542
ÍNDICE / INDEX.....	p. 543